



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

RESIDENCIA EN GESTIÓN ORGANIZACIONAL

**ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y SU EFECTO EN LA
LEALTAD EN UNA CLÍNICA DEL SECTOR PÚBLICO**

TESIS DE MAESTRÍA

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

RICARDO MEJÍA QUINAREZ

TUTOR PRINCIPAL

DRA. CYNTHIA ZAIRA VEGA VALERO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

COMITÉ TUTOR

DR. DAVID RUIZ MÉNDEZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. SANDRA IVONNE MUÑOZ MALDONADO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DR. ISAÍAS VICENTE LUGO GONZÁLEZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México junio 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
DEFINICIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.....	4
FACTORES DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.....	4
CONSECUENCIAS DE LA SATISFACCIÓN: LEALTAD.....	5
MÉTODO.....	7
RESULTADOS.....	11
CONCLUSIONES.....	38
REFERENCIAS.....	42
APÉNDICE.....	46

AGRADECIMIENTOS

Quisiera empezar agradeciendo el apoyo siempre eterno de mi familia, con quienes he vivido tormentas y atardeceres en los que la luz se apaga y se vuelve a reiniciar, pues es gracias a ellos que la vida tiene sentido y me hace dar mi mejor esfuerzo. Ya que sin ellos no tendría ni los bienes más elementales y ni aquello que el futuro me depara. Es así que uso el presente párrafo como prueba de mi infinito agradecimiento y amor, por mi pequeña familia que ocupa un gran espacio en mi corazón.

También quiero agradecer en demasía a todos los profesores de la Residencia en Gestión Organizacional que me han apoyado en la construcción del presente trabajo, en especial a la Doctora Zaira que fue mi profesora desde mi primer semestre en la maestría y que es alguien a quien sin duda respeto tanto por sus valores como su disciplina. De verdad le agradezco bastante su apoyo y comprensión en la elaboración de la presente tesis. También estoy muy agradecido con el Doctor David por todo lo que nos enseñó en la residencia, así como por todo su apoyo que nos dió a lo largo de la maestría, de verdad me enseñó conocimientos y actitudes que siempre valoraré. Así mismo quiero agradecer a todos los profesores de los que tuve el placer de recibir clase, ya que sin duda la maestría fue una experiencia inolvidable. De verdad agradezco la oportunidad que me dieron de entrar a la maestría y estar con gente tan preparada, tan inteligente, y con un interés tan genuino por la investigación. ¡Este trabajo no hubiera sido posible sin ustedes!

Finalmente agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca proporcionada, ya que me ayudó a poder seguir estudiando.

INTRODUCCIÓN

A los usuarios de los servicios de salud se les puede considerar tanto consumidores como productores del servicio que reciben. Lo anterior debido a que las personas no solo toman un rol pasivo, sino que tienen un papel activo en el cuidado de la salud al expresar su satisfacción con el servicio (Vincent y Coulter, 2002). Los pacientes pueden funcionar como fuentes de información clave en el proceso de diagnóstico de una organización, además de contribuir al tratamiento que se les asigne, y facilitar la evaluación de la asistencia recibida por practicantes para prevenir daños a la salud (Vincent y Coulter, 2002). Por lo cual tener un enfoque centrado en el paciente implica entender sus necesidades, preferencias, valores, y el involucramiento que tienen en las decisiones clínicas o con respecto a su salud (Robinson et al., 2008).

La importancia de estudiar la satisfacción del paciente radica en que ha mostrado ser un indicador muy efectivo para proveedores de servicios de salud (Duggirala et al., 2008). También, funciona como herramienta que le permite a distintas organizaciones planear estrategias e implementar servicios de calidad total (Al-Abri y Al-Balushi, 2014). La literatura ha mostrado que este enfoque tiene beneficios económicos, como la reducción en el costo total de cuidado cuando mejora la percepción del paciente sobre la calidad del servicio, trayendo consigo menos complicaciones en cirugía y periodos de recuperación más cortos (Kenagy et al, 1999). De esta forma, la satisfacción del paciente media la calidad del servicio y otras conductas como puede ser la adherencia al tratamiento y seguir consejos de su centro de salud (Gotlieb et al., 1994). El siguiente trabajo presentará una investigación sobre los niveles de satisfacción de los pacientes en una clínica de atención médica pública en México. Antes de describir el estudio, se revisarán definiciones importantes sobre los constructos evaluados.

DEFINICIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

La satisfacción del paciente es la actitud que este tiene sobre el cuidado y atención médica recibida, así como diferentes aspectos de este (Iftikhar et al., 2011). También, se le puede definir como la reacción que tienen los usuarios a diferentes aspectos del servicio a través de la comparación de sus expectativas de una situación de cuidado ideal contra su percepción de cuidado realmente recibida (Iftikhar et al., 2011). Finalmente, también se le conoce como la evaluación de un producto o servicio sobre si logró cumplir su propósito (Oliver, 1999). Siendo así que la satisfacción del paciente es el juicio que llevan a cabo los usuarios sobre sus necesidades y expectativas cumplidas por un determinado proveedor de servicios de salud (Al-Elisa et al., 2005).

FACTORES DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

En la satisfacción del paciente pueden influir una variedad de factores que afecten las expectativas y experiencias que obtengan los usuarios. Un factor muy importante es la relación que se tiene con el médico, sobre la cual se ha encontrado que es un predictor significativo para que el usuario siga acudiendo al mismo servicio de salud (Thom, 2001). También se le ha relacionado con otros aspectos como promover la conducta de buscar atención médica, compartir información sensible, mejorar el estado de salud, y cumplir con el tratamiento recomendado (Hall et al., 2001; Schers et al., 2002).

También otro factor importante es el trato recibido por personal clínico de otras clases. Un ejemplo de esto es el caso de trabajadores de enfermería: se ha mostrado que el cuidado otorgado por estos últimos impacta en la salud del paciente (Aiken et al., 2002), además de que se ha encontrado una relación significativa entre el bienestar que presentan

estos trabajadores y la calidad de cuidado percibido por los pacientes (Papastavrou et al., 2014).

Además de los ya mencionados, el acceso al servicio y la infraestructura física de la clínica también han mostrado ser factores relacionados a la satisfacción del usuario. Entendiendo la primera como la atención que recibe una persona y le facilita obtener un determinado producto (Perez, 2021). Sobre lo cual se ha encontrado que si la persona experimenta un tiempo de espera largo y tiene falta de información pueden llevarla a una percepción no satisfactoria del servicio recibido (Bustamente et al., 2013; Parra et al, 2012). En el caso de la infraestructura física, algunos estudios demuestran que aspectos como la limpieza, el confort, y el equipamiento también tienen relación con la satisfacción presentada por el usuario (Parra et al, 2012; Viena, 2020).

CONSECUENCIAS DE LA SATISFACCIÓN: LEALTAD

Un elemento asociado con la satisfacción del paciente es la lealtad. Este concepto se ha definido como un compromiso por volver a comprar o utilizar un servicio preferido constantemente en el futuro, causando así un consumo repetitivo del mismo proveedor aún a pesar de influencias situacionales, o estrategias que podrían hacerlo cambiar de comportamiento o de proveedor (Oliver, 1999). La lealtad del paciente es la conducta de volver a adquirir los servicios de un mismo proveedor de salud, lo cual ocurre por aspectos relacionados con el trato que tenga con el médico y la calidad de relación interpersonal recibida (Roberge et al., 2001). Por lo cual su estudio se ha vuelto importante para entender la satisfacción del paciente, ya que inclusive se ha encontrado que esta última funciona como predictor de la lealtad del usuario (Garman et al, 2004).

Es así como los productos relacionados con la lealtad y satisfacción del usuario han sido la intención de abandono y la de recomendación. Sobre la primera Bluedorn (1982), la define como la probabilidad de que una persona termine su relación con la organización en un tiempo determinado en el futuro. De lo cual también se ha investigado que una persona es menos probable que piense en cambiar de organización si es leal a ella (Rusbult y Farrell, 1983). Por lo cual es apropiado proponer que, si un paciente está satisfecho y es leal a su proveedor de servicio de salud, es menos probable que lo abandone. Sobre la segunda es la intención de recomendar el proveedor a otras personas, lo cual de igual forma impacta positivamente en la organización (Barksdale et al., 1997).

De acuerdo a lo revisado anteriormente podemos dar cuenta que la satisfacción del paciente es un elemento importante para el desarrollo de la organización, ya que interactúa con elementos que pueden tener un gran impacto como lo es la lealtad. Además, es necesario indicar que de acuerdo a la literatura, otros factores que influyen en la satisfacción del paciente son las características propias del usuario, ya que las necesidades y expectativas que se tengan pueden variar si se pertenece a un determinado subgrupo y que se pueden relacionar con que se valoren de forma diferente ciertos aspectos del servicio (Jackson et al., 2001). A continuación, se describe un trabajo que tuvo como objetivo identificar los principales factores que intervinieron en la satisfacción y la lealtad de los usuarios de una clínica del sector público. Por lo cual se analizaron la media de los puntajes obtenidos en cada uno de estos dos conceptos, así como de sus distintas variables. Para posteriormente utilizar el índice de Promotores Netos (Keiningham, 2008), y así analizar clasificar a los participantes en distintos tipos de usuarios de acuerdo a su nivel de satisfacción reportada. Y finalmente elaborar un modelo predictivo de la lealtad de los usuarios en base a su satisfacción mediante un algoritmo de aprendizaje no supervisado.

MÉTODO

Participantes

El muestreo utilizado fue no aleatorio, con participación voluntaria. La muestra final estuvo conformada por 332 derechohabientes de una clínica del sector público. La edad promedio de los participantes fue de 54.21 años de edad con un rango de los 18 hasta los 83 años. Respecto al sexo de los participantes 219 personas eran mujeres, las cuales representaron el 66% de la población, mientras que el 34% restante eran hombres el equivalente a 113 personas. Se encontró que los participantes contaban con una antigüedad promedio de 17.96 años, teniendo usuarios que visitaban por primera vez la clínica y otros que reportaban tener hasta 50 años como derechohabientes de la misma.

Tipo de estudio

El presente trabajo fue de cohorte no experimental, transversal, y correlacional-causal, ex post facto. En razón de que no se controlaron las variables a tratar y se aplicaron instrumentos en un determinado período de tiempo para observar datos descriptivos y su relación entre estos (Hernández et al, 2014).

Instrumentos y aparatos

Para medir la satisfacción de los usuarios se utilizó la Escala de Satisfacción de Servicios Sanitarios de Atención Primaria de Varela et al. (2003). Dicha escala contiene un total de 18 ítems con códigos respuesta tipo likert que van de nada satisfecho (1) a muy satisfecho (5), sus ítems se agrupan en cuatro dimensiones:

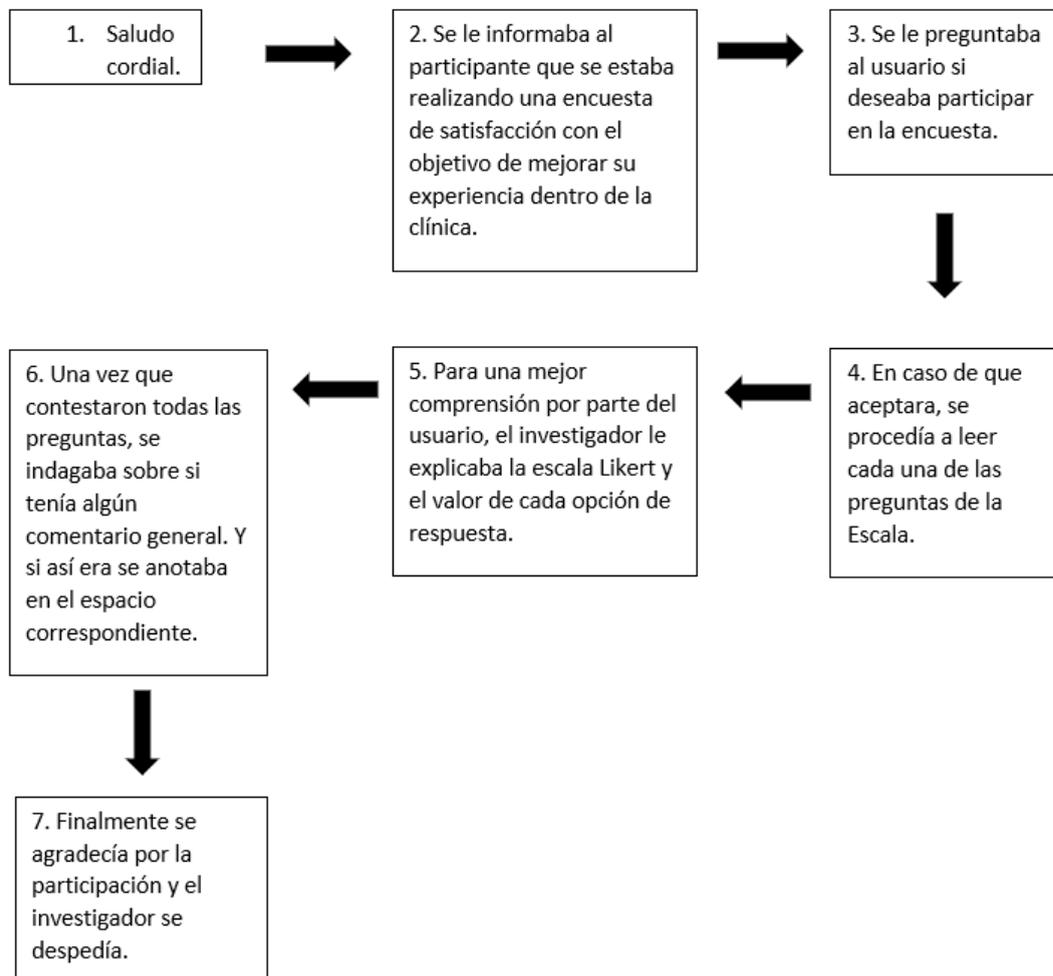
- Personal sanitario. Refiere a aspectos como el modo en que le trata su médico, la enfermera, el tiempo que le dedica su médico, etc.

- Personal de Apoyo. Refiere a aspectos como la agilidad y trato al solicitar cita telefónica, la disposición del personal para ayudarlo, etc.
- Condiciones Físicas. Refiere a la comodidad y amplitud de la sala de espera, las instalaciones y equipamiento del centro y su señalización interna.
- Acceso al Servicio. Refiere al horario de atención a los pacientes, el tiempo de espera para entrar a la consulta, la proximidad del centro de salud o la facilidad para conseguir cita.

Para analizar la lealtad de los usuarios se utilizaron tres ítems propuestos originalmente por Lee (2017), los cuales tienen código de respuesta tipo likert que van de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (7). Las afirmaciones que componen cada ítem son las siguientes: "Volvería a recibir tratamiento en este hospital", "Recomendaría este hospital a sus amigos y familia" y "Visitaría de nuevo el hospital por su eficacia en organización y servicio".

Procedimiento

La recolección de los datos de satisfacción se realizó del 7 de marzo al 25 de abril, los días lunes y miércoles durante dos horas cada día. Los investigadores acudieron presencialmente a la clínica para la aplicación del instrumento. Los usuarios fueron captados en la sala de espera de la clínica. Ahí, se les invitó a contestar la encuesta de satisfacción de usuarios (ver Apéndice) de forma electrónica mediante el formulario de *Google forms* realizada por el equipo de la residencia de Gestión Organizacional y la dirección de la clínica. Durante el llenado de la encuesta, los usuarios fueron asistidos en todo momento por un residente. En la Figura 1 se explica el protocolo de aplicación.

Figura 1.*Protocolo de aplicación.*

Adicional a las aplicadores del cuestionario, los investigadores realizaron dos actividades más:

- Medir el tiempo de espera en la sala: esta persona fue la encargada de tomar el tiempo que los derechohabientes pasaban en la sala a partir de su ingreso a la clínica hasta que pasaban a su cita al consultorio. También es necesario mencionar que la medición se llevaba a cabo independientemente de si la persona hubiera contestado o no la encuesta de satisfacción.

- Medir el tiempo de signos vitales y consultorio: esta persona fue la responsable de registrar cuánto tiempo se tardaban los pacientes tanto en la toma de signos vitales, como en la consulta.

Una vez obtenidas las respuestas, se utilizó el Software “JASP” para el análisis de datos. Se sacaron porcentajes con base en los puntajes normalizados de cada dimensión o categoría evaluada. Los análisis inferenciales utilizados fueron *correlaciones de pearson* para identificar posibles relaciones entre variables y *análisis de regresión lineal* para ubicar el mejor modelo predictivo e identificar los posibles predictores de la satisfacción de los usuarios. Siendo así que se hizo uso de pruebas como ANOVA de medidas repetidas para analizar de forma más profunda si había diferencias significativas entre los usuarios de acuerdo a categorías de la propia satisfacción, e inclusive en su relación con variables sociodemográficas. También se utilizaron mapas de calor para identificar en principio las variables de satisfacción que tenían mayor relación con las variables de lealtad, así como la formación de grupos de usuarios de acuerdo a su nivel de satisfacción. Y finalmente se utilizó el algoritmo K-means para identificar de manera visual la formación de distintos patrones en los datos y poder revisar la formación de clústeres de acuerdo a los niveles de satisfacción reportada.

RESULTADOS

Para el análisis de los datos se normalizaron las puntuaciones de todas las categorías de satisfacción con el servicio. La normalización implicó transformar los puntajes a una escala cuantitativa común que va del 0 (puntaje mínimo posible) al 10 (puntaje máximo posible). Primero, se realizó el análisis de las dimensiones del instrumento de satisfacción. Posteriormente, se realizó el análisis de los factores de lealtad. En la Tabla 1 se muestran los valores del análisis descriptivo de cada una de las categorías.

Tabla 1.

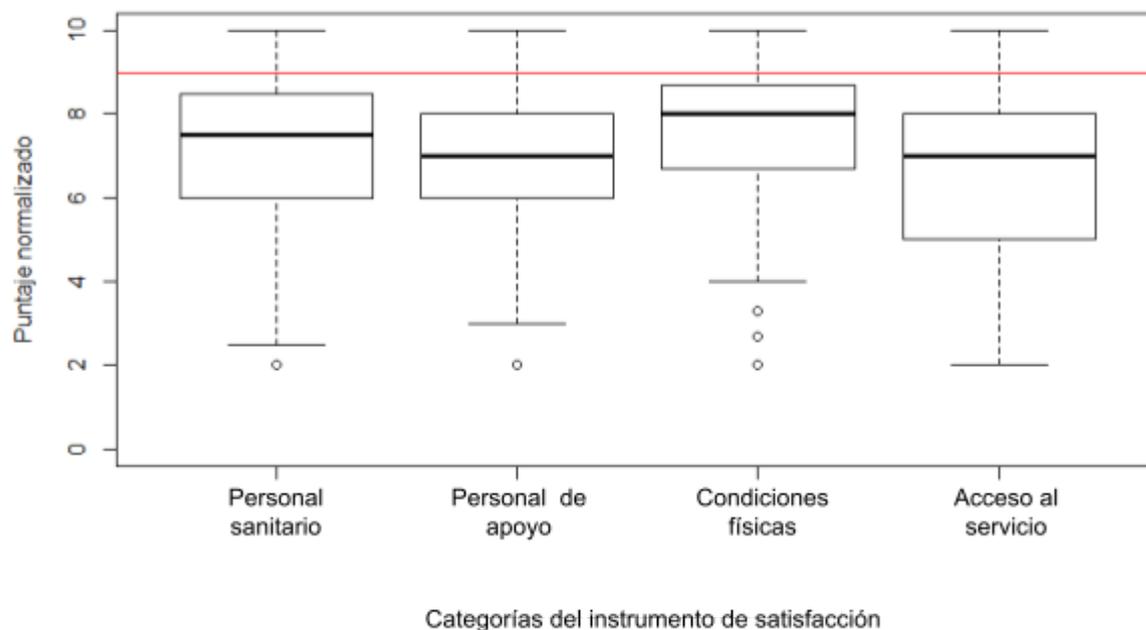
Media, mediana, desviación estándar y rango intercuartil por categorías.

Categoría	Personal sanitario	Personal de apoyo	Condiciones físicas	Acceso al servicio
Media	7.12	7.07	7.59	6.67
Mediana	7.50	7.00	8.00	7.00
Desviación estándar	2.03	2.09	1.56	2.06
Rango intercuartil	2.5	2.0	2.0	3.0

La Figura 2 muestra el puntaje total obtenido en cada una de las categorías que conforman la evaluación de satisfacción. Estas son: “personal sanitario”, “personal de apoyo”, “condiciones físicas”, y “acceso al servicio”. Se encontró que la categoría con un valor de mediana más alto fue “condiciones físicas”, obteniendo un puntaje normalizado de 8.0. La segunda categoría con un valor de mediana más alto fue la de “personal sanitario”, obteniendo un puntaje normalizado de 7.5. Finalmente, las categorías que puntuaron con un valor de mediana más bajo fueron “personal de apoyo” y “acceso al servicio” con un puntaje normalizado de 7.0. Finalmente, se identificó que la categoría que presentó una mayor variabilidad fue “acceso al servicio” en comparación con las demás.

Figura 2.

Puntaje normalizado de satisfacción por categoría.



Como parte del análisis, se clasificó a todos los participantes que contestaron la encuesta de acuerdo con el Índice de Promotores Netos. Este índice se enfoca en cómo las recomendaciones realizadas por los usuarios pueden influir en el desarrollo de la organización (Keiningham, 2008). El índice especifica que los usuarios que proporcionen calificaciones de 9 o 10 son promotores, los usuarios que den calificaciones de 8 o 7 son pasivos, y todos aquellos con calificaciones menores a 6 son detractores. Se considera que un promotor es aquella persona que emite comentarios positivos y recomendaciones de un producto, servicio u organización. Un usuario pasivo es el que no realiza comentarios o reseñas y un detractor es aquella persona que realiza comentarios negativos sobre su experiencia como usuario. (Markey, 2009). Con estos criterios se analizó la frecuencia y porcentaje presente de cada tipo de usuario en cada categoría del cuestionario de satisfacción.

Tabla 2.

Frecuencia y porcentaje en clasificación de promotores, pasivos y detractores.

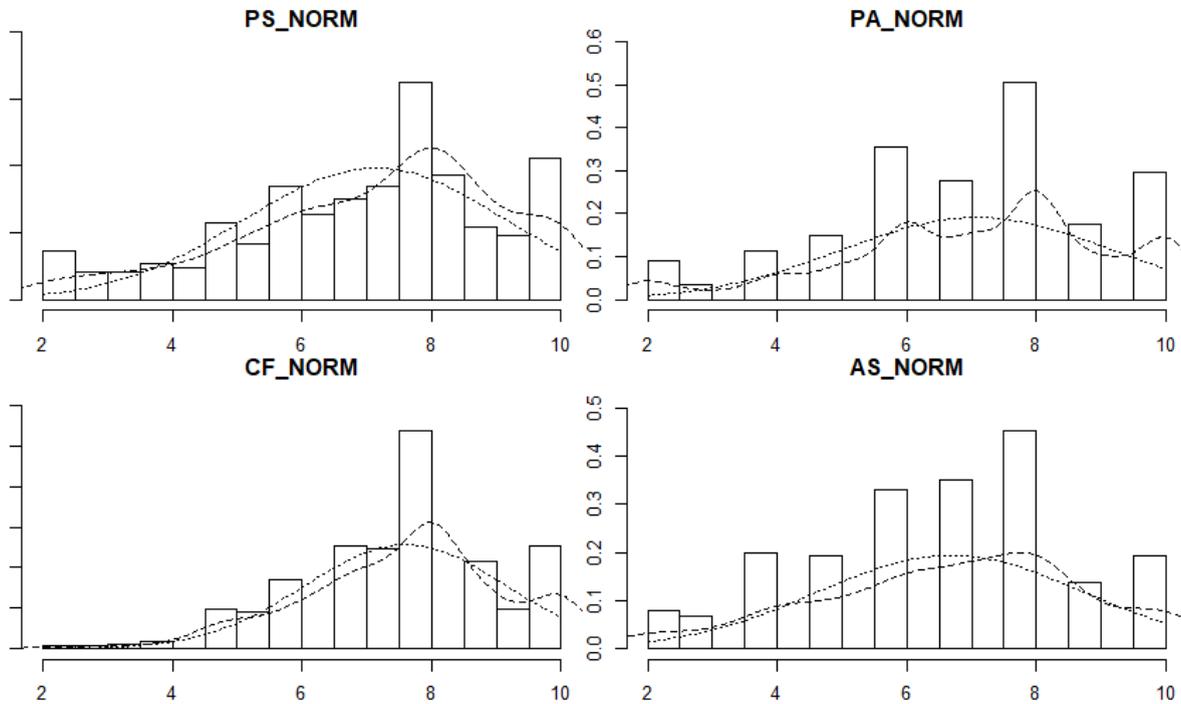
Categoría	Clasificación		
	Promotor	Pasivo	Detractor
Personal sanitario	100 (30.12%)	128 (38.55%)	104 (31.32%)
Personal de apoyo	78 (23.49%)	130 (39.15%)	124 (37.34%)
Condiciones físicas	94 (28.31%)	172 (51.80%)	66 (19.87%)
Acceso al servicio	55 (16.56%)	134 (40%)	144 (43.37%)

En la Tabla 2 se muestran los datos obtenidos. Ante lo cual se puede mencionar que ésta última categoría “acceso al servicio” presentó el mayor porcentaje de detractores (43.37%) y el menor porcentaje de promotores (16.56%).

Después se hizo un análisis de la distribución de los datos, por lo que se aplicó la prueba Shapiro-Wilk en cada categoría del cuestionario de satisfacción. En todas las categorías se encontró evidencia de ausencia de normalidad, lo que se coteja con los siguientes valores: “personal sanitario” ($W=0.94684$, $p<0.01$) “personal de apoyo” ($W=0.93247$, $p<0.01$), “condiciones físicas” ($W=0.95073$, $p<0.01$), “acceso al servicio” ($W=0.95207$, $p<0.01$). La Figura 3 muestra histogramas para cada categoría. Se puede observar en cada panel la presencia de sesgo causado por distribuciones ocultas en las observaciones obtenidas.

Figura 3.

Histogramas de distribución de los datos por categoría.



Posteriormente se hizo un análisis de las categorías para identificar si se presentaban diferencias entre ellas de acuerdo a su puntaje. Se aplicó la prueba ANOVA de medidas repetidas con la corrección Greenhouse-Geisser. El valor obtenido fue de $F^{99} (2.88, 954.89) = 25.443$, $p < 0.01$. **Ante lo cual se obtuvo evidencia de que las categorías presentaban diferencias estadísticamente significativas entre ellas.**

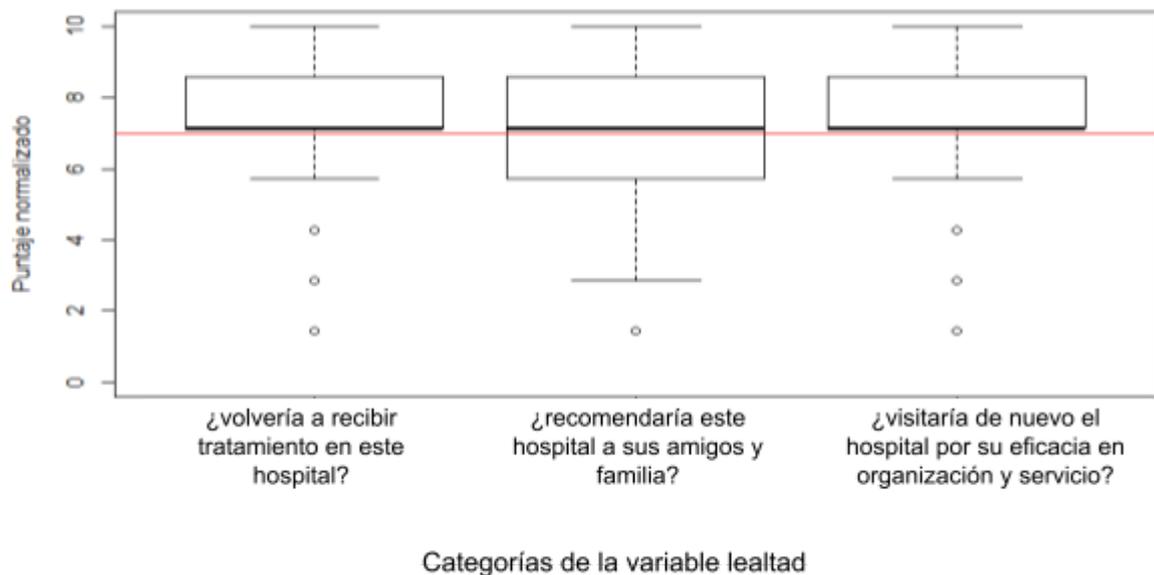
Para analizar entre cuáles categorías se presentaban diferencias estadísticamente significativas se llevaron a cabo pruebas post-hoc con método de ajuste Bonferroni, el cual se caracteriza por ser más conservador y detectar mejor la acumulación de error. De tal modo que se detectó que todas las categorías presentaban diferencias estadísticas entre ellas, a excepción de la categoría de “personal de salud” y “personal de apoyo”.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis de las variables de lealtad. Las variables fueron evaluadas de acuerdo a tres preguntas, a saber: “volvería a recibir tratamiento en este

hospital? (VT)", "recomendaría este hospital a sus amigos y familia?(RFA)", y "visitaría de nuevo el hospital por su eficacia en organización y servicio (VOS)". El usuario tenía que valorar del 1 al 7 a cada pregunta. Se hizo una normalización de los puntajes obtenidos en cada pregunta, que iban de 0 (puntaje mínimo posible) a 10 (puntaje máximo posible). En la Figura 4 puede observarse que los puntajes promedio obtenidos en las tres preguntas se encuentran ligeramente por encima de la puntuación 7, y que las variaciones de los datos se denotan igual en todas las opciones ya que se pueden identificar que algunos valores extremos puntúan por debajo del rango intercuartil.

Figura 4.

Puntajes normalizados de las tres preguntas de lealtad.



De igual manera, se realizaron los estadísticos descriptivos de cada variable, los datos se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3.

Media, mediana, desviación estándar y rango intercuartil por variables de lealtad

Categoría	¿Volvería a recibir tratamiento en este hospital?	¿Recomendaría este hospital a sus amigos y familia?	¿Visitaría de nuevo este hospital por su eficacia en organización y servicio?
Media	7.25	6.91	7.03
Mediana	7.14	7.14	7.14
Desviación estándar	2.01	2.33	2.11
Rango intercuartil	1.42	2.85	1.42

Como se puede observar en la Figura 5 al realizar el análisis se obtuvieron distintas correlaciones positivas entre las distintas variables evaluadas en la encuesta de satisfacción. La correlación que obtuvo un valor más alto es la que existe entre el apartado referente al “personal sanitario (médico)” y la “recomendación”, pues se encontró un valor de 0.615, esto puede interpretarse diciendo que el hecho de recibir un buen trato por parte del personal médico está relacionado con que los usuarios recomienden el servicio a sus amigos o familiares.

Dos elementos que también obtuvieron un puntaje de correlación importante fueron el “personal médico” y la “visita a clínica por su eficacia en organización y servicio” (0.583) esto significa que si la atención brindada por los médicos es oportuna y eficaz es probable que los usuarios regresen a la clínica para futuras citas. De igual forma el “personal médico” está relacionado con que las personas “volverían a recibir tratamiento” (.516)

Por su parte las “condiciones físicas” y la “visita a la clínica por su eficacia en organización y servicio”, fueron dos elementos que también obtuvieron una correlación positiva importante (0.539) lo cual implica que si elementos como la señalización o el

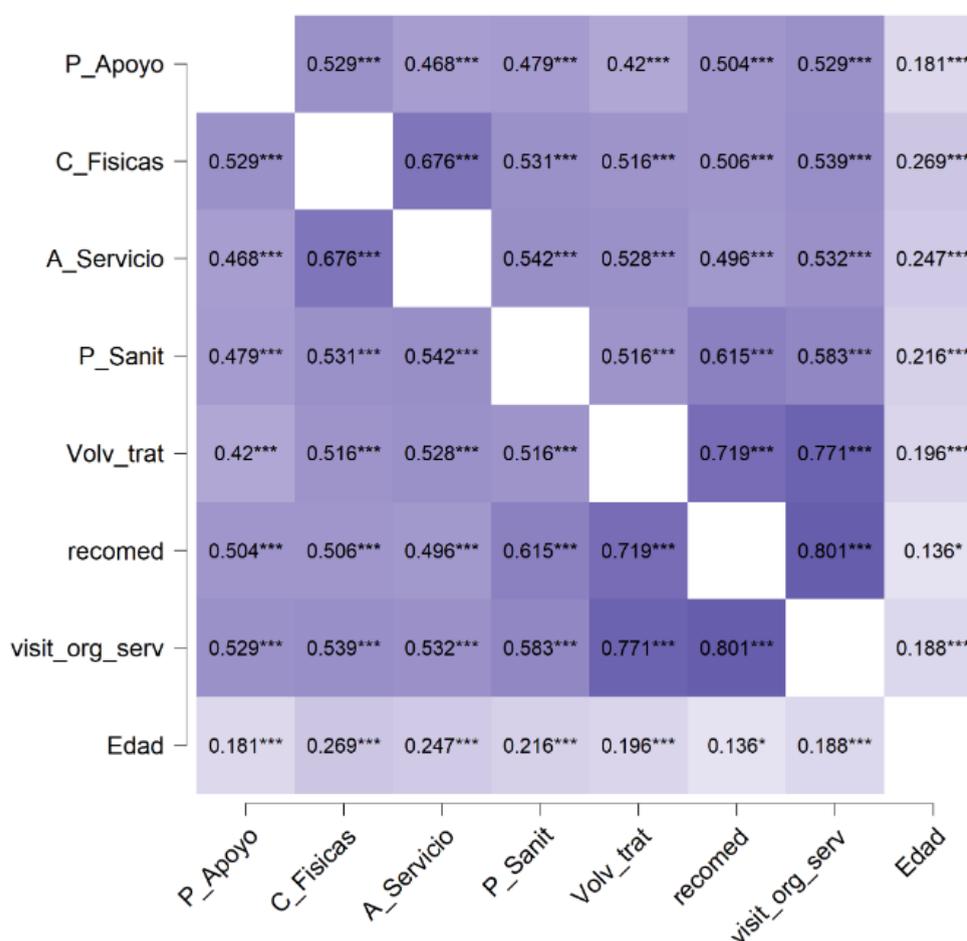
espacio de la sala de espera son adecuados para los derechohabientes, es más probable que estos vuelvan a visitar la clínica en el futuro.

Respecto al “personal de apoyo”, el cual incluye a todos los trabajadores que no son médicos, tiene una correlación significativa con si los derechohabientes “visitaran de nuevo la clínica por su organización y servicio” (.529).

Por su parte se encontró que el “acceso al servicio” que tiene que ver con el tiempo de espera y el horario de atención correlaciona con “visitaría nuevamente la organización por su eficacia en organización y servicio” (.532) y “Volvería a recibir tratamiento en esta clínica” (.528). Esto significa que “acceso al servicio” es un apartado en el que se debe tener cuidado si se desea que los usuarios regresen a la clínica.

Figura 5.

Mapa de calor que representa las correlaciones analizadas.



Modelos de predicción para lealtad

Para poder identificar el poder estadístico y peso de las variables que influyen en la lealtad se realizó un modelo de regresión lineal (ver Tabla 4). Se identificó que el predictor personal médico tiene peso predictivo mayor respecto a la recomendación y a volver a visitar la clínica, dado que muestra valores en dichas variables de $F(1; 331.729) = 200.437, p < .001$ y $F(1; 245.687) = 169.518, p < .001$ respectivamente. Por otro lado, respecto a volver recibir tratamiento por la organización y eficacia de la clínica la variable que tuvo mayor peso fue acceso al servicio ya que muestra valores de $F(1; 245.687) = 169.518, p < .001$. En todos los análisis, los valores de autocorrelación Durbin-Watson, nos permite indicar que los datos son independientes entre sí.

Tabla 4.

Resumen del modelo de regresión lineal

Recomendación			Distancias de Durbin-Watson		
Modelo	R2	R2 ajustada	Autocorrelación	Estadístico	P
1	.000	.000	.095	1.800	.067
2	.378	.376	-.055	2.085	.439
3	.435	.431	-.064	2.108	.329
4	.453	.448	-.080	2.143	.197

Volvería por eficacia en organización y servicio			Distancias de Durbin-Watson		
Modelo	R2	R2 ajustada	Autocorrelación	Estadístico	P
1	.000	.000	.080	1.834	.130
2	.339	.337	-.025	2.043	.701
3	.420	.417	-.049	2.091	.410
4	.454	.449	-.035	2.065	.556

5	.464	.458	-.054	2.106	.341
Volvería a recibir tratamiento			Distancias de Durbin-Watson		
Modelo	R2	R2 ajustada	Autocorrelación	Estadístico	P
1	.000	.000	.057	1.875	.253
2	.279	.277	.020	1.946	.621
3	.354	.350	-.007	1.994	.955
4	.375	.370	-.021	2.026	.820

Modelos de predicción para “Recomendaría este hospital a sus amigos y familia”

Para el caso de recomendación el modelo propuesto con un predictor nos indica que si se logra incrementar un punto la dimensión *personal médico* aumentará 0.49 unidades la *recomendación* que el usuario realice del servicio de la clínica. Así mismo, mientras el personal médico aumenta 1 desviación estándar aumenta 0.615 desviaciones estándar en recomendaciones del usuario. El intervalo de confianza al 95% se encuentra entre 0.426 y 0.563 (ver Tabla 5).

Modelo de predicción para la variable “Visitaría de nuevo el hospital por su eficacia en organización y servicio”

Por otro lado, para el caso de *volvería a la clínica por eficacia en organización y servicio* el modelo propuesto con un predictor nos indica que cuando sube un punto en unidades absolutas en la dimensión *personal médico* del instrumento de satisfacción incrementará 0.42 puntos la probabilidad de que el usuario regrese a la clínica por organización y servicio. Además, la puntuación en *volvería a la clínica por eficacia en organización y servicio* aumenta 0.58 desviaciones estándar cuando incrementa 1 desviación estándar en ambos predictores. En este caso el intervalo de confianza al 95% se encuentra entre 0.361 y 0.490 (ver Tabla 5).

Modelo de predicción para la variable “Volvería a recibir tratamiento en este hospital”

Por último, el modelo indica que cuando sube un punto en unidades absolutas en la dimensión *acceso al servicio* se incrementa 0.44 puntos la respuesta de los usuarios para volver a recibir tratamiento en la clínica. De igual manera el modelo señala que si incrementa una desviación estándar el acceso al servicio aumenta 0.528 desviaciones estándar el volver a recibir tratamiento en la clínica. Con un intervalo de confianza al 95% que tiene valores de 0.369 y 0.525 (ver Tabla 5).

Tabla 5.
Coefficientes de modelo predictivo

Recomendación			IC 95%	
Predictor	No estandarizado	Estandarizado	Bajo	Alto
Personal médico	0.494	0.615	0.426	0.563
Volvería por eficacia en organización y servicio			IC 95%	
Predictor	No estandarizado	Estandarizado	Bajo	Alto
Personal médico	0.425	0.583	0.361	0.490
Volvería a recibir tratamiento			IC 95%	
Predictor	No estandarizado	Estandarizado	Bajo	Alto
Acceso al servicio	0.447	0.528	0.369	0.525

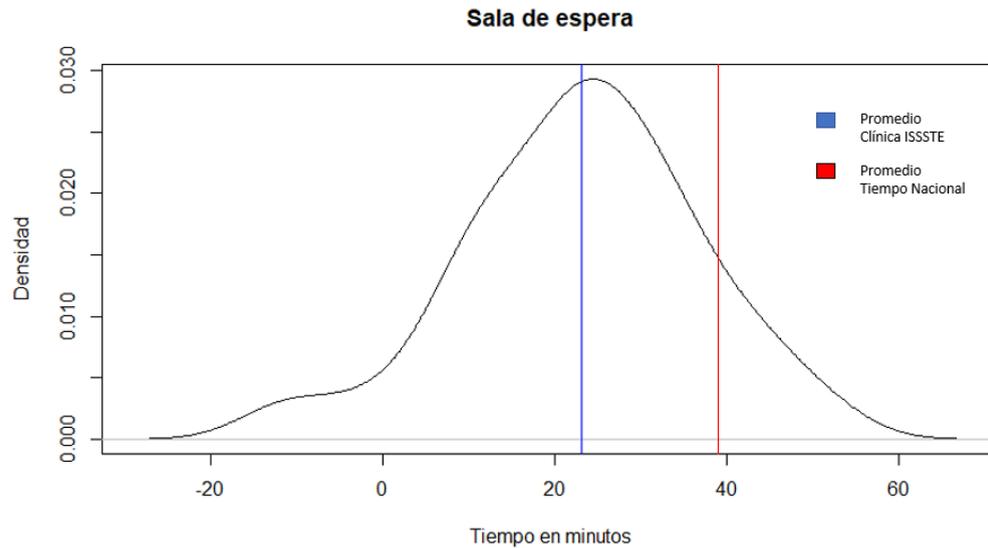
Análisis de tiempo

Posteriormente se llevó a cabo el análisis de los diferentes tiempos de atención de la clínica con base en tres elementos: 1) el tiempo que pasan los pacientes en la sala de espera antes de recibir atención, 2) el tiempo en que se miden sus signos vitales antes de consulta, y 3) el tiempo que dura su consulta. Se hizo un análisis de cada uno para calcular el tiempo promedio en minutos, la desviación estándar, su intervalo de confianza, la distribución de los datos y su relación con criterios establecidos a nivel nacional o por la propia institución.

En el caso del tiempo de espera se obtuvo un promedio de 25.49 minutos con una desviación estándar de 18.6 minutos. Es decir, que las personas esperaban entre 6.89 minutos y 44.09 minutos para ser atendidas. También se buscó probar si este tiempo ocurría la mayoría de las veces en relación con otros tiempos, para ello se utilizó la prueba Shapiro-Wilk que evalúa si los datos siguen o no una curva normal. Los resultados indican que los datos siguen una curva normal, es decir el tiempo promedio es el tiempo que ocurre la mayoría de las veces ($W = 0.98322$, $p\text{-value} = 0.4051$). Para comparar los tiempos obtenidos en la clínica con una referencia estandarizada se utilizó el tiempo promedio de espera a nivel nacional reportado por ENSANUT (2020) el cual se establece en 39 minutos. La Figura 6 muestra la comparación entre los tiempos obtenidos en la clínica y éste estándar, donde la línea azul corresponde al tiempo promedio observado en la clínica y la línea roja corresponde al tiempo promedio a nivel nacional. Se buscó identificar si los tiempos obtenidos fueron estadísticamente diferentes de forma significativa a los tiempos nacionales, por lo tanto se usó una prueba t para hacer esta comparación. Los resultados indican que los tiempos de la clínica fueron significativamente menores a los tiempos nacionales ($t(76) = -6.3464$, $p < 0.01$).

Figura 6.

Gráfico de densidad que representa los valores obtenidos de tiempo de espera.

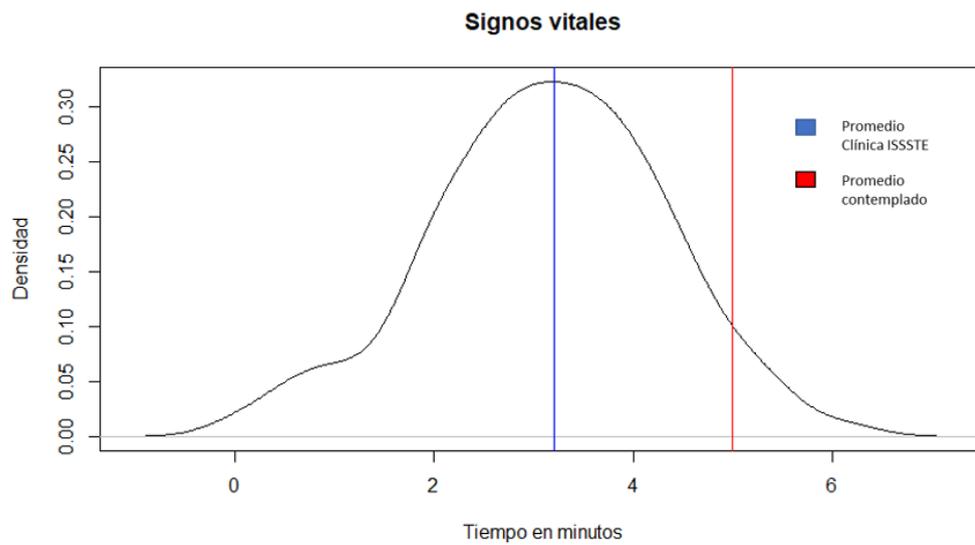


Posteriormente se llevó a cabo el análisis del tiempo de medición de signos vitales sobre el cual se obtuvo un promedio de 3.21 minutos con una desviación estándar de 1.26 minutos. Es decir que las personas tardaban entre 1.95 minutos y 4.47 minutos para que les tomarán las mediciones de sus signos vitales. De igual manera se buscó probar si este tiempo ocurría la mayoría de las veces en relación con otros tiempos, por lo que se utilizó la prueba Shapiro-Wilk. Los resultados indican que los datos siguen una curva normal, es decir el tiempo promedio es el tiempo que ocurre la mayoría de las veces ($W = 0.9956$, $p\text{-value} = 0.7285$). Para comparar los tiempos obtenidos en la clínica con una referencia estandarizada se utilizó el tiempo promedio contemplado por el ISSSTE (2015) que es de 5 minutos. La Figura 7 muestra la comparación entre los tiempos obtenidos en la clínica y éste estándar, donde la línea azul corresponde al tiempo promedio observado en la clínica y la línea roja corresponde al tiempo promedio contemplado por la institución. Se buscó identificar si los tiempos obtenidos fueron estadísticamente diferentes de forma significativa a los tiempos contemplados, por que se usó una prueba t para hacer esta comparación. Los resultados

indican que los tiempos de la clínica fueron significativamente menores a los tiempos nacionales ($t(239) = -21.987, p < 0.01$).

Figura 7.

Gráfico de densidad que representa los valores obtenidos de tiempo de medición de signos vitales.

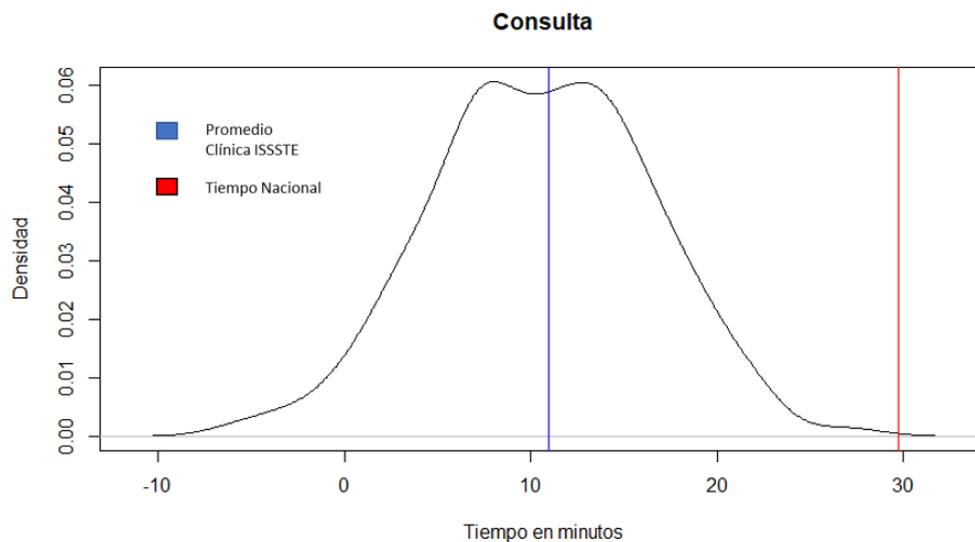


Después se procedió a realizar el análisis del tiempo de consulta, en el que se encontró una promedio de 10.92 minutos con una desviación estándar de 5.68 minutos. Es decir que las personas tardaban entre 5.24 minutos y 16.6 minutos para que se desarrollará su consulta. De igual manera se buscó probar si este tiempo ocurría la mayoría de las veces en relación con otros tiempos, por lo que se utilizó la prueba Shapiro-Wilk. Los resultados indican que los datos siguen una curva normal, es decir el tiempo promedio es el tiempo que ocurre la mayoría de las veces ($W = 0.99229, p\text{-value} = 0.1208$). Para comparar los tiempos obtenidos en la clínica con una referencia estandarizada se utilizó el tiempo promedio de espera a nivel nacional reportado por ENSANUT (2020) que es de 29.7 minutos. La Figura 8 muestra la comparación entre los tiempos obtenidos en la clínica y éste estándar, donde la línea azul corresponde al tiempo promedio observado en la clínica y la línea roja corresponde al tiempo promedio a nivel nacional. Se buscó identificar si los tiempos obtenidos fueron

estadísticamente diferentes de forma significativa a los tiempos nacionales, por lo tanto se usó una prueba t para hacer esta comparación. Los resultados indican que los tiempos de la clínica fueron significativamente menores a los tiempos nacionales ($t(300) = -57.341$, $p < 0.01$).

Figura 8.

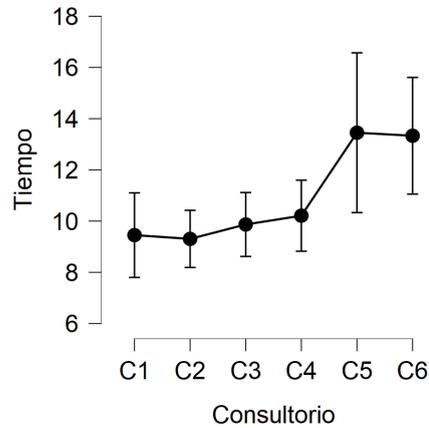
Gráfica de densidad que representa los valores obtenidos de tiempo de consulta.



Finalmente se hizo un análisis para saber si los tiempos de consulta difieren en función del consultorio al que asistía el paciente. La Figura 9 muestra los promedios de tiempo por número de consultorio obtenidos en la clínica. Se puede observar el consultorio número cinco y el consultorio número seis, son los consultorios que muestran mayor tiempo en relación a los demás consultorios. A lo que se buscó averiguar si esta diferencia era estadísticamente significativa, por lo que se realizó un ANOVA de una vía. Los resultados de este análisis nos permiten concluir que había diferencias estadísticamente significativas ($F(5, 295) = 4.002$, $p < 0.05$).

Figura 9.

Gráfica con barras de error (intervalos de confianza) del tiempo promedio de consulta de cada número de consultorio.



Después para analizar entre cuáles consultorios se presentaban diferencias estadísticamente significativas se llevaron a cabo pruebas post-hoc con método de ajuste Bonferroni. De tal modo que solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el consultorio número cinco con los consultorios número uno y número dos, y también entre el consultorio número seis y el consultorio dos. En la Tabla 6 se muestran los valores obtenidos.

Tabla 6.*Comparaciones múltiples entre el número de consultorio con la corrección Bonferroni..***Pruebas Post Hoc de comparación entre consultorios**

		95% CI for Mean Difference						
		Mean Difference	Lower	Upper	SE	t	P _{tukey}	P _{bonf}
C1	C2	0.147	-3.000	3.294	1.097	0.134	1.000	1.000
	C3	-0.416	-3.667	2.834	1.133	-0.368	0.999	1.000
	C4	-0.759	-3.914	2.396	1.100	-0.690	0.983	1.000
	C5	-3.999	-7.837	-0.161	1.338	-2.989	0.036*	0.046*
	C6	-3.881	-8.029	0.267	1.446	-2.684	0.081	0.115
C2	C3	-0.563	-3.384	2.257	0.983	-0.573	0.993	1.000
	C4	-0.906	-3.617	1.805	0.945	-0.958	0.931	1.000
	C5	-4.146	-7.628	-0.664	1.214	-3.416	0.009**	0.011*
	C6	-4.028	-7.848	-0.207	1.332	-3.024	0.032*	0.041*
C3	C4	-0.342	-3.172	2.487	0.986	-0.347	0.999	1.000
	C5	-3.583	-7.158	-0.007	1.246	-2.875	0.049*	0.065
	C6	-3.464	-7.370	0.441	1.362	-2.544	0.115	0.172
C4	C5	-3.240	-6.730	0.249	1.216	-2.664	0.086	0.122
	C6	-3.122	-6.949	0.705	1.334	-2.340	0.182	0.299
C5	C6	0.118	-4.289	4.525	1.536	0.077	1.000	1.000

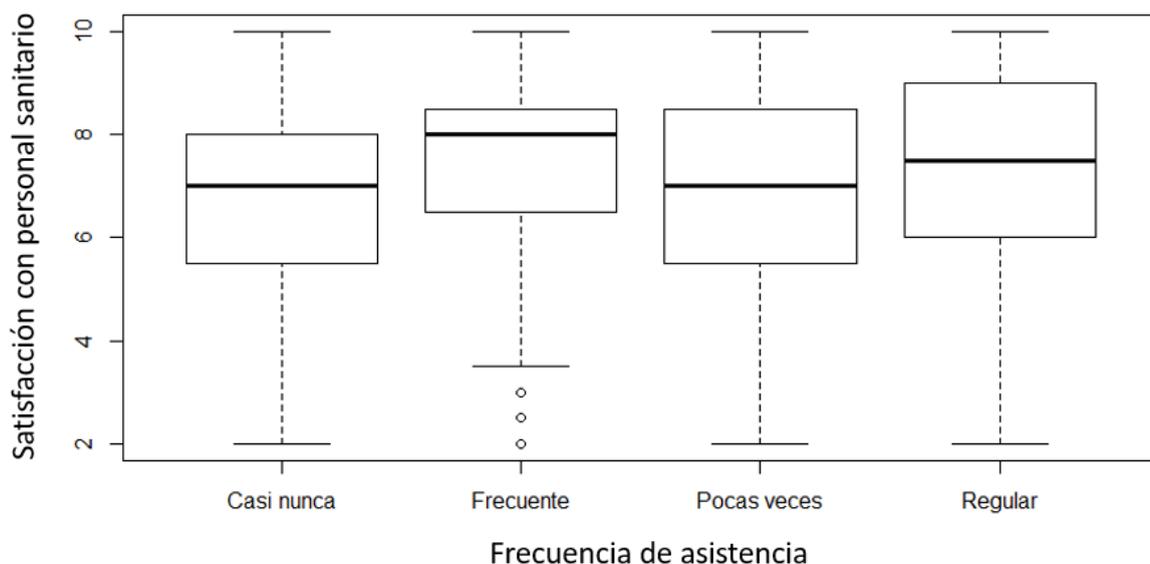
* p < .05, ** p < .01

Con el fin de identificar mejor las distintas distribuciones que presentaban las categorías se procedió a realizar un análisis por variables de agrupación. Por lo cual se utilizaron variables sociodemográficas como el sexo, la frecuencia con que acudían a la clínica, el propósito de su visita, su antigüedad como derechohabiente, y su edad para revisar si se presentaban diferencias estadísticamente significativas en relación con cada categoría.

En la categoría de “personal sanitario” se detectó que la frecuencia con que acudían los usuarios presentaba diferencias estadísticamente significativas ($F(3, 328) = 3.096, p < 0.05$), de tal modo que cuando las personas acudían de forma frecuente o regular su puntaje promedio de satisfacción con el personal médico era más alto. A diferencia de que si iban pocas veces o casi nunca, entonces su puntaje satisfacción era en promedio más bajo (Figura 10).

Figura 10.

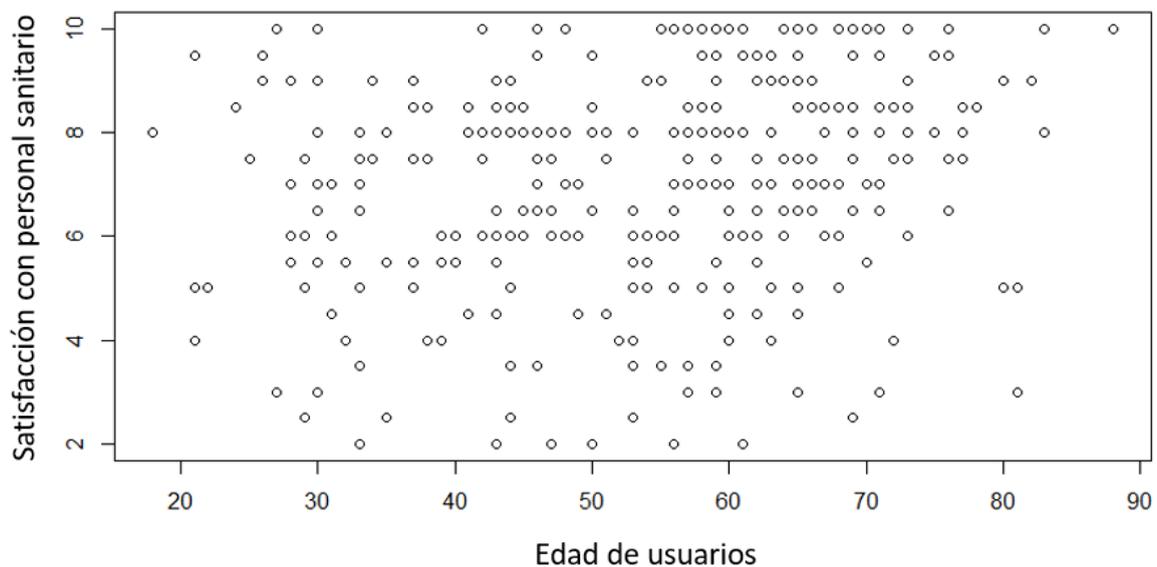
Puntaje normalizado de la variable de “personal sanitario” y la frecuencia de asistencia como variable de agrupación.



De igual manera en la categoría de “personal sanitario” se pudo observar que con respecto a la edad presentó una correlación positiva estadísticamente significativa ($r = .21$, $p < 0.01$). Por lo que a mayor edad de los usuarios, más satisfacción reportaban con respecto al personal médico. En la Figura 11 se puede observar un diagrama de dispersión de los puntajes de satisfacción de la categoría de “personal sanitario” en función de la edad.

Figura 11.

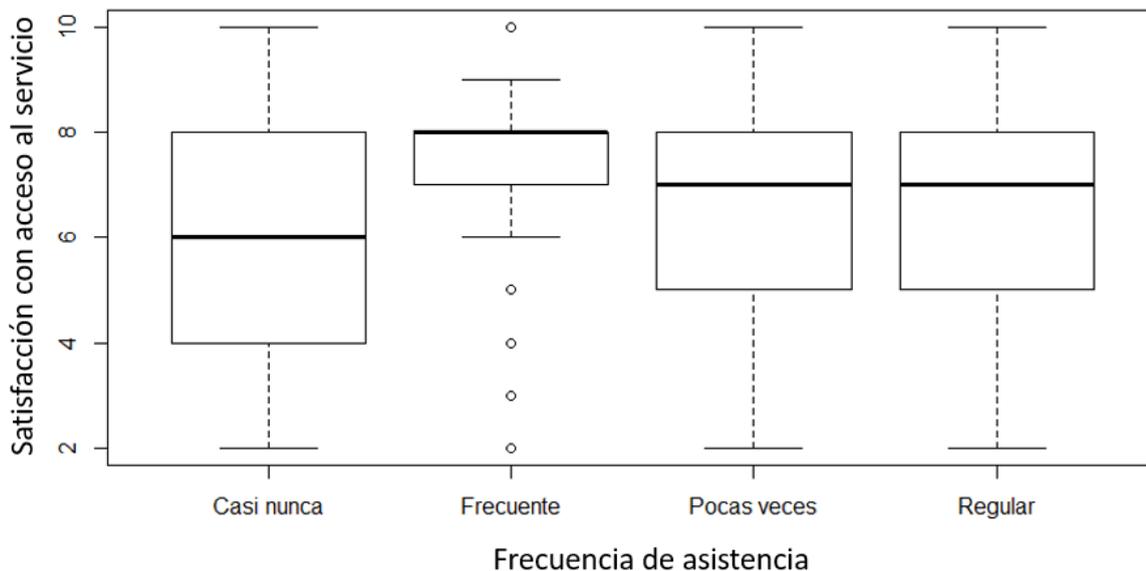
Diagrama de dispersión con puntaje normalizado de la variable de “personal sanitario” y edad como variable de agrupación.



En la categoría de “acceso al servicio”, se observó que la frecuencia con que acudían los usuarios presentaba diferencias estadísticamente significativas ($F(3, 328) = 4.632$, $p < 0.01$), de tal modo que cuando las personas acudían de forma frecuente su puntuación de satisfacción en tal categoría era el promedio más alta pero si casi nunca iban, entonces su puntaje de satisfacción en esa misma categoría era el promedio más bajo (Figura 12).

Figura 12.

Puntaje normalizado de la variable de “acceso al servicio” y la frecuencia de asistencia como variable de agrupación.

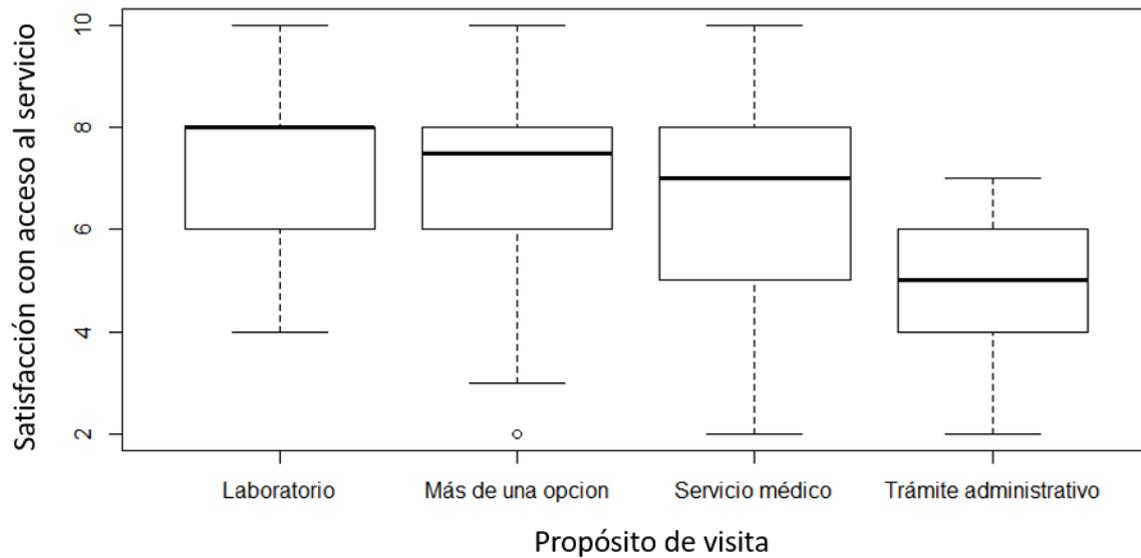


También en la categoría de “acceso al servicio”, encontraron que el propósito de la visita presentaba diferencias estadísticamente significativas ($F(3, 328) = 3.882, p < 0.01$). Por lo cual si el propósito de la visita de la persona era ir al laboratorio su puntaje de satisfacción era el promedio más alto pero si iba a realizar un trámite administrativo su puntaje de satisfacción era el promedio más bajo (Figura 13).

Posteriormente en la categoría de “acceso al servicio” se pudo identificar que con respecto a la edad presentó una correlación positiva estadísticamente significativa ($r(330) = .26, p < 0.01$). Siendo así que a mayor edad tenían los usuarios, más satisfacción reportaban con respecto a situaciones relacionadas con tiempo y horarios. En la Figura 14 se puede observar un diagrama de dispersión de los puntajes de satisfacción de la categoría de “acceso al servicio” en función de la edad.

Figura 13.

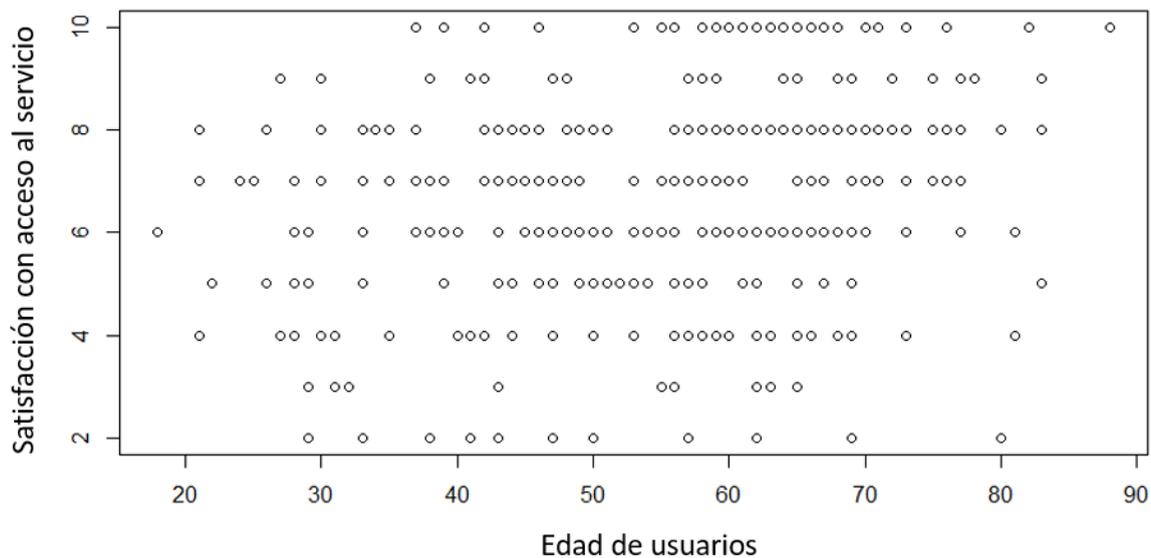
Puntaje normalizado de la variable de “acceso al servicio” y el propósito de visita como variable de agrupación.



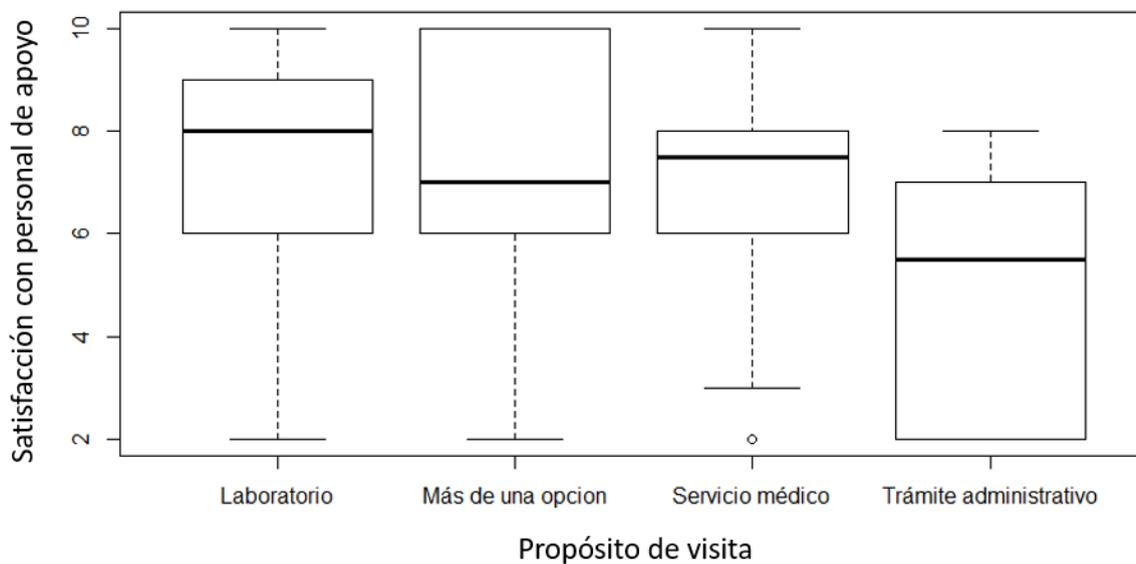
De igual manera en la categoría de “personal de apoyo”, se encontró que el propósito de la visita presentaba diferencias estadísticamente significativas ($F(3, 328) = 4.879$, $p < 0.01$). Por lo cual si el propósito de la visita de la persona era ir al laboratorio su puntaje de satisfacción era el promedio más alto pero si iba a realizar un trámite administrativo su puntaje de satisfacción era el promedio más bajo (Figura 15).

Figura 14.

Diagrama de dispersión con puntaje normalizado de la variable de “acceso al servicio” y edad como variable de agrupación.

**Figura 15.**

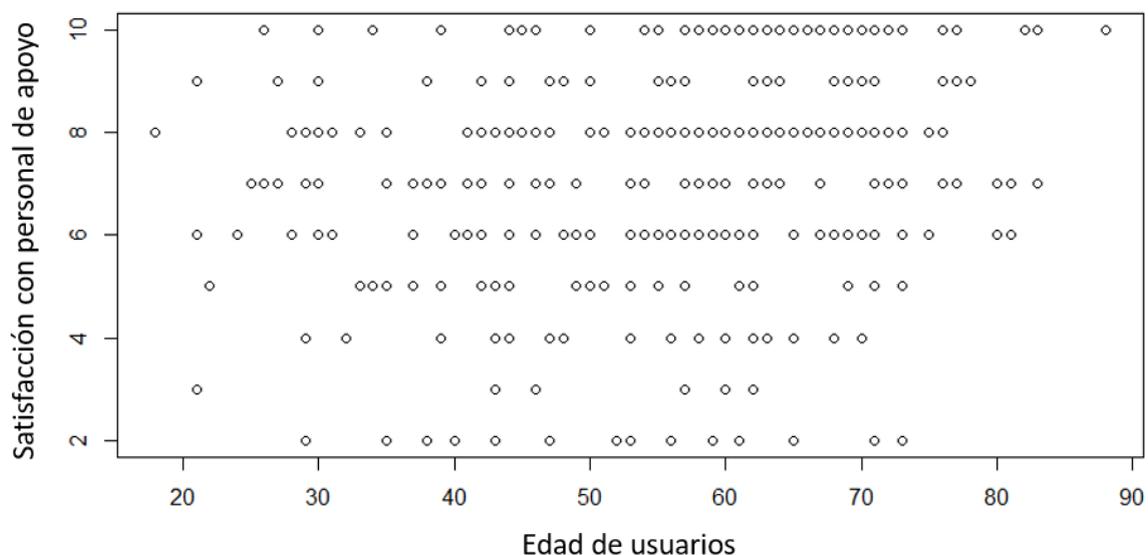
Puntaje normalizado de la variable de “personal de apoyo” y el propósito de visita como variable de agrupación.



Posteriormente en la categoría de “personal de apoyo” se pudo identificar que con respecto a la edad presentó una correlación positiva estadísticamente significativa ($r(330) = .18, p < 0.01$). Siendo así que a mayor edad tenían los usuarios, más satisfacción reportaban con respecto a situaciones relacionadas con el trato y ayuda que recibían del resto del personal. En la Figura 16 se puede observar un diagrama de dispersión de los puntajes de satisfacción de la categoría de “personal de apoyo” en función de la edad.

Figura 16.

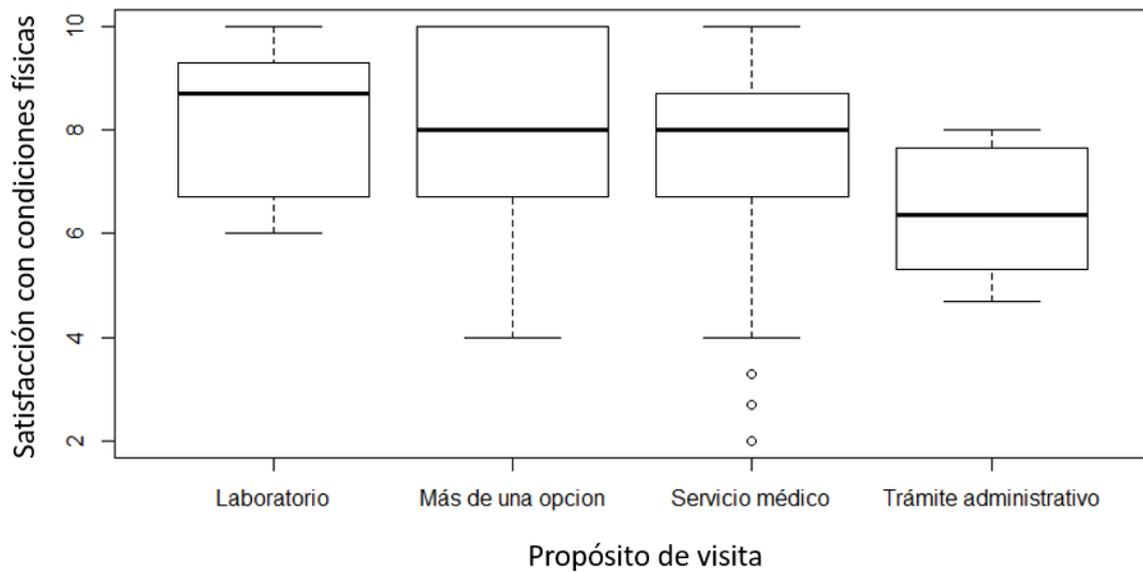
Diagrama de dispersión con puntaje normalizado de la variable de “personal de apoyo” y edad como variable de agrupación.



En la categoría de “condiciones físicas”, se encontró que el propósito de la visita también presentaba diferencias estadísticamente significativas ($F(3, 328) = 3.435, p < 0.05$). Por lo cual si el propósito de la visita de la persona era ir al laboratorio su puntaje de satisfacción era el promedio más alto pero si iba a realizar un trámite administrativo su puntaje de satisfacción era el promedio más bajo (Figura 17).

Figura 17.

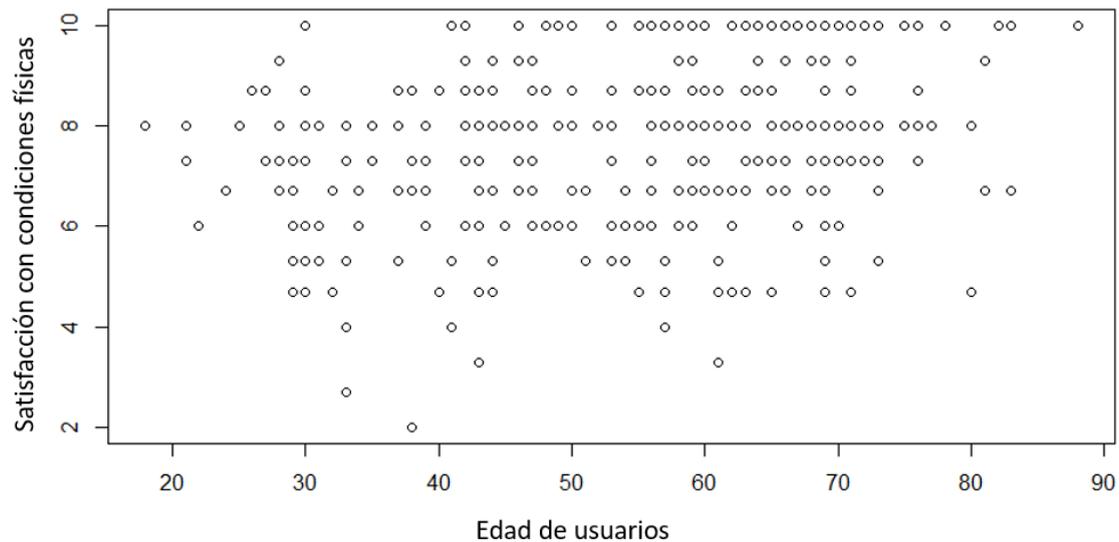
Puntaje normalizado de la variable de “condiciones físicas” y el propósito de visita como variable de agrupación.



Y también en la categoría de “condiciones físicas” se pudo observar que con respecto a la edad presentó una correlación positiva estadísticamente significativa ($r(330) = .24$, $p < 0.01$). Siendo así que a mayor edad tenían los usuarios, más satisfacción reportaban con respecto a situaciones relacionadas con la comodidad y señalización de las instalaciones. En la Figura 18 se puede observar un diagrama de dispersión de los puntajes de satisfacción de la categoría de “condiciones físicas” en función de la edad.

Figura 18.

Diagrama de dispersión con puntaje normalizado de la variable de “condiciones físicas” y edad como variable de agrupación.



Análisis K means

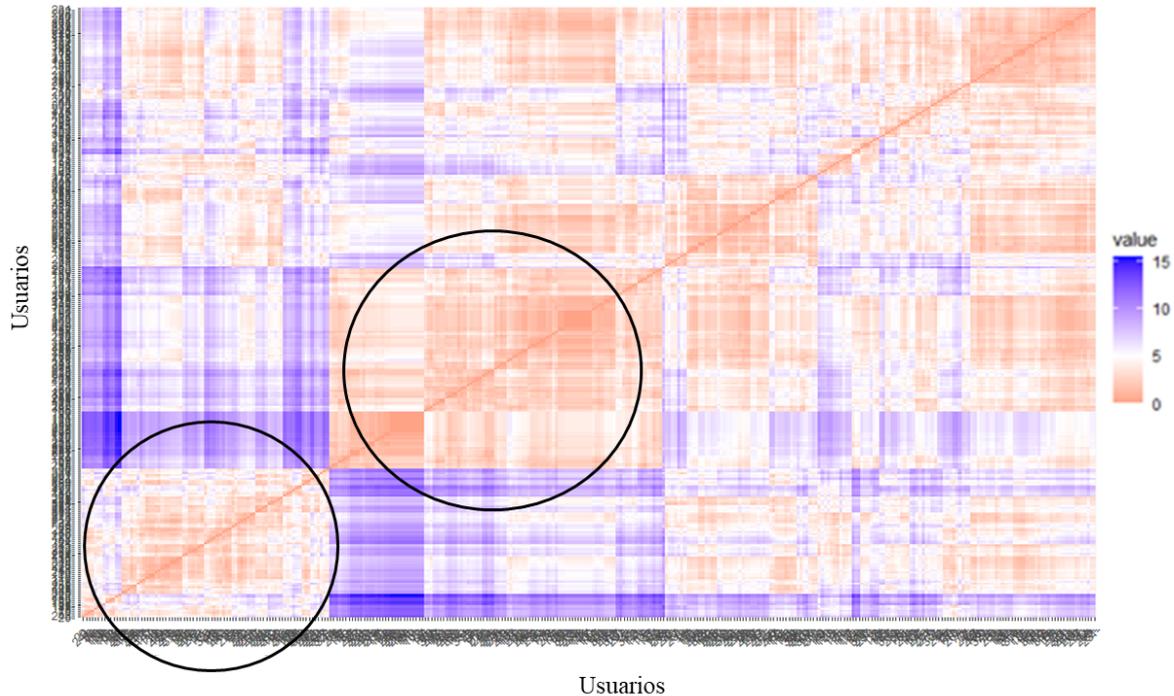
Para complementar los análisis anteriores se hizo uso de un método de aprendizaje no supervisado llamado K means, cuya característica principal es que permite identificar patrones ocultos en conjuntos de datos a partir del cálculo de distancias euclidianas entre los puntajes obtenidos, tomando en cuenta un número K de dimensiones. Para su aplicación, es necesario revisar si existen agrupaciones de datos con distancias euclidianas similares. Para ello calculamos la estadística H de Hopkins, que evalúa la aleatoriedad espacial de los datos a ingresar en el algoritmo *K means*. Un valor menor o igual a .3 señala que los datos son adecuados para su agrupación de acuerdo con las distancias euclidianas. En este caso, el valor obtenido fue de $H = 0.36$, por lo cual podemos decir que es adecuado para llevar a cabo este tipo de análisis.

Después se usó un mapa de calor para analizar visualmente la diferencia de distancia en cada puntaje obtenido. La Figura 19 muestra el resultado. En ella podemos observar la

formación de dos grupos de personas que se diferencian en cuanto a sus puntajes de satisfacción, los cuales se encuentran señalados por dos círculos negros.

Figura 19.

Estructura dimensional de los datos.



A partir de lo anterior, se realizó una simulación del número de cúmulos a estudiar. Para lo cual, se analizó el comportamiento de la variación total intracluster como función del número de clústeres. Como se puede apreciar en la Figura 20 existe una mayor disminución de la variación intra cluster al considerar dos agrupaciones de datos.

Finalmente se utilizó el algoritmo *K means* para la agrupación de los datos. En concordancia con el análisis anterior, existen dos tipos generales de usuarios, que se diferencian en cuanto a los puntajes de satisfacción que reportan (Figura 21).

Figura 20.

Variación total intracluster por número de agrupaciones.

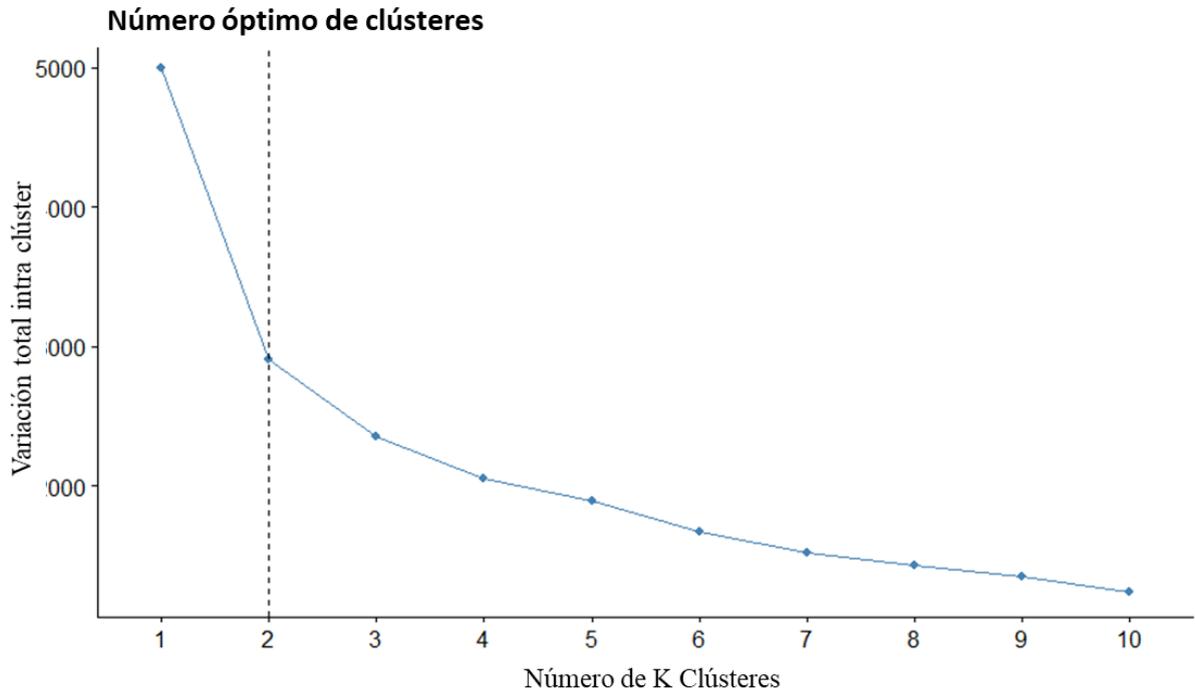
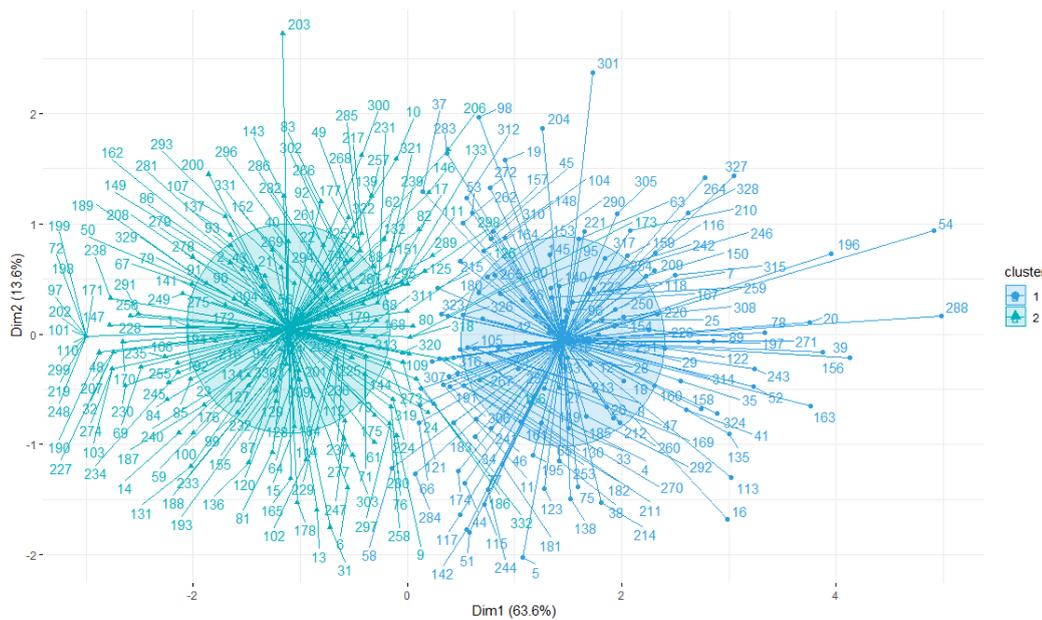


Figura 21.

Agrupación de los datos mediante K means.



Para analizar las características de cada grupo se elaboró la Tabla 7. A partir de los datos obtenidos podemos decir que, de los dos grupos identificados, el primer grupo se caracteriza por presentar puntajes de satisfacción moderados a bajos en términos de la categoría de “Acceso al servicio”. Esto quiere decir que las personas de este grupo se encuentran moderadamente satisfechas en cuanto al servicio brindado por el personal tanto sanitario como administrativo, así como respecto a las instalaciones y equipamiento de la clínica; también, estas mismas personas se encuentran poco satisfechas con cuestiones relacionadas con los horarios de atención y el tiempo de espera para entrar a consulta.

Por su parte, el grupo dos se conformó por personas con puntajes de satisfacción más altos en las cuatro categorías. Cabe destacar que este grupo, al igual que el grupo uno, obtuvo puntajes de satisfacción más bajos en la categoría de “Acceso al servicio”. Por lo cual podemos inferir que las situaciones relacionadas con el tiempo de espera y el horario impactan en ambos grupos.

Tabla 7.

Tabla de los dos clústeres de personas encontrados mediante el algoritmo K means.

Categorías Clúster	Personal sanitario	Personal de apoyo	Condiciones físicas	Acceso al servicio
1	5.593750	5.645833	6.609722	4.972222
2	8.295213	8.164894	8.345213	7.968085

CONCLUSIONES

El propósito del presente trabajo fue estudiar los factores que intervienen en la satisfacción del paciente en el contexto de una clínica de atención médica del sector público. Como se señaló previamente, en la literatura se señala que diferentes elementos pueden influir en la satisfacción pueden variar de acuerdo a las características, necesidades, y expectativas que tengan las personas. En esta investigación, se analizaron cuatro dimensiones de la satisfacción, de las cuales el que presentó un mayor nivel fue el relacionado con condiciones físicas, siguiéndole después el factor sobre personal sanitario, posteriormente el factor de personal de apoyo, y finalmente el factor de acceso del servicio que presentó el nivel más bajo. Esto indica que las expectativas que mejor se cumplieron fueron las relacionadas con aspectos de equipamiento e instalaciones, mientras que las que menos se cumplieron fueron aquellas que se tenían sobre el horario de atención y tiempo de espera. La mayoría de todos los factores obtuvieron puntuaciones promedio de entre 6.67 y 7.12 en una escala de 1 a 10.

¿Podemos decir que los pacientes estaban realmente satisfechos? Para contestar esta pregunta se usó el índice de Promotores Netos (Keiningham, 2008), en el cual propone que los usuarios que genuinamente están satisfechos son aquellos que obtienen las puntuaciones más altas posibles, que serían entre 9 y 10. Esto es importante para el desarrollo de la organización, ya que según Keiningham (2008), los usuarios que realmente están satisfechos en los niveles más altos se convierten en promotores en el sentido de que realizan comentarios positivos y recomendaciones entre otras personas. Promoviendo así la imagen de la organización y facilitando la adquisición de más usuarios en sus registros.

Se pudo detectar que en tres categorías, la mayoría de los encuestados fueron clasificados como pasivos, a excepción de la categoría de acceso al servicio donde se obtuvo el mayor número de detractores y el menor número de promotores. Confirmado así que la

principal fuente de malestar para las personas eran las cuestiones temporales y de acceso al servicio médico (trámites), por lo que es una principal área de atención. Esto último es crucial, ya que de acuerdo a lo encontrado en el modelo predictivo también se demuestra que la categoría de acceso al servicio es la que mayor efecto tiene para que los usuarios emitan conductas de lealtad como recomendar el servicio a otras personas.

Otro punto importante que se confirmó con el modelo predictivo es que el trato con el personal médico era una categoría fundamental para garantizar el retorno del usuario y mejorar su percepción sobre la organización. Esto confirma lo mencionado por Thom (2001), sobre que el trato con el personal médico es vital para promover la lealtad del paciente y que facilita que el usuario emita conductas como buscar atención médica y que se adhiera al tratamiento (Hall et al, 2001; Schers et al., 2002). Así también los resultados encontrados también son consistentes con el estudio de Vera y Trujillo (2018), en el que se encontró con un modelo de regresión lineal que el servicio médico es uno de los principales predictores de la satisfacción en clínicas de primer nivel $R^2=.28$. Por lo tanto, este factor es un área de oportunidad para la clínica, ya que si bien la mayoría de los encuestados en esta categoría fueron clasificados como pasivos, más de un 30% se agruparon como detractores. Entendiendo así que su principales quejas eran que no recibían el trato y tiempo esperados por el personal médico.

Para describir de forma más específica el tiempo que pasaban los pacientes en la clínica se llevó a cabo un análisis del tiempo transcurrido en sala de espera, del tiempo en la medición de signos vitales, y del tiempo de consulta recibido. Ante lo cual se obtuvo que estos tres tiempos eran significativamente más bajos en comparación con tiempos obtenido a nivel nacional (ENSANUT, 2020), aunque es necesario mencionar estos últimos son obtenidos de forma puramente descriptiva, por lo cual los datos aquí obtenidos podrían tener un primer acercamiento en relación con la satisfacción de los usuarios. Entendiéndose así que

si los usuarios reportan quejas en cuanto al tiempo transcurrido, entonces los tiempos obtenidos en la clínica aún pueden ser mejorados. Esto último cobra relevancia si tomamos en cuenta que el tiempo de consulta no necesariamente tiene que ser más breve, sino que lo que nos indica la literatura es que mientras mayor sea hay mayor probabilidad de que el médico pueda comunicarse mejor y proveer una mejor atención (Williams et al., 1998).

También se analizaron distintas variables sociodemográficas para observar su relación con el nivel de satisfacción reportado por los usuarios, ya que según algunos autores ésta puede variar de acuerdo a las características propias de la persona (Jackson et al., 2001). De tal modo que se analizaron las variables de edad, sexo, antigüedad de derechohabiente, frecuencias con la que se asiste a la clínica, y el propósito de la visita, con cada una de las categorías de satisfacción. En el caso de las variables de sexo y antigüedad de derechohabiente no se encontró diferencias estadísticamente significativas con ninguna de las categorías. Al analizar la frecuencia de visita se encontró que sólo tenía relaciones significativas con las categorías de personal sanitario y de acceso al servicio, de tal modo que cuanto más frecuente iban a la clínica era más probable que reportaran niveles de satisfacción más altos. La variable de edad mostró correlaciones positivas con todas las categorías, confirmando así lo propuesto en la literatura de que mientras mayor edad tengan los usuarios más alto será su nivel de satisfacción reportado (Choi et al., 2005). Posteriormente cuando se analizó el propósito de visita se encontró que se relacionaba significativamente con tres de las cuatro categorías a excepción de personal sanitario, de tal modo que cuando los encuestados respondían que el propósito de su visita era ir a laboratorio o ir con el servicio médico reportaban generalmente niveles de satisfacción más altos, pero si el propósito de su visita era para realizar un trámite administrativo entonces sus niveles de satisfacción eran considerablemente más bajos que el resto. Mostrando así un área de oportunidad importante

en la clínica que se puede mejorar para tener cambios más significativos en las satisfacción de los pacientes.

En la última parte se llevó a cabo un análisis mediante algoritmos de aprendizaje no supervisado para identificar los distintos tipos de pacientes que pueden presentarse en la clínica con respecto a su nivel de satisfacción. Encontrándose dos grupos, los cuales se diferenciaban porque uno presentaban puntajes normalizados entre 8.2 y 7.9 en todas las categorías, mientras que el otro presentaba puntaje normalizados entre 6.6 y 4.9. De tal modo que si tomamos en cuenta el Índice de Promotores Netos (Keiningham, 2008), podemos decir que el primer grupo se clasificaría como los usuarios pasivos, mientras que el segundo grupo se clasificaría como aquel conformado por detractores. Remarcando que ambos grupos tienen los puntajes más altos en la categoría de condiciones físicas, y los puntajes más bajos en la categoría de acceso al servicio. Una posible causa de esta diferenciación según lo revisado sería que los detractores estuvieran conformados por los usuarios más jóvenes, que menor frecuencia van a la clínica, y que tuvieran como propósito de visita el hacer un trámite administrativo. Señalando así una grupo objetivo más específico de atender para mejorar la satisfacción de los pacientes.

Finalmente se sugiere hacer estudios más exhaustivos para corroborar los datos aquí presentados, como el analizar la relación de satisfacción reportada y el tiempo de consulta obtenido por cada usuario. También se sugiere analizar más a fondo las conductas emitidas por los médicos y su relación con la satisfacción de los pacientes en este contexto en específico, de tal manera que si se detectan déficits en la relación paciente-médico pueden llevarse a cabo las capacitaciones pertinentes y analizar su efecto posteriormente. Esto es importante, ya que como se mostró la interacción con el médico repercute en aspectos esenciales de la salud del usuario, como la adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS

- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., y Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Al-Abri, R., y Al-Balushi, A. (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1), 3-7.
- Al-Eisa, I.S., Al-Mutar, M.S., Radwan, M.M., Al-Terkit, A.M. (2005). Patients' satisfaction with primary health care services at capital health region, Kuwait. *Middle East Journal of Family Medicine*, 3,10-16.
- Barksdale, H., Johnson, J., y Suh, M. (1997). A relationship maintenance model: A comparison between managed health care and traditional fee-for-service. *Journal of Business Research*, 40, 237-347.
- Bluedorn, A. (1982). A unified model of turnover from organizations. *Human Relations*, 35, 135-153.
- Bustamante, P., Avendaño, D., Camacho, B., Ocho, E., Xavier, F., Asenjo, M., Mohammad, K., y Sánchez, M. (2013). Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. *Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 25(3), 171-176.
- Choi, K., Lee, H., Kim, C. y Lee, S. (2005), The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing*, 19(3), 140-149.
- Duggirala, M., Rajendran, C., y Anantharaman, R. N. (2008). Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare. *Benchmarking: An International Journal*, 15(5), 560-583.

- Garman, A., Garcia, J., y Hargreaves, M. (2004). Patient satisfaction as a predictor of return-to-provider behavior: Analysis and assessment of financial implications. *Quality Management in Health Care*, 13(1), 75-80.
- Gotlieb, J.B., Grewal, D. y Brown, S.W. (1994). Consumer satisfaction and perceived quality: complimentary or divergent constructs. *Journal of Applied Psychology*, 79(6), 875-885.
- Hall, M., Dugan, E., Zheng, B., y Mishra, A. (2001). Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Quarterly*, 79(4), 613-639.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. McGraw-Hill.
- Iftikhar, A., Allah N., Shadiullah, K., Habibullah, K., Muhammad, A., R., y Muhammad, H., K. (2011). Predictors of patient satisfaction. *Gomal Journal of Medical Sciences*, 9(2), 183-188.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2015). *En 15 minutos derechohabientes del ISSSTE reciben valoración inicial en urgencias*. Gobierno de México.
- Kenagy, J.W., Berwick, D.M., y Shore, M.F. (1999). Service quality in health care. *Journal of the American Medical Association*, 281(7), 661-665.
- Lee, D. (2017). HEALTHQUAL: A multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Serv. Bus.*, 11, 491-516.
- Oliver, R. (1999). Whence consumer loyalty? *Journal of Marketing*, 63, 33-44.
- Papastavrou, E., Andreou, P., Tsangari, H., y Merkouris, A. (2014). Linking patient satisfaction with nursing care: The case of care rationing - A correlational study. *BMC Nursing*, 13(1), 26.

- Parra, P., Bernejo, R. M., Más, A., Hidalgo, A. D., Gomis, R., y Calle, J. E. (2012). Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 159-165.
- Perez, M. E. (2021). *Acceso al servicio de salud y satisfacción multidimensional en paciente externo Hospital Andahuaylas* [TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA]. Universidad César Vallejo.
- Roberge, D., Beaulieu, M., Haddad, S., Lebeau, R., y Pineault, R. (2001). Loyalty to the regular care provider, patients' and physicians' views. *Family Practice*, 18(1), 53-59.
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., y Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 600–607.
- Rusbult, C., y Farrell, D. (1983). A longitudinal test of the investment model: The impact on job satisfaction, job commitment, and turnover of variations in rewards, costs, alternatives, and investments. *Journal of Applied Psychology*, 68, 429-438.
- Secretaria de Salud (2019). Encuesta Nacional Sobre Salud y Nutrición 2020.
- Schers, H., Webster, S., van den Hoogen, H., Avery, A., Grol, R., y van den Bosch, W. (2002). Continuity of care in general practice: A survey of patients' view. *British Journal of General Practice*, 52(479), 459-462.
- Thom, D. (2001). Physician behaviors that predict trust. *Journal of Family Practice*, 50(4), 323-328.
- Vera, J., y Trujillo, A. (2018). El efecto de la calidad del servicio en la satisfacción del derechohabiente en instituciones públicas de salud en México. *Contaduría y Administración*, 63(2), 5-27.

Viena, S. I. (2020). *Cumplimiento de normas y satisfacción en usuarios del Hospital II*

Essalud Tarapoto [TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

MAESTRA]. Universidad César Vallejo.

Vincent, C. A., y Coulter, A. (2002). Patient safety: What about the patient? *Quality & Safety*

in Health Care, 11, 76–80.

Williams, S., Weinman, J., y Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient

satisfaction: a review. *Family Practice, 15*(5), 480-492.

APÉNDICE

Encuesta de satisfacción de usuarios

Sección 1 de 3

Encuesta de satisfacción de usuarios

Apreciable usuario.

Agradecemos su valiosa participación y apoyo al llenar esta encuesta.

El propósito de este cuestionario es recabar información sobre la calidad del servicio que proporciona la clínica ISSSTE. Sus respuestas serán tratadas de forma anónima. Su participación es completamente voluntaria. Se requiere de aproximadamente 5 minutos para el llenado de la encuesta.

A continuación, se le presentarán una serie de enunciados sobre el servicio que recibió en la clínica. Por favor indique que respuesta describe mejor su experiencia en la clínica en cada enunciado. No hay respuestas correctas o incorrectas. Agradecemos su total y completa honestidad.

Sección 2 de 3

Información sociodemográfica

Las siguientes preguntas van en relación a su información personal

Edad *

Texto de respuesta breve

Sexo *

Mujer

Hombre

Antigüedad de derechohabiente *

Texto de respuesta breve

Asistencia a la clínica *

- Frecuente
- Regular
- Pocas veces
- Casi nunca

Propósito de visita *

- Laboratorio
- Servicio medico
- Tramite administrativo
- Más de una opcion

Sección 3 de 3

Sección sin título



Descripción (opcional)

Tiempo que le dedica su médico *

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Algo satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

Solución que el médico/enfermera le da *

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Algo satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

Interés del médico en explicarle su dolencia *

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Algo satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

Información proporcionada sobre el tratamiento *

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Algo satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

Trato recibido por el resto del personal *

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Algo satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

Disposición del personal para ayudarle *

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Algo satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

Comodidad y amplitud de la sala de espera *

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Algo satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

Instalaciones y equipamiento del centro *

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Algo satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

Horario de atención a los pacientes *

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Algo satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

Señalización interna del centro *

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Algo satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

Tiempo de espera para entrar a la consulta *

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Algo satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

Volvería a recibir tratamiento en este hospital *

- Totalmente en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Recomendaría este hospital a sus amigos y familia *

- Totalmente en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Totalmente de acuerdo

Visitaría de nuevo el hospital por su eficacia en organización y servicio *

- Totalmente en desacuerdo
- Bastante en desacuerdo
- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Totalmente de acuerdo