

Revisión de Tema

El análisis de la calidad asistencial desde la perspectiva de la satisfacción y la experiencia del paciente: una mirada enfermera

An analysis of assistance quality from the perspective of patient satisfaction and experience: A nursing view

José Ángel **Zamora-Soler**; Vanesa **Maturana-Ibáñez**

Cómo citar este artículo

Zamora-Soler José Ángel; Maturana-Ibáñez Vanesa. El análisis de la calidad asistencial desde la perspectiva de la satisfacción y la experiencia del paciente: una mirada enfermera. Revista Colombiana de Enfermería, 2019, v. 18, n. 2, e010. <https://doi.org/10.18270/rce.v18i2.2513>

Recibido: 2019-01-29; aprobado: 2019-07-15

José Ángel Zamora-Soler: enfermero, especialista en Urgencias, magíster en Investigación en Ciencias de la Enfermería. Servicio de Emergencias Sanitarias Alicante. Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante. Alicante, España.

<https://orcid.org/0000-0001-5486-0194>
angel.zamora@ua.es

Vanesa Maturana-Ibáñez: médica cirujana, especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo, magíster en Coloproctología. Hospital General Universitario de Elda. Alicante, España.

<https://orcid.org/0000-0002-0671-638X>
vmaturana@hotmail.es

RESUMEN

Este artículo pretende describir dos grandes aspectos: la satisfacción y la experiencia del paciente, y cómo medirlos y analizarlos en los campos de la gestión sanitaria, la gestión clínica y los servicios sanitarios. Dichos elementos están inmersos en el abordaje en seguridad del paciente y permiten que la enfermería se relacione con temas como la calidad de los cuidados, la satisfacción del usuario, su experiencia dentro del sistema, los cambios y la implementación de mejoras así como sus formas de medición y análisis dentro del vasto campo de la gestión clínica y sanitaria. Aunque se trata de un tema ampliamente explorado y complejo, susceptible de ser abordado por métodos cuantitativos y cualitativos, en el que la encrucijada entre calidad total, calidad percibida, satisfacción y experiencia parece conformar la hoja de ruta, el artículo aporta conceptos de reciente aparición como Healthcare Improvement Science (mejora de la ciencia de la salud), centrado en la mejora de la calidad del cuidado de la salud y la reducción de daños a los usuarios de los servicios y sus familias; Magnet Hospital (hospital magnético), que relaciona la satisfacción de los profesionales con la calidad de los cuidados, y Patient Experience Officer (director de la experiencia del paciente), nuevo perfil laboral creado en Estados Unidos, centrado en la mejora continua de la calidad a partir de la experiencia del paciente. Todos estos

conceptos han sido desarrollados por instituciones e investigadores reconocidos en la materia. En conclusión, en este artículo se resumen algunas de las cuestiones clave que se deben tener en cuenta a la hora de analizar la experiencia del paciente, que es un elemento importante para la mejora y el mantenimiento de la calidad en la atención sanitaria.

Palabras clave: seguridad del paciente; gestión de la seguridad; satisfacción del paciente; manejo de atención al paciente; calidad de la atención de salud; evaluación en salud; mejoramiento de la calidad; gestión clínica; hospital magnético; experiencia del paciente.

ABSTRACT

This article aims to describe two major aspects: patient satisfaction and experience and the way these are measured and analyzed within health management, clinical management, and health services. These elements are immersed within processes of patient safety and assume a motive for nursing of interweaving issues such as quality of care, user satisfaction, user experience within the system, change and the implementation of improvements, as well as ways of measuring and analyzing these issues within the vast field of clinical and health management. This is a widely explored and complex topic where total quality, perceived quality, satisfaction, and experience appear to make up a crossroad that needs to be taken into account and whose engagement is susceptible to qualitative and quantitative measurements. This article, however, contributes new concepts like Healthcare Improvement Science, centered on the improving the quality of health care and reducing harm to users of services and their families, Magnet Hospital, where the satisfaction of employed professionals is related with quality of care, and Patient Experience Officer, a new job profile created in the United States focused on the continuous improvement of patient experience quality. All these concepts were developed by recognized institutions and researchers in the field. In conclusion, this article summarizes some of the key issues that must be taken into account when analyzing the patient's experience, which is an important element for the improvement and maintenance of quality in health care.

Key words: patient safety; safety management; patient satisfaction; patient care management; quality of health care; health evaluation; quality improvement; clinical governance; magnet hospital; patient experience.

INTRODUCCIÓN

La mejora de la calidad asistencial actualmente aboga por la medición de la opinión real del usuario y su entorno para determinar si las iniciativas de cambio aplicadas a contextos sanitarios sirven para mejorar la atención prestada. Sin embargo, se trata de una ardua tarea y ningún instrumento de medición hasta el momento ha conseguido mostrar de forma unificada la multitud de facetas que componen los complejos sistemas de salud. Por ello, mejorar y mantener la calidad de la atención sanitaria mediante la experiencia de los usuarios sigue siendo un reto en todo el mundo (1). Este planteamiento ha dado lugar a una proliferación de iniciativas, tanto metodológicamente cuantitativas como cualitativas, para conocer la calidad de la atención. La aparición e implementación de otras fórmulas de gestión que puedan adaptarse a las nuevas pautas culturales y sociales han originado

un ámbito de referencia para la mejora continua y el mantenimiento de la calidad de la atención en las organizaciones sanitarias de todo el mundo, con el objetivo de alejarse del clásico paradigma del paciente como usuario pasivo y aproximarse, por tanto, a la figura de un usuario activo y participe en dicha mejora continua.

El enfoque basado en la gestión de la calidad total o Total Quality Management (TQM), consolidado apenas hace un par de décadas (2) incluye, por un lado, una perspectiva externa de mercado, en la cual la empresa se encuentra ante la necesidad de ser competitiva y, por otro, una perspectiva interna, basada principalmente en el clásico objetivo de aumentar su rentabilidad, incluyendo el incremento de la productividad a través de mejoras y una reducción de costes (por ejemplo, controlando los gastos de estructura, gastos financieros y los propios de la calidad total). Este enfoque resulta

complicado de adaptar *a priori* a contextos sanitarios relacionados con la salud pública, donde el retorno de la inversión es entendido en términos de resultados de salud poblacional y no solo económicos. Sin embargo, lo realmente importante para el usuario será el resultado obtenido de contraponer lo que inicialmente se esperaba (expectativa) a lo que finalmente se percibe (calidad percibida), y no exactamente la que se recibe (calidad asistencial) (3).

La calidad global que un servicio pueda ofrecer y la calidad que el usuario recibe no tienen por qué coincidir con la que este percibe, aunque lógicamente sí estarán directa e indirectamente relacionadas. Así, se puede definir la *calidad percibida* como la evaluación que los usuarios realizan de la calidad asistencial que han recibido en los servicios sanitarios por ellos demandados (4). Son, por tanto, percepciones subjetivas de una realidad objetiva. En materia de salud pública, el beneficio que la población recibe en ocasiones no lo percibe ella misma puesto que está culturalmente asumido y pasa a ser invisible.

La calidad es, a día de hoy, un gran tema de interés en todo tipo de instituciones, incluyendo los sectores sanitarios tanto públicos como privados, que pueden llegar a acreditarse en calidad. Según Aranaz y otros (5), la *acreditación* puede definirse como un proceso de evaluación externa al cual se somete la organización sanitaria, basado en una revisión de unos criterios o estándares cuyo cumplimiento manifiesta que ese centro desarrolla sus funciones con parámetros de calidad o, al menos, cercanos a la excelencia, por una organización independiente. La Joint Commission (JC) es la mayor agencia estadounidense de acreditación, cuya meta se centra principalmente en mejorar la seguridad y la calidad de la atención prestada a los usuarios (6). A pesar de su origen ligado a sistemas sanitarios privados, esta organización ha participado en la evaluación y seguimiento de iniciativas gubernamentales públicas de salud en Estados Unidos relacionadas con las políticas Medicare y Medicaid, a través de las cuales el Gobierno concierta con las instituciones privadas de salud la atención de las poblaciones desfavorecidas. En dichos casos, la JC ha actuado como agencia regu-

ladora u observador externo del cumplimiento de los pactos firmados entre el Gobierno y empresa sanitaria.

También existen otros sistemas de acreditación de la calidad en el continente europeo con un enfoque más centrado en políticas de bienestar social como la International Organization of Standardization (ISO) (7) o la European Foundation for Quality Management (EFQM) (8). Aunque estos sistemas se crearon inicialmente para sectores económicos no sanitarios, han llegado a este sector con gran aceptación. Existen otras agencias de acreditación arraigadas específicamente en países como Reino Unido (King's Found), Canadá o Australia (Canadian Commission y Australian Council, respectivamente) con grandes similitudes con el modelo estadounidense e incluso agencias de calidad regionales en los diferentes países europeos, como es el caso de España (9).

Otro modelo de acreditación acuñado en la década de 1990 en EE. UU. es la certificación Hospital Magnético (Magnet Hospital), que se centra en la excelencia de los cuidados, las innovaciones en la práctica profesional sanitaria y en la calidad de atención al usuario, que está avalada por un programa elaborado por el American Nurses Credentialing Center (ANCC) (10). Aunque inicialmente se trataba de una acreditación hospitalaria, pronto dio el salto a la comunidad y a las políticas públicas. Los conceptos y contenidos relacionados con el hospital magnético fueron acuñados por Linda Aiken, directora del Centre for Health Outcomes and Policy Research de la Universidad de Penn en Filadelfia, quien, en su numerosa bibliografía publicada, ha aportado claras evidencias científicas en las que correlaciona índices de mortalidad hospitalaria, datos sobre infecciones nosocomiales, ratios enfermera-paciente, clima o entorno laboral, seguridad del pacientes y tasas de satisfacción laboral del personal de enfermería, demostrando que todos ellos redundan en la calidad de la institución, por lo cual se convierten en aspectos clave de la satisfacción del usuario (11-14).

Por otro lado en Europa, a partir de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud en cuanto a seguridad del paciente y prevención de errores

en la práctica profesional (15), ya se está trabajando en iniciativas relacionadas con Improvement Science y Quality Improvement (16), términos que nacen en el Institute of Healthcare Improvement de Harvard University, muy relacionados con implementación de resultados en salud, investigación traslacional, evaluación de mejoras, seguridad del paciente y calidad de los cuidados. En el 2014 comenzó a desarrollarse un nuevo concepto denominado Healthcare Improvement Science (HIS) en la misma línea de Improvement Science, a través del Proyecto Europeo Improvement Science Training for European Healthcare Workers (ISTEW), financiado por la convocatoria Erasmus Plus en la que participó España (17). En la actualidad, la inquietud por continuar mejorando la calidad asistencial se focaliza en esta nueva dimensión, la cual se ha empezado a trabajar incluso desde los propios centros educativos de profesionales de la salud, debido a la creciente complejidad de los sistemas sanitarios y del entorno de la práctica clínica.

En relación a lo comentado hasta el momento, existe una tendencia a combinar iniciativas procedentes de diferentes sistemas sanitarios en el mundo en una constante búsqueda de descifrar y, por ende, mejorar su calidad. De hecho, algunos conceptos de la calidad sanitaria más relacionados con el ámbito empresarial y económico procedentes de EE. UU. están aterrizando en Europa mientras que el enfoque social de los sistemas sanitarios europeos progresivamente aumenta su calado en sistemas liberales y economicistas como el estadounidense. Resulta obvio que el análisis de la calidad asistencial hospitalaria es complejo donde la encrucijada entre calidad total, calidad percibida, satisfacción y experiencia del paciente parece conformar la hoja de ruta y en el que el abordaje de varios de los elementos inmersos en dicho proceso puede darnos la clave para su interpretación (véase Figura 1).

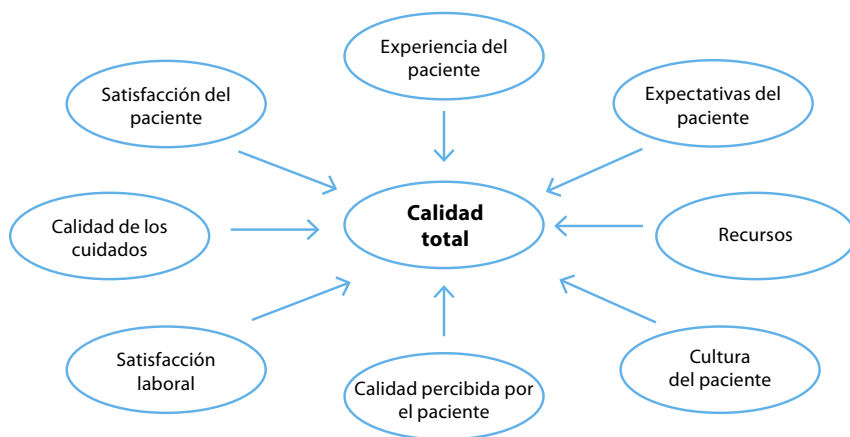


Figura 1. Elementos inmersos en el análisis de la calidad asistencial hospitalaria

Llegados a este punto, es importante decir que para una parte de las personas que trabajan en el cuidado de la salud existe confusión sobre los conceptos de calidad y en concreto entre “experiencia” y “satisfacción” del usuario. El objetivo de este artículo es describir esos dos aspectos, y cómo medirlos y analizarlos en los campos de la gestión sanitaria, la gestión clínica y los servicios sanitarios. Para ello, en primer lugar, se presenta una aproximación al concepto de satisfacción, sus formas de medición y análisis, y se revisa el concepto de hospital magnético. En segundo lugar, se define qué se entiende

por experiencia del paciente y sus métodos de análisis; también se pone atención en un nuevo perfil laboral creado en las instituciones sanitarias de EE. UU., denominado director de la experiencia del paciente, centrado en la mejora continua de la calidad. Por último, se abordan conceptos de reciente aparición ligados directamente con estos temas, como es el caso de mejora de la ciencia de la salud, y se presenta una evaluación crítica sobre lo existente, con el objetivo de fomentar la reflexión en el colectivo de profesionales implicados en la atención sanitaria.

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Tradicionalmente se han buscado formas de medir la “satisfacción del paciente” sin haber encontrado una única fórmula que aúne toda la información relacionada. Aunque no existe consenso en la literatura sobre el concepto de *satisfacción*, este puede definirse como una evaluación del usuario sobre los servicios que recibe (18). Es un concepto amplio, con frecuencia definido de modo inadecuado, que se ha medido de muchas maneras diferentes (19-22) y se ha reconocido como un concepto multidimensional en su naturaleza. En la actualidad no existe consenso sobre el constructo de la satisfacción, aunque la clasificación más empleada dentro de los programas de calidad es la utilizada por Ware y Snyder (23) con sus ocho dimensiones: accesibilidad/conveniencia de los cuidados, disponibilidad de los recursos, continuidad de los cuidados, eficacia/resultados, aspectos financieros y humanización, prestación de información, disponibilidad de acceso a la información ambiente físico y competencia profesional. La satisfacción del paciente se trata a veces como una medida de resultado (satisfacción relacionada con el estado de salud después del tratamiento) y, a veces, como una medida de proceso (satisfacción relacionado con la forma en que se dio la atención).

Cómo medir la satisfacción del paciente

En los últimos años se ha producido un incremento muy notable en el número de estudios que aplican técnicas de investigación cualitativa para analizar el punto de vista de los pacientes como, por ejemplo, el análisis de las reclamaciones y el desarrollo de grupos focales que sirven para identificar puntos de conflicto y mejora de la atención sanitaria (24). En muchos casos se emplean escalas de Likert que permiten ordenar a los sujetos con base en sus respuestas a lo largo del continuo “favorable/desfavorable” desde una perspectiva cuantitativa, solo dejando campos abiertos para observaciones que en la mayor parte de los casos no se suelen cumplimentar. Las encuestas de satisfacción son multidimensionales e incluyen habitualmente información sobre empatía, tipo y cantidad de información que se le presta al usuario y familiares, competencia técnica del personal

sanitario, facilidades de acceso, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la asistencia y otras cuestiones sobre confort de las instalaciones, complejidad burocrática del sistema y coste del tratamiento; todos aspectos que interesan más a la propia institución que al paciente.

En la mayoría de casos se utilizan instrumentos genéricos que han sido diseñados para ser empleados en todo tipo de enfermedades e intervenciones terapéuticas, como por ejemplo: la Escala de satisfacción con la entrevista médica (Medical Interview Satisfaction Scale) (25), el Cuestionario de Hulka y otros (26), el VSQ (por Visit Specific Satisfaction Questionnaire) (27), el cuestionario de satisfacción con la atención primaria de Feletti y otros (28) o el PJHQ (por Patient Judgements of Hospital Quality) (29). También se han publicado estudios en los que se desarrollan instrumentos de medida de la satisfacción de carácter más específico, orientados a contextos o procesos de enfermedad concretos como aquellos dirigidos a pacientes con hiperplasia prostática (30), quimioterapia (31), insuficiencia cardiaca (32), enfermedad reumática (33), pacientes a los que se haya practicado una mamografía (34), con la atención continuada en atención primaria (35) o con el consentimiento informado (36).

Problemas metodológicos en la medida de la satisfacción del paciente

Conocer la satisfacción del paciente de manera global conlleva problemas metodológicos relacionados con la interpretación de los resultados ocasionados por una inadecuada redacción de las preguntas; la dificultad que supone conocer la experiencia de los pacientes; el tamaño de la muestra con tasas de respuesta que solo excepcionalmente superan un porcentaje aceptable, lo que implica problemas de representatividad y dudas acerca de si son los pacientes más insatisfechos o más satisfechos quienes responden; el momento para realizar la evaluación (por ejemplo, inmediatamente después de salir de la consulta/hospital); el medio utilizado para la población que se desea encuestar (por ejemplo, el teléfono en el caso de población mayor); dudas sobre la reproductibilidad del estudio; la escasa difusión de los resultados obtenidos o el uso

de estadísticos demasiado sensibles a distribuciones asimétricas (37). Faltaría añadir también la interpretación divergente que la población da a los conceptos de medición como “favorable” especialmente en sociedades multiculturales.

El diseño de cuestionarios para uso generalizado requiere pruebas formales para demostrar, por un lado, su capacidad de medir (validez) y, por otro, la precisión o reproductibilidad de esa medida (fiabilidad), que no siempre se realizan. No se debe olvidar que en ocasiones una encuesta o cuestionario pueden limitar la propia experiencia a variables o ítems que solo interesan al proveedor de cuidados y no al usuario. No obstante, el principal inconveniente metodológico es que la mayoría de los instrumentos de evaluación que se utilizan parten inicialmente de ideas de los propios directivos, obviando muchas veces las preferencias o inquietudes de los pacientes e introduciendo así importantes sesgos (38), ya que no siempre los profesionales sanitarios son plenamente conscientes de cómo valoran y en qué se fijan los pacientes a la hora de evaluar la asistencia sanitaria que reciben.

HOSPITAL MAGNÉTICO

A partir del concepto Magnet Hospital se desarrolló el Magnet Recognition Program, que acreditó el primer hospital magnético de EE. UU. en 1994 (39). Este programa ha crecido exponencialmente en la última década. Hasta hace un par de años, cerca del 8 % de las instituciones sanitarias estadounidenses (alrededor de 400) habían logrado la acreditación, gracias a la cual han alcanzado tal estatus y visibilidad que se han convertido en un referente de calidad para la clasificación nacional de hospitales y también para los programas de *benchmarking* (comparadores) como *U.S. News and World Report* (40). Instituciones de otros seis países (Reino Unido, Alemania, Bélgica, Alemania, Rusia y Armenia) también se han sometido a este proceso de acreditación y han logrado la certificación (41-43). En España y hasta fechas actuales, ningún centro sanitario posee tal acreditación (44). Los hospitales magnéticos han demostrado tener mejores resultados en salud (45).

Un estudio llevado a cabo por Kelly y otros determinó que los ambientes de trabajo, el personal y los resultados de enfermería difieren entre los hospitales magnéticos y los no magnéticos (46). Como resultados, es destacable el que los primeros tuvieron significativamente mejor ambiente laboral y personal de enfermería más cualificado; además, los enfermeros de los hospitales magnéticos eran un 18 % menos propensos a estar insatisfechos con su trabajo y se reportaron porcentajes de *burnout* un 13 % por debajo. También se demostró el incremento en los niveles de satisfacción del paciente. En general, el reconocimiento Magnet se asocia a mejoras significativas a través del tiempo tanto en clima laboral, como en los resultados y satisfacción del paciente. Se empieza a ver cómo el término mejoras o *improvements* comienza a cobrar protagonismo.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Muchos investigadores creen que la complejidad de la atención sanitaria actual y la diversidad de las experiencias de los pacientes no se pueden medir de forma cuantitativa por medio de preguntas de calificación como ¿Está satisfecho con su cuidado en el hospital X?, así como tampoco se pueden evaluar centrándose únicamente en los alimentos y las instalaciones sin tener en cuenta las preocupaciones que ellos tienen sobre su enfermedad y la atención clínica (47). Por lo general, este tipo de cuestionarios provocan opiniones dirigidas que no reflejan con precisión las experiencias de los pacientes. Las calificaciones globales de satisfacción como esta pueden ser engañosas si a los pacientes no se les da la oportunidad de comentar la experiencia de su cuidado con más detalle y en los puntos que realmente son importantes para ellos.

La preocupación por estos problemas metodológicos presentes en los cuestionarios de satisfacción (37, 38) ha generado interés por conocer la experiencia de los pacientes. En lugar de pedirles que califiquen su cuidado utilizando categorías generales de evaluación (como, por ejemplo: excelente, muy buena, buena, regular, mala), se les pide que informen detalladamente sobre sus experiencias en un servicio, un ingreso hospitalario o el trato recibido del personal, tanto de manera global como

individual; en sus respuestas, los pacientes indicarán si determinados procesos o hechos ocurrieron durante una visita en particular, un episodio concreto de la atención o durante un periodo determinado (47). En cada caso, los datos resultantes representan la percepción del paciente concreto y, por tanto, la respuesta es diferente en ambos casos. Esto es importante, ya que en ocasiones una sola experiencia percibida desfavorablemente puede eclipsar el total de la misma, pues ese punto resultó ser importante para esa persona.

El Instituto Beryl (48), una comunidad global basada en mejorar la experiencia del paciente, define *experiencia del paciente* como: “la suma de todas las interacciones, moldeada por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente, a través de la continuidad de la atención”. Cabría añadir que el aprendizaje, la cultura, las expectativas y las experiencias vividas previamente por la persona, de alguna manera pueden moldear dicha experiencia, tal y como reseñan otros trabajos (49). La experiencia del paciente, la satisfacción, la percepción, el compromiso, la participación, las preferencias y los resultados son conceptos distintos e incluso difíciles de distinguir especialmente para aquellos que desconocen la metodología cualitativa. Normalmente se trabaja con experiencia desde esta metodología o bien empleando el método etnográfico para describir los factores fundamentales que caracterizan la experiencia (50).

Análisis de la experiencia del paciente

Existen muchas maneras para conocer la experiencia del paciente. A continuación se describen algunas de carácter cualitativo.

- *Entrevista abierta o etnográfica*: es característica del método etnográfico. Lillo-Crespo (49), aplicando el modelo Purnell de competencia cultural que permite un análisis antropológico-etnográfico de los aspectos relacionados con salud de un grupo cultural concreto, desarrolló un estudio de la satisfacción del paciente holandés intervenido de cirugía ortopédica en España. Los resultados aportaron una serie de premisas básicas de actuación orientadas a mejorar la satisfacción del paciente en cuanto a aquellas necesidades o dominios específicos donde la muestra identificó un nivel menor de satisfacción; por ejemplo, nutrición, sueño y descanso, y comunicación.
- *Entrevista en profundidad*: es más propia del método fenomenológico. En un estudio llevado a cabo en Inglaterra, Scott y otros (51) entrevistaron a 14 pacientes en la comunidad y en los hogares de ancianos para explorar cómo se podrían utilizar sus experiencias y percepciones para reducir los incidentes de seguridad durante transferencias entre organizaciones. Los pacientes dijeron que la buena comunicación, la capacidad de respuesta y evitar riesgos eran muy importantes para ellos.
- *Grupos de discusión o entrevistas grupales*: otra estrategia para medir la experiencia del paciente es involucrarlo en los denominados grupos de discusión o entrevistas grupales. En EE. UU., Young y otros (52) utilizaron este tipo de grupos en los hospitales para explorar la experiencia de los pacientes; ellos estuvieron dispuestos a participar y los investigadores encontraron una manera fácil de identificar temas y áreas potenciales de mejora.
- *Historias de vida de pacientes centradas en aspectos puntuales de la experiencia en contexto sanitario*: se identifican tres estudios (53-55) interesantes sobre los aspectos metodológicos que utilizan historias narrativas para documentar la experiencia del paciente. Existe poca investigación publicada sobre los pros y los contras de esta metodología para evaluar la experiencia del paciente, además de ser una tarea más ardua tanto en la extracción como en el análisis de los datos.
- *Quejas o elogios*: se trata de analizar la opinión de los pacientes y sus familiares, tanto positivas como negativas, a través de un formulario que envían a los servicios de salud en relación con sus experiencias. El Reino Unido tiene un sistema que permite a los pacientes emitir denuncias o quejas oficiales contra los profesionales de la red pública sanitaria (47). En un estudio realizado en los Países Bajos, Gaal y

otros (56) analizaron 250 quejas y encontraron que muchas de ellas estaban relacionadas con un mal diagnóstico y una atención o tratamiento insuficiente.

- *Fotovoz*: esta es una técnica emergente mediante la cual las personas utilizan fotografías y grabaciones propias para compartir sus experiencias, y los cambios se pueden controlar a través del tiempo. Esta técnica ha demostrado ser particularmente útil con los jóvenes, las minorías étnicas y los grupos menos formados o más desfavorecidos. Sin embargo, su uso está condicionado a barreras éticas y legales dentro de los contextos sanitarios (57).
- *Entornos web*: un número creciente de personas están usando Internet como una plataforma para divulgar su experiencia con la atención recibida, por ejemplo, en el Reino Unido (58). Del mismo modo, en un estudio llevado a cabo en EE.UU., Greaves y otros (59) detallaron la forma en que se recopilan las descripciones de las experiencias de los pacientes en Internet, teniendo en cuenta que 8 de cada 10 adultos utilizan la red y, de estos, un tercio dicen haber leído sobre la experiencia de la salud de otra persona es este medio.

Sin embargo, también existen instrumentos cuantitativos de medición de la experiencia como los *cuestionarios cerrados* y las *encuestas*: siguen siendo, a día de hoy, los más empleados para analizar la experiencia del paciente por ser los más rápidos y los que menos precisan de una formación en metodología de la investigación (60). La bibliografía publicada al respecto ha dado lugar a una gran variedad de cuestionarios y encuestas sobre temas y contextos diferentes en el campo de la experiencia del paciente (1). Esta descripción es interesante por dos razones. En primer lugar, apunta a la amplia gama de herramientas que ya están disponibles, lo cual sugiere que los investigadores podrían utilizar o adaptar los cuestionarios existentes para sus propias necesidades. En segundo, ilustra las áreas donde un número importante de herramientas están disponibles y aquellas en las que existen menos estudios probados.

Responsable de la experiencia de paciente, ¿una profesión emergente?

El director de la experiencia del paciente (PXO, por *Patient Experience Officer*) es un nuevo perfil laboral creado en las instituciones sanitarias de los Estados Unidos que ha sido promovido principalmente por dos factores. En primer lugar, debido al aumento de la percepción de la salud como servicio de consumo en dicho país. En segundo lugar, por las nuevas leyes estadounidenses que vinculan el reembolso de servicios médicos por parte de las compañías aseguradoras a los resultados de las encuestas de satisfacción. Un reciente estudio realizado entre PXO estadounidenses (61) muestra cuáles son las características de esta profesión emergente. Los resultados son interesantes ya que solamente el 7 % tiene un perfil médico, mientras que el 32 % no acredita ninguna clase de experiencia clínica. El 23 % proviene de enfermería, el 34 % se incorpora desde una maestría en Administración de Empresas (MBA) y el 19 % es financiero. Las principales funciones de un PXO van desde definir estrategias para conocer y mejorar la experiencia hasta la gestión de quejas, incluyendo gestión de calidad y mejora continua.

En Europa, en la práctica no se conoce de momento este perfil laboral siendo esta una tarea realizada por aquellos dedicados a la gestión clínica directa. Donde más desarrollada se encuentra la experiencia del paciente en Europa es en el National Health Services (NHS) británico con su misión claramente pública mediante su programa *Think Tank* para experiencia de paciente, llevado a cabo por el King's Found (instituto de políticas) (62).

HEALTHCARE IMPROVEMENT SCIENCE: UN CONCEPTO NUEVO

“Uno de cada diez pacientes hospitalizados sufre daños adversos y un 50 % de los mismos podrían haberse evitado si se aprendiese de los errores previos cometidos” (17). Bajo esta premisa nace en el 2013 el proyecto europeo de investigación Improvement Science Training for European Healthcare Workers (ISTEW) o capacitación en ciencias de la mejora para trabajadores sanitarios europeos, con financiación de la Comisión

Europea, en el cual colaboran equipos de investigación de siete países entre ellos España, representada por un grupo de investigadores pertenecientes a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante. Desde el proyecto se ha trabajado en la conceptualización, el diseño de programas de formación de posgrado específica y común a toda Europa que permita una movilidad de profesionales con competencias prácticas unificadas, la creación de un marco de evaluación del aprendizaje en cuanto a la implementación y el desarrollo de mejoras en los contextos sanitarios, así como una revisión de las publicaciones y avances hasta el momento (16).

Se ha desarrollado una definición de HIS denominada definición Bled:

HIS es la generación de conocimiento para cultivar el cambio y ofrecer una atención centrada en la persona que sea segura, eficaz, eficiente, equitativa y oportuna. Implica la mejora en los resultados del paciente, el desempeño de los sistemas sanitarios y la salud de la población (63).

Esta definición enlaza perfectamente con la filosofía que subyace actualmente en todo lo relacionado con calidad y satisfacción del paciente, sin olvidar su experiencia y resulta un marco de referencia pertinente para el análisis de los contextos sanitarios desde la perspectiva de las mejoras o *improvements*. Además, describe un proceso cíclico que fluye desde la formación de los profesionales de la salud e impacta en el sistema sanitario y la comunidad, retroalimentando de nuevo la formación, y así sucesivamente.

A día de hoy, distintos grupos de investigadores están trabajando el concepto de HIS desde el área educativa, como forma de implantar y desarrollar esta filosofía de trabajo en los futuros profesionales sanitarios (64, 65). Por ello, hay un creciente interés en evaluar tanto la calidad y el contenido de los módulos o cursos desarrollados que contienen HIS, como en hacer un seguimiento y medición del retorno de la inversión en dichos profesionales, impulsando una cultura global de trabajo basada en HIS. De esta forma se comprobaría el impacto y la efectividad de lo aprendido sobre los distintos contextos clínicos y culturales, así como respecto a la seguridad del paciente y su satisfacción (65, 66).

CONCLUSIONES

No existe una única perspectiva que aúne la naturaleza multifactorial tanto de la satisfacción como de la experiencia del paciente, conceptos complejos y cambiantes. A la luz de lo expuesto, se hace necesario conocer la satisfacción del usuario en relación con su propia experiencia y al mismo tiempo aplicar un enfoque de mejora y cambio para la institución sanitaria.

Parece claro que la conjunción de metodologías cualitativas y cuantitativas puede aportar luz a la difícil tarea de poder estructurar lo que los usuarios entienden como satisfactorio o aceptable de acuerdo a su experiencia. Los métodos mixtos parecen ser la tendencia actual para la mejora y el mantenimiento de la calidad en la atención sanitaria centrándose principalmente en la experiencia de los propios pacientes y su entorno. Así, por ejemplo, utilizando un cuestionario cerrado breve (instrumento de medición cuantitativo) se obtiene información sobre las tendencias generales que se pueden cuantificar, que se complementa con un pequeño número de entrevistas en profundidad o grupo de discusión, se puede obtener una comprensión más detallada de la experiencia del usuario, como se ha mencionado con anterioridad.

En relación con lo expuesto, es necesario conocer cuál es la satisfacción real del usuario (separándola de lo que el centro sanitario considera satisfacción) y alinearla con su experiencia. Normalmente las instituciones sanitarias emplean escalas de medición de la satisfacción con ítems que responden a lo que las normativas y organismos pertinentes dictan en ese momento, lo cual no parece mostrar la satisfacción real o total, sino simplemente una parte muy concreta, que en la mayoría de casos no concuerda con los puntos más importantes o cruciales para el usuario. Cuando se realiza un muestreo telefónico o directo y se cumplimenta un cuestionario, otro de los problemas suele ser que a veces los puntos que se tocan son de nuevo los que interesan al gestor pero no al usuario, a pesar de que el diseño o método sea más eficaz. Así, por ejemplo, es posible que un usuario esté satisfecho sobre un punto en concreto de la entrevista y, sin embargo, no lo esté sobre un punto que no aparece. Aunque todo lo

demás estuviese correcto, puede que ese único aspecto condujese al usuario a decir que está muy insatisfecho con la atención porque ese aspecto eclipsó a los demás. De nuevo, la conclusión a la que se llegaría sería errónea porque el cuestionario con temas concretos o puntos específicos daría un resultado positivo cuando la sensación del paciente realmente no lo es, y ello condicionará su experiencia futura alejándonos de su perspectiva.

Es totalmente necesario focalizar la percepción de satisfacción del usuario, es decir, lo que se denomina en investigación cualitativa la perspectiva *emic*. Lo que se hace hasta ahora es considerar solo la perspectiva *etic*, es decir, la del gestor o investigador o interesado en la información, que hace que el proceso en *sí esté sesgado de antemano*. Sin embargo, el investigador puede tener la sensación de controlar la satisfacción de los usuarios o clientes, aunque realmente lo que está haciendo es limitarla a lo que le interesa saber y no a lo que preocupa realmente al paciente. La experiencia es algo más amplio que la satisfacción, pero ambas están íntimamente conectadas ya que cierta experiencia o suma de experiencias llevan a tener una satisfacción determinada.

Por último, un tema de suma relevancia es el contexto y el clima laboral. Se debe tener un contexto bien descrito para conocer realmente qué está ocurriendo, tal y como se señala en los hospitales magnéticos. No tiene sentido a veces comparar determinadas situaciones en contextos completamente distintos ya que en definitiva la experiencia también será distinta.

En conclusión, en este artículo se resumen algunas de las cuestiones clave que se deben tener en cuenta a la hora de analizar la experiencia del paciente, que es un elemento importante para la mejora y mantenimiento de la calidad en la atención sanitaria. Todavía es necesario realizar un amplio trabajo para refinar técnicas que sirvan para describir, analizar y conocer la experiencia real del paciente. Lo que es alentador es el reconocimiento sostenido, desde hace unos años, en el campo de la gestión clínica de los sistemas sanitarios acerca de la importancia de escuchar y actuar sobre las opiniones y sentimientos de los usuarios dentro del cuidado de la salud.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de interés en relación con el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **The Health Foundation Inspiring Improvement**. N.º 18 Measuring patient experience. England, 2013. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringPatientExperience.pdf>
2. **Robledillo-Colmenares Alfredo; Velázquez-López Daniel**. Introducción a los sistemas de gestión de la calidad total: modelo de excelencia EFQM y autoevaluación. Medicina y Seguridad del Trabajo, 2013 v. 59, n. 232, pp. 302-309. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000300002
3. **Díaz Rocío**. La calidad percibida en la sanidad pública. Revista de Calidad Asistencial, 2005, v. 20, n. 1, pp. 35-42. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)74716-X](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74716-X)
4. **Díaz Rocío**. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Revista de Calidad Asistencial, 2002, v. 17, n. 1, pp. 22-29. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X02774708>
5. **Aranaz J-M; Leutscher E; Gea M-T; Vitaller J**. El aseguramiento y la acreditación sanitaria. Qué opinan sobre la acreditación los directivos sanitarios españoles. Revista de Calidad Asistencial, 2003, v. 18, n. 2, pp. 107-114. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X03775848>
6. **The Joint Commission**. Joint Commission Standards. Estados Unidos, 2019. https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Standards_8_13_18.pdf
7. **International Organization for Standardization (ISO)**. ISO Guides – adding value to International Standards. Ginebra, 2019. https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/en/iso-iec_guides.pdf
8. **European Foundation for Quality Management (EFQM)**. EFQM Recognition. Bruselas, 2019. <http://www.efqm.org/index.php/efqm-recognition>
9. **Belzunegui T; Busca P; López-Andújar L; Tejedor M**. Quality and accreditation of emergency departments. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 2010, v. 33, s. 1, pp. 123-130.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20508684>

10. **American Nurses Credentialing Center.** Estados Unidos. <https://www.nursingworld.org/globalassets/organizational-programs/magnet/magnet-factsheet.pdf>
11. **Aiken L-H; Clarke S-P; Sloane D-M; Sochalski J; Silber M-D.** Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 2002, v. 288, n. 16, pp. 1987-1993. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12387650>
12. **Vahey Doris-C; Aiken Linda-H; Sloane Douglas-M; Clarke Sean-P; Vargas Delfino.** Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 2004, v. 42, n. 2, pp. 1157-1166. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a>
13. **Aiken Linda-H; Sermeus Walter; Van-den-Heede Koen; Sloane Douglas-M; Busse Reinhard; McKee Martin; et ál.** Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 2012, v. 344, p. e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>
14. **Aiken Linda-H; Sloane Douglas-M; Bruyneel Luk; Van-den-Heede Koen; Griffiths Peter; Busse Reinhard; et ál.** Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 2014, v. 383, n. 9931, pp. 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
15. **Organización Mundial de la Salud.** Alianza mundial para la seguridad del paciente. La investigación en seguridad del paciente. Ginebra, 2008. https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
16. **MacRae Rhoda; Rooney Kevin-D; Taylor Alan; Ritters Katrina; Sansoni Julita; Lillo Crespo Manuel; et ál.** Making it easy to do the right thing in healthcare: Advancing improvement science education through accredited pan European higher education modules. *Nurse Education Today*, 2016, v. 42, pp. 41-46. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.023>
17. **University of the West of Scotland.** Improvement Science Training for European Healthcare Workers (ISTEW). Escocia, 2019. <https://www.coventry.ac.uk/research/research-directories/current-projects/2016/istew/>
18. **Yellen E; Davis G-C; Ricard R.** The measurement of patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 2002, v. 16, n. 4, pp. 23-29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12125901>
19. **Wilson A; Hewitt G; Matthews R; Richards S-H; Sheperd S.** Development and testing of a questionnaire to measure patient satisfaction with intermediate care. *Quality & Safety in Health Care*, 2006, v. 15, n. 5, pp. 314-319. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17074865>
<https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016642>
20. **Fitzpatrick R.** Surveys of patient satisfaction: II. Designing a questionnaire and conducting a survey. *British Medical Journal*, 1991, v. 302, n. 6785, pp. 1129-1132.
21. **Fitzpatrick R.** Surveys of patient satisfaction: I. Important general considerations. *British Medical Journal*, 1991, v. 302, n. 6781, pp. 887-889.
22. **Fitzpatrick Ray; Hopkins Anthony.** Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: An empirical exploration. *Sociology of Health & Illness*, 2000, v. 5, n. 3, pp. 297-311. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491836>
23. **Ware J; Snyder M.** Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care*, 1975, v. 13, n. 8, pp. 669-682.
24. **Mira J-J; Aranaz J.** La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 2002, v. 114, n. 3, pp. 26-33. http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf
25. **Meakin R; Weinman J.** The Medical interview satisfaction scale' (MISS-21) adapted for British general practice. *Family Practice*, 2002, v. 19, n. 3, pp. 257-263. <https://doi.org/10.1093/famp/19.3.257>
26. **Hulka B; Zyzanski S; Cassel J; Thompson S.** Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Medical Care*, 1970, v. 8, n. 5, pp. 429-36.
27. **Ware J; Hays R.** Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical Care*, 1988, v. 26, n. 4, pp. 393-402.
28. **Feletti G; Firman D; Sanson-Fisher R.** Patient satisfaction with primary-care consultations. *Journal of Behavioral Medicine*, 1986, v. 9, n. 4, pp. 389-399.
29. **Meterko M; Nelson E; Rubin H; Batalden P; Berwick D; Hays R.** Ware patients' judgements of hospital quality: report of a pilot study. *Medical Care*, 1990, v. 29, n. 9, pp. S1-S56.

30. **Barry M-J; Fowler F-J; Mulley A-G; Henderson J-V; Wennberg J-E.** Patient reactions to a program designed to facilitate patient participation in treatment decisions for benign prostatic hyperplasia. *Medical Care*, 1995, v. 33, n. 8, pp. 771-782.
31. **Liu G; Franssen E; Fitch M; Warner E.** Patient preferences for oral versus intravenous palliative chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 1997, v. 15, n. 1, pp. 110-5.
32. **Candlish P; Watts P; Redman S; Whyte P; Lowe J.** Elderly patients with heart failure: a study of satisfaction with care and quality of life. *International Journal for Quality in Health Care*, 1998, v. 10, n. 2, pp. 141-146.
33. **Sixma H-J; Kerssens J; van Campen C; Peters L.** Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1998, v. 1, n. 2, pp. 82-95.
34. **Loeken K; Steine S; Sandvik; Laerum E.** A new instrument to measure patient satisfaction with mammography. *Medical Care*, 1997, v. 35, n. 7, pp. 731-741.
35. **McKinley R-K; Manku-Scott T; Hastings A-M; French D-P; Baker R.** Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of ours primary medical care in the United Kingdom: Development of a patient questionnaire. *British Medical Journal*, 1997, v. 314, n. 7075, pp. 193-198.
36. **Sáinz A; Martínez B; Quintana O; Fernández A; Ferreira A; Nartín D; et ál.** Consentimiento informado y satisfacción de los pacientes: resultados de una encuesta telefónica realizada a pacientes de 5 hospitales del Insalud. *Revista de Calidad Asistencial*, 1997, v. 12, n. 3, pp. 100-106.
37. **Feldman Lya; Vivas Eleonora; Lugli Zoraide; Alviarez Vanessa; Pérez María-Gabriela; Bustamante Simonelli.** La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. *Revista de Calidad Asistencial*, 2007, v. 22, n. 3, pp. 103-140. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(07\)71208-3](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(07)71208-3)
38. **Manary M-P; Boulding W; Staelin R; Glickman S-W.** The patient experience and health outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 2013, v. 368, n. 3, pp. 201-203. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23268647>
39. **American Nurses Credentialing Center.** ANCC Magnet Recognition Program ANCC Silver Spring (MD). Estados Unidos, 2019. <http://www.nursecredentialing.org/Magnet>
40. **U.S. News and World Report Health.** Best hospitals rankings. Estados Unidos, 2019. <http://health.usnews.com/best-hospitals>
41. **Chen Yao-Mei; Johantgen Mary-E.** Magnet Hospital attributes in European hospitals: A multilevel model of job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 2010, v. 47, n. 8, pp. 1001-1012. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.12.016>
42. **Aiken Linda-H; Poghosyan Lusine.** Evaluation of "Magnet journey to nursing excellence program" in Russia and Armenia. *Journal of Nursing Scholarship*, 2009, v. 41, n. 2, pp. 166-174. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01268.x>
43. **Aiken Linda-H; Buchan James; Ball Jane; Rafferty Anne-Marie.** Transformative impact of Magnet designation: England case study. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, v. 17, n. 24, pp. 3330-3337. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02640.x>
44. **Gea-Caballero Vicente-Antonio.** Elección de elementos esenciales de los entornos profesionales de enfermería en atención primaria, mediante el cuestionario Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), España, Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante, 2015. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50507/1/tesis_gea_caballero.pdf
45. **Armstrong K; Laschinger H; Wong C.** Workplace empowerment and Magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *Journal of Nursing Care Quality*, 2009, v. 24, n. 1, pp. 55-62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19092480>
46. **Kelly Lesly-A; McHugh Matthew-D; Aiken Linda-H.** Nurse outcomes in Magnet® and non-magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 2011, v. 41, n. 10, pp. 428-433. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31822eddbbc>
47. **Coulter Angela; Fitzpatrick Ray; Cornwell Jocelyn.** The point of care. Measures of patients' experience in hospital: purpose, methods and uses. Estados Unidos, 2009. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Point-of-Care-Measures-of-patients-experience-in-hospital-Kings-Fund-July-2009_0.pdf
48. **The Beryl Institute.** Improving the Patient Experience. Estados Unidos, 2018. <http://www.theberylinstitute.org/?page=Mission>
49. **Lillo-Crespo Manuel.** Asesoramiento en cuidados culturalmente competentes y evaluación de la satisfacción en el paciente holandés del Plan de Choque Intereuropeo.

- Una investigación cualitativa y transcultural en el contexto de la práctica de Enfermería. España, Repositorio Institucional de la Universidad de Alicante, 2005.
<http://hdl.handle.net/10045/10934>
50. **Coulter Angela; Locock Louise; Ziebland Sue; Calabrese Joe.** Collecting data on patient is not enough: they must be used to improve care. *British Medical Journal*, 2014, v. 348, g2225.
<https://doi.org/10.1136/bmj.g2225>
51. **Scott Jason; Dawson Pamela; Jones Diana.** Do older patients' perceptions of safety highlight barriers that could make their care safer during organizational care transfers? *BMJ Quality & Safety*, 2012, v. 21, n. 2, pp. 112-117.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000300>
52. **Young S; Wolff M; Lucey P; Maurana C-A.** The Milwaukee General Assistance Medical Program: Patient perspectives on primary care in an urban safety net. *Wisconsin Medical Journal*, 2004, v. 103, n. 7, pp. 56-60.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15696835>
53. **Cox L-M; Logio L-S.** Patient safety stories: A project utilizing narratives in resident training. *Academic Medicine*, 2011, v. 86, n. 11, pp. 1473-1478.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21952066>
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318230efaa>
54. **Conway James.** Getting boards on board: Engaging governing boards in quality and safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2008, v. 34, n. 4, pp. 214-220.
[https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(08\)34028-8](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(08)34028-8)
55. **Gidman Janice.** Listening to stories: Valuing knowledge from patient experience. *Nurse Education in Practice*, 2013, v. 13, n. 3, pp. 192-196.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.09.006>
56. **Gaal Sander; Hartman Chantal; Giesen Paul; van Weel Chris; Verstappen Wim; Wensing Michel.** Complaints against family physicians submitted to disciplinary tribunals in the Netherlands: lessons for patient safety. *Annals of Family Medicine*, 2011, v. 9, n. 6, pp. 522-527.
<https://doi.org/10.1370/afm.1308>
57. **Torres Myriam-E; Meetze Edena-G; Smithwick-Leone Julie.** Latina voices in childhood obesity: A pilot study using photovoice in South Carolina. *American Journal of Preventive Medicine*, 2013, v. 44, n. 3, pp. 225- 231.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.11.020>
58. **Greaves Felix; Millett Christopher.** Consistently increasing numbers of online ratings of healthcare in England. *Journal of Medical Internet Research*, 2012, v. 14, n. 3, e94.
<http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2157>
59. **Greaves Felix; Ramirez-Cano Daniel; Millett Christopher; Darzi Ara; Donaldson Liam.** Harnessing the cloud of patient experience: Using social media to detect poor quality healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 2013, v. 22, n. 3, pp. 251-255.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001527>
60. **Casas-Anguita Juana; Repullo-Labrador J-R; Donado-Campos J.** La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 2003, v. 31, n. 8, pp. 527-537.
<http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadistica.pdf>
61. **Vocera.** The Experience Innovation Network. The Evolving Role Of The Healthcare Chief Experience Officer US: Research report 2015. Estados Unidos, 2019.
http://vertassets.blob.core.windows.net/download/0c2e36db/0c2e36db-5a1f-467c-8dcd-940fc4a6700a/cxo_survey_2015_report_vocera_experience_innovation_network.pdf
62. **The King's Fund.** Ideas that change health care. Inglaterra, 2019.
<https://www.kingsfund.org.uk/>
63. **Skela-Savič Brigita; Macrae Rhoda; Lillo-Crespo Manuel; M, Rooney Kevin-D.** The development of a consensus definition for Healthcare Improvement Science (HIS) in seven European countries: A consensus methods approach. *Slovenian Journal of Public Health*, 2017, v. 56, n. 2, pp. 82-90.
<https://doi.org/10.1515/sjph-2017-0011>
64. **Armstrong Lorraine; Lauder William; Shepherd Ashley.** An evaluation of methods used to teach quality improvement to undergraduate healthcare students to inform curriculum development within preregistration nurse education: A protocol for systematic review and narrative synthesis. *Systematic Reviews*, 2015, v. 4, n. 8, pp. 1-8.
<https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-8>
65. **Tackett Sean; Grant Janet; Mmari Kristin.** Designing an evaluation framework for WFME basic standards for medical education. *Medical Teacher*, 2016, v. 38, n. 3, pp. 291-296.
<https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1031737>
66. **Reeves Scott; Clark Emma; Lawton Sally; Ream Melissa; Ross Fiona.** Examining the nature of interprofessional interventions designed to promote patient safety: A narrative review. *International Journal for Quality in Health Care*, 2017, v. 29, n. 2, pp. 144-150.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx008>