



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO, CIUDAD DE MÉXICO

**“PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO, ISSSTE”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MARCOS SAMUEL TAVARES ESPINOSA

NO. DE REGISTRO DE LA TESIS: 269.2023

ASESOR DE TESIS:
DR. OCTAVIO NOEL PONS ÁLVAREZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN, DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR

CIUDAD DE MÉXICO 2023



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.

**“PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO,
ISSSTE”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARCOS SAMUEL TAVARES ESPINOSA

AUTORIZACIONES:

DR. LUIS DAVID SANTIBÁÑEZ ESPINO
DIRECTOR DE
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO

DRA. ROSANA MEDINA ARREGUIN
JEFA DE ENSEÑANZA DE
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO

DR. RICARDO GONZÁLEZ DOMÍNGUEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO

DR. OCTAVIO NOEL PONS ÁLVAREZ
ASESOR DE TESIS

**“PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR GUSTAVO A. MADERO,
ISSSTE”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MARCOS SAMUEL TAVARES ESPINOSA

AUTORIZACIONES

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DEDICATORIA

A mis padres, por su apoyo, motivación, esfuerzo,
sus oraciones y por encaminarme a través
del camino de Dios y el estudio.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| MARCO TEÓRICO | 4 |
| Capítulo 1: Atención Primaria de Salud..... | 4 |
| 1.1 Generalidades..... | 4 |
| 1.2 Definición de atención primaria de salud..... | 6 |
| 1.3 Características de la atención primaria de salud..... | 7 |
| 1.4 La Atención Primaria de Salud en el mundo y Latinoamérica..... | 8 |
| 1.4.1 Antecedentes..... | 8 |
| 1.5 La atención primaria de salud en México..... | 9 |
| 1.5.1 Antecedentes..... | 9 |
| 1.5.1.1 Las reformas en salud..... | 9 |
| 1.5.1.2 “Descentralización del Sistema Público para la Población sin seguridad social laboral”..... | 10 |
| 1.5.1.3 Sistema Nacional de Protección de la Salud..... | 11 |
| 1.5.1.4 Limitaciones del SNPS para garantizar el acceso a la salud..... | 12 |
| 1.5.1.5 Intercambio de servicios..... | 13 |
| 1.5.2 Trascendencia de la atención primaria de salud..... | 13 |
| 1.6 El ISSSTE como instancia pública que proporciona APS en México..... | 15 |
| 1.7 Instituto Mexicano del Seguro Social..... | 16 |
| 1.7.1 Generalidades..... | 16 |
| 1.7.2 Facultades y atribuciones..... | 17 |
| 1.7.3 Sistemas de aseguramiento..... | 17 |
| 1.7.4 Régimen obligatorio y voluntario..... | 17 |
| 1.6.4.1 Riesgos del trabajo..... | 18 |
| 1.6.4.2 Seguro contra enfermedades y servicio de maternidad..... | 18 |
| 1.6.4.3 Seguro de invalidez y vida..... | 18 |
| 1.6.4.4 Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez..... | 19 |
| 1.6.4.5 Seguro de prestaciones sociales..... | 19 |
| CAPÍTULO 2: Calidad en la atención de los servicios de salud..... | 19 |
| 2.1 Definición de calidad..... | 19 |
| 2.2 Definición de servicio..... | 22 |
| 2.3 Calidad en la atención primaria..... | 23 |
| 2.4 Calidad en el servicio..... | 24 |

| | |
|---|-----------|
| 2.5 Herramientas de evaluación de la atención primaria | 29 |
| 2.5.1 PCAT | 29 |
| 2.5.2 GPAS..... | 30 |
| 2.5.3 SERVQUAL | 31 |
| 2.5.3.1 Aspectos de evaluación del SERVQUAL..... | 33 |
| 2.5.3.1.1 Tangibilidad..... | 33 |
| 2.5.3.1.2 Fiabilidad..... | 33 |
| 2.5.3.1.3 Capacidad de respuesta..... | 34 |
| 2.5.3.1.4 Garantía..... | 35 |
| 2.5.3.1.4 Empatía | 36 |
| 2.6 Importancia de evaluar la calidad del servicio de la atención primaria..... | 36 |
| 2.7 Satisfacción con la calidad de la atención primaria..... | 37 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 40 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 43 |
| OBJETIVOS | 45 |
| Objetivo general | 45 |
| Objetivos específicos..... | 45 |
| METODOLOGÍA | 46 |
| Tipo y lugar de estudio | 46 |
| Población y muestra poblacional..... | 46 |
| Criterios de inclusión..... | 47 |
| Criterios de exclusión | 47 |
| Criterios de eliminación..... | 47 |
| Variables del estudio | 48 |
| 1. Variables independientes..... | 48 |
| Calidad de la atención | 48 |
| 2. Variables dependientes..... | 48 |
| Percepción del usuario..... | 48 |
| Operacionalización de las variables | 48 |
| Diseño del estudio..... | 51 |
| Aspectos operacionales..... | 51 |
| Consideraciones éticas | 52 |
| RESULTADOS Y ANÁLISIS | 53 |
| Datos sociodemográficos..... | 53 |

| | |
|--|-----------|
| Edad | 53 |
| Sexo..... | 53 |
| Turno en el cual reciben el servicio..... | 54 |
| Escolaridad de los participantes | 54 |
| Ocupación de los participantes de la investigación | 55 |
| Evaluación de la calidad..... | 55 |
| Percepción del usuario con respecto a la confiabilidad | 55 |
| Resultado del puntaje obtenido en cuanto a la confiabilidad..... | 56 |
| Percepción del usuario con respecto a la empatía | 57 |
| Resultado del puntaje obtenido en cuanto a la empatía..... | 59 |
| Percepción del usuario con respecto a la capacidad de respuesta | 60 |
| Percepción del usuario con respecto a la accesibilidad..... | 62 |
| Resultado del puntaje obtenido en cuanto a la accesibilidad | 64 |
| Percepción del usuario con respecto a la tangibilidad de los aspectos..... | 65 |
| Resultado del puntaje obtenido en cuanto a la tangibilidad de los aspectos | 66 |
| DISCUSIÓN | 68 |
| CONCLUSIONES..... | 71 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 73 |
| ANEXOS..... | 83 |

INTRODUCCIÓN

La sostenibilidad de los sistemas sanitarios del mundo se encuentra en una balanza debido al aumento de los costos sanitarios. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que entre el 20 y 40 % del gasto en salud se desperdicia debido a su uso ineficiente en el cuidado de la salud de los usuarios. (Fiscal Sustainability of Health Systems, 2015) Debido a esto, para hacer frente a los constantes retos globales, la OMS ha recomendado que todos los países centren su fortaleza económica, humana y de recursos en los sistemas de atención primaria. (World Health Organization, 2008) Las naciones con un sector de atención primaria fuerte, cuentan con mejores resultados de salud en su población, así como una mejor planeación en la “calidad de la atención y satisfacción de los usuarios”, menores costos y una distribución más equitativa de los recursos, que los países con sistemas orientados a las especialidades. No obstante, a pesar de la evidencia, la asignación de los recursos en la mayoría de los países, continúa asignándose hacia los hospitales y atención especializada. (Atun, *et al.* 2004) (Okuyama, *et al.* 2019) Los sistemas de salud del mundo se han desarrollado a través del tiempo, sin embargo, muchos de ellos se han centrado en la atención especializada y, el sector de la atención primaria no se ha terminado de consolidar.

La atención primaria y las unidades de atención desempeñan un papel importante en la prevención de enfermedades, comorbilidades y mortalidad. Contrariamente, de acuerdo con la investigación realizada por Starfield y *cols.*, se ha demostrado que la distribución de la atención primaria es más equitativa que la atención especializada, lo que subraya y pone en evidencia la determinación si los servicios de atención primaria existentes satisfacen las necesidades de la población. (Starfield, 2005) Los proveedores de la atención sanitaria, han reconocido que la satisfacción de los consumidores puede utilizarse como medida de la calidad, sin embargo, ésta puede reflejar solo las necesidades de grupos específicos de pacientes (Williams, 1994) (Zastowny, 1983), por lo tanto, se buscará – en la presente investigación – evaluar la calidad de la atención prestada en una Clínica de Medicina Familiar y su probabilidad de mejorar.

Una de las estrategias utilizadas actualmente para reducir la desigualdad en la sociedad, ha sido el desarrollo de estrategias para mejorar la calidad de los servicios sanitarios (Gilmore, *et al.* 1996). El concepto de calidad en salud en general se remarca a un concepto abstracto con carácter a la vez, objetivo y subjetivo, explicándose en función de sus múltiples dimensiones que se encuentran influidas por el proceso cultural y actores de poder. De esta forma, Donabedian y *co/s.* definen la calidad en salud como la capacidad de los servicios sanitarios para proporcionar los mayores beneficios con los menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y los valores sociales imperantes. (Donabedian, 2011) En un inicio, los estudios de satisfacción de los usuarios solo evaluaban las características de los productos y servicios como su principal atributo, evaluando la recompensa de la inversión en función de su efecto sobre la salud de los usuarios y pacientes que acceden a dichos servicios. (Howard & Sheth, 1999) De acuerdo con esto, la satisfacción se considera el resultado de un proceso cognitivo de información, la cual media entre las expectativas del usuario y lo que proporcionan los servicios sanitarios (percepción). En este sentido, la calidad de la atención que debe prestar una Institución sanitaria es percibida por las características del proceso asistencial: (Swan, *et al.* 2002)

- La relación interpersonal
- El contenido de la consulta
- La duración de la misma
- Las acciones clínicas de revisión y diagnóstico

Asociada al resultado en la salud de los pacientes, por sus características en la estructura física, humanitaria y organizacional, así como por las condiciones relativas a la accesibilidad (Van Leuhen, 2002). La satisfacción del usuario, entonces se refleja cuando sus expectativas lograron alcanzarse o se superaron con lo que proporcionaron los servicios sanitarios, por lo que, en este sentido, la calidad es la capacidad de cumplir ampliamente las expectativas de los usuarios. (Westbrook, 2007) (Carr-Hill, 2002).

La satisfacción de los usuarios es un indicador fundamental de la calidad de la atención en los servicios sanitarios, por lo que se deben de disponer de instrumentos que evalúen de forma objetiva la calidad de la atención de los servicios sanitarios de acuerdo con el nivel de satisfacción de los usuarios, por lo que, los datos obtenidos del instrumento, podrán mejorar la capacidad de respuesta a la demanda de las Instituciones Sanitarias. (Ramírez, *et al.* 1998) (Asubonteg, *et al.* 2006) La calidad de la atención prestada por “los servicios de salud”, a través “del nivel de satisfacción” de los usuarios, debe ser una importante evaluación del sistema sanitario actual, ya que, en México, la opinión de los pacientes y derechohabientes de los SS ha sido llevada a cabo y estudiada a través de las encuestas nacionales de salud, (Ramírez, *et al.* 1998) (Puig, Pagán & Wong, 2009) encuestas regionales específicas y Programas Nacionales. (Nigenda, *et al.* 2008).

El seguimiento de los resultados a través del tiempo y con la medida de indicadores similares, es fundamental para la evaluación de los cambios en la provisión de los servicios y poder garantizar una atención primaria de salud de calidad a través de un sistema de salud que sustenta y vela por la casi más de 200 millones de consultas médicas que se otorgan al año. (González, *et al.* 2017) Por ello, la presente investigación pretender aportar datos relevantes de la evaluación sobre la calidad del servicio que refleje el estado actual de la provisión de los servicios sanitarios de una Clínica de Medicina Familiar para buscar corregir las posibles deficiencias y potenciar los puntos fuertes actuales de los servicios sanitarios.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Atención Primaria de Salud

1.1 Generalidades

En su libro *Primary Care: Balancing Health needs, services and technology*, la Dra. Starfield hace una definición exhaustiva sobre la atención primaria a la salud (APS), definiéndola como la prestación de servicios sanitarios integrados y accesibles a cargo de médicos que se encargarán de las necesidades sanitarias personales a través del desarrollo de la colaboración sostenida con los pacientes y a través de su ejercicio dentro del contexto familiar y comunitario. (Starfield, 2005). Así mismo, hace alusión a las siguientes características:

- La atención integrada pretende abarcar la prestación de servicios coordinados y de forma continua, que proporcionen un proceso de atención sin tabúes. La integración debe combinar la información sobre los acontecimientos que se producen en entornos y niveles de atención dispares, prolongándose a lo largo de la vida.
- La atención integral debe abordar cualquier problema de salud en cualquier etapa del ciclo vital del paciente.
- La atención coordinada debe garantizar la prestación de una combinación de servicios sanitarios y de información para satisfacer las necesidades del paciente. Esta característica también se refiere a la conexión y ordenación racional de los servicios, incluidos los recursos de la comunidad.
- La atención continua es una característica que debe referirse a la atención a lo largo del tiempo por parte de un único individuo o de profesionales de la salud, - es decir, la continuidad del médico -, así como al mantenimiento y comunicación oportuna de la información sanitaria (acontecimientos, riesgos, consejos y preferencias del paciente) – dando continuidad de los registros -.
- La atención accesible debe referirse a la facilidad con la que un paciente suele iniciar una interacción sobre cualquier problema de salud con un clínico, la cual incluye esfuerzos por eliminar barreras administrativas, financieras, culturales, geográfica y de idioma.
- Los servicios de asistencia sanitaria se refieren a una serie de servicios realizados por profesionales de la salud o bajo su dirección, “con el fin de promover, mantener o preservar la salud.” Este término se refiere a todos los

entornos de atención primaria (consultorios particulares, clínicas, policlínicas, y servicios de medicina familiar e integral)

- El clínico y médico es una persona que utiliza una base de conocimientos científicos reconocidos, el cual tiene autoridad para poder dirigir la prestación de servicios sanitarios personales a los pacientes.
- La responsabilidad se aplica a los clínicos de atención primaria y a los sistemas en los que estos operan. Estos médicos y sistemas son responsables ante los pacientes y comunidades de atender la gran mayoría de las necesidades sanitarias personales a través de una asociación sostenida con el paciente, dentro del contexto familiar y cultural de:
 - Calidad de la atención.
 - Satisfacción del paciente.
 - Uso eficiente de los recursos.
 - Comportamiento ético.
- La mayoría de las necesidades personales de atención sanitaria se refieren a la característica esencial sobre los médicos de atención primaria a recibir los problemas y quejas de los pacientes con respecto a su salud y sin restricción por problemas o sistemas de órganos.
- Los médicos deben tener una formación adecuada para poder tratar la gran mayoría de los problemas, con la participación de otros médicos o profesionales para su evaluación o tratamiento cuando sea necesario.
- Las necesidades de atención sanitaria personal incluyen: problemas físicos, emocionales, psicológicos y sociales que afecten el funcionamiento, anatomía y fisiología de los individuos.
- La asociación sostenida se deberá referirse a la relación establecida entre el paciente y el médico con la expectativa mutua de que se mantenga en el tiempo a través del desarrollo de la confianza, respeto y responsabilidad mutua.
- El paciente es un individuo que debe interactuar con un clínico debido a una enfermedad real o percibida para la “promoción de la salud y prevención de la enfermedad.”
- El contexto familiar y comunitario deberá referirse a la comprensión de las condiciones de vida del paciente, la dinámica familiar y los antecedentes

culturales del mismo. La comunidad deberá referirse a la población que se atiende, así como a una zona geopolítica de una ciudad, condado o estado, así como a los miembros de un plan de salud o vecinos que comparten recursos, valores, experiencias, dialectos, cultura o herencia étnica.

1.2 Definición de atención primaria de salud

La APS es un punto de entrada al sistema sanitario para muchas personas que lo necesitan, por lo que la coordinación y manejo de los recursos médicos horizontales y longitudinales deberá ser prioridad. La igualdad en la atención sanitaria, también deberá ser una cuestión importante para la atención primaria de salud (Gómez, *et al.* 2011). La APS desde sus inicios, ha sido considerada una política pública que busca integrar los servicios de salud, en la cual han existido diferentes dificultades para su implementación, por sus componentes de equidad, promoción a la salud, discordancia de los sistemas políticos y la participación social. De esta forma, aproximadamente a mediados de los años 80, en América Latina surgió un modelo que, desde el enfoque biopsicosocial, proponía integrar las intervenciones de salud, la participación ciudadana, el empoderamiento comunitario y la colaboración intersectorial (Organización Panamericana de la Salud, 2008). A través de este proceso evolutivo y de transformación, la OMS propuso la creación de una comisión sobre los determinantes sociales a la salud, enfatizando la necesidad de la APS.

A lo largo del tiempo -desde 1978- el concepto de APS ha sufrido diversas modificaciones, reinterpretaciones, lo que ha generado controversias y confusiones en su concepción y práctica. Por tal motivo, la OMS, ha tratado de realizar una definición sencilla y clara sobre el concepto: La APS busca enfocar a la salud de poblaciones y comunitaria a través del objetivo de ejercer una garantía de la mayor expresión posible de bienestar, salud y distribución equitativa de los diferentes servicios mediante la centralización de la atención a los requerimientos poblacionales que permita la continuidad en el proceso desde la educación y promoción de la salud, la prevención de comorbilidades, rehabilitación y tratamiento de los padecimientos (OMS, 2021). La APS, se basa en 3 componentes que ejercen una interrelación y sinergia entre ella:

- Ejercicio de políticas y acciones determinantes a la salud en extensión y carácter general.
- Comprensión y establecer una vía de comunicación con comunidades, familias y personas, encaminándola a incrementar su participación social y su suficiencia en la salud.
- Establecimiento y coordinación de los servicios de salud completos, incluyendo piezas centrales en funcionalidad, atención y bienes en la Salud Pública.

La consolidación y bases de la APS se han fundamentado en justicia social y los diferentes grados de compromiso en solidaridad, participación y equidad. Así mismo, es basada en reconocer el máximo grado de salud que se pueda lograr como derecho fundamental de cualquier persona sin que haya distinciones en caracteres sociales como religión, raza, ideología política, condición social o económica (OMS, 2021). Para que la cobertura sanitaria universal (CSU) sea verdaderamente universal, los sistemas de salud deben pasar de su estructura y diseño actual que se encuentra basado en el tratamiento de padecimientos e institucionalidad a un modelo basado en la realización de ayuda y enfocado en la humanidad y personas (OMS, 2021). La APS requiere que el gobierno en todos los niveles, logre resaltar la importancia sobre la toma de estrategias que vayan más de las diversas intervenciones, a través de la prestación que se realice en intervenciones que abarquen las múltiples estrategias que muchas veces van fuera del sector salud, y con visperas de aplicación de un método de gobierno y que incluya las diferentes intervenciones y políticas, presumiendo que estas se realicen durante toda la vida (OMS, 2021).

1.3 Características de la atención primaria de salud.

En comparación con los niveles superiores de salud – nivel secundario y terciario de atención – Starfield, y cols. identificaron las 4 características clínicas clave en la atención primaria de salud, las cuáles son importantes para la evaluación: (Starfield, et al. 1998)

- Es la llave de la accesibilidad.
- Es de carácter longitudinal.
- Permite una coordinación de los demás niveles.

- Permite una comprensión de las enfermedades o entidades clínicas.

Así mismo, es importante considerar la valoración y consecuencias de la atención, así como las consideraciones monetarias relacionadas con ella. (Mukiapini, *et al.* 2018) Con respecto a la categoría de la calidad sobre la atención recibida, puede basarse y tomarse en 3 diferentes categorías: en su estructura, procesos y resultados. (Kringos, *et al.* 2010) Es importante tener en consideración a las historias clínicas, las cuales son fuente clave de información sobre el proceso de atención y resultado inmediato. Con esto en mente, se han identificado diversos predictores para la “evaluación de la calidad de la atención”, resultando en 4 resultados medibles cuantitativamente: (Campbell, 2011) la calidad de la atención clínica durante el manejo de enfermedades crónicas (por ejemplo, el abordaje de la angina de pecho, asma y diabetes mellitus tipo 2), la calidad de la atención preventiva -aquella proporcionada durante las campañas de vacunación o pruebas de Papanicolau), la evaluación por parte de los pacientes sobre el acceso y la atención interpersonal -a través de la utilización de una encuesta de evaluación sobre la práctica en general-, y la evaluación sobre el ambiente, dinámica, eficacia y flujo de trabajo del equipo (Campbell, 2011). Para fines que convienen a la investigación, únicamente nos centraremos en la evaluación de la atención por parte de los pacientes sobre la accesibilidad, atención y beneficios interpersonales derivados de la atención (Balasubramanian, *et al.* 2014).

1.4 La Atención Primaria de Salud en el mundo y Latinoamérica

1.4.1 Antecedentes

De acuerdo con las indicaciones de la “Declaración de Alma-Ata” en 1978, en el 2018 la OMS y la UNICEF bajo el documento “*A visión for primary health care in the 21 st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*” la APS es el término que le da el enfoque a la salud dado por las diferentes instancias sociales y del gobierno que combinan los tres componentes: el empoderamiento social, los servicios de salud integrados y centrados en brindar la APS y “las funciones de la Salud Pública” (Organización Mundial de la Salud, 2019). Así mismo, aquellos sistemas de salud que estén enfocados a brindar APS en organización y funcionamiento, deben girar en torno al objetivo principal de la estrategia de ambos documentos, el cual, consiste

principalmente en poder garantizar el derecho de todas las personas a gozar del grado máximo de salud en que se pueda lograr para potenciar de este modo la equidad entre los servicios (OMS, 2019).

Los sistemas deben componerse de un conjunto de elementos funcionales y de estructura básico que puedan contribuir a la cobertura de los servicios aceptables para la población, promoviendo la equidad, así como su acceso universal (OMS, 2019). La APS, de acuerdo con la OMS, es el proceso fundamentado en los sistemas de salud que logran favorecer a los servicios de contacto inicial, accesibles y coordinados que proporcionen una continuidad en asistencia (OMS, 2019). Años más tarde, la Declaración de Astaná, basada en los principios de Alma-Ata, adoptada en la “Conferencia Mundial de Atención Primaria de Salud” celebrada en 2018, los Estados reafirmaron su compromiso con la APS como uno de los pilares sostenibles en pro de la cobertura sanitaria global y uno de los “Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)” relacionados con la salud (OMS, 2019). Los compromisos obtenidos en Astaná, permitieron la obtener decisiones en política en beneficio de la salud social, estableciendo lineamientos de la APS sostenibles, empoderar a las comunidades y ligar a estos en la base y apoyo de las políticas, estrategias y planes nacionales al fortalecimiento de la APS. Es importante mencionar que, gran parte de los lineamientos de la Declaración de Alma-Ata, se encontraron basados en la resolución WHA69.24 del 2016, que habla sobre el fortalecimiento de los servicios de salud centrados e integrados a las personas. En esta resolución, se prepararon planes de aplicación para las cuatro orientaciones normativas generales, incluida la orientación de situación individual como centro de los servicios (OMS, 2019). Así mismo, se propuso reducir las desigualdades en materia de salud, mejorando las condiciones de salud en beneficio de todos, y poniendo el término de APS más necesaria que nunca.

1.5 La atención primaria de salud en México

1.5.1 Antecedentes

1.5.1.1 Las reformas en salud

La Constitución Política es el documento que garantiza el derecho a la protección y su protección dentro del artículo 4 constitucional. Este derecho goza

de características basadas en las garantías individuales y en el derecho social, aprobadas en los años 80's con el objetivo de que todos los ciudadanos de México tuvieran acceso a las diferentes instituciones y servicios de salud, contenidas en la educación, promoción, prevención, diagnóstico, detección oportuna, tratamiento y pronóstico y rehabilitación para la salud (Secretaría de Salud, 2018). El artículo 4, establece que el Estado, está obligado a garantizar es respecto, promoción y garantías en salud a través del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluidos los sectores privado, social y público. (Secretaría de Salud, 2018) En el año 2011, el artículo 1° sufrió una reforma sobre los derechos humanos, incluido el derecho a la salud; por ende, se estableció que el mandato de garantizar la protección a la salud se refiere específicamente, a aquellos servicios e instalaciones correspondientes a la Secretaría de Salud (SS), la cual, logra ejercer, regular, planificar y coordinar el Servicio Nacional de Salud (SNS). Con esta medida, el sector público -básicamente el único establecido para este fin- se compone por un lado de la SS y los Servicios Estatales de Salud (SESA), y por otro lado de los Institutos de Seguridad Social: (Secretaría de Salud, 2018)

- “Instituto Mexicano del Seguro Social” (IMSS).
- “Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado” (ISSSTE).
- “Seguridad Social de Petróleos Mexicanos” (PEMEX).
- “Instituto de Seguridad Social para la Fuerzas Armadas Mexicanas” (ISSFAM).

Este conjunto de servicios, consta de un sistema descentralizado, segmentado y fragmentado que se encuentra fundamentado en dos artículos constitucionales - el artículo 4° y el 123°, en sus apartados A y B- así como sus leyes reglamentarias correspondientes (Secretaría de Salud, 2018).

1.5.1.2 “Descentralización del Sistema Público para la Población sin seguridad social laboral”

Como una de las estrategias, reformas y medidas del “Sistema Público de Salud” que tuvieron como objetivo lograr la introducción de los diferentes estatutos de protección y derechos a la salud en los años 80's, se inició la descentralización a nivel nacional con la finalidad de acercar la institucionalidad de la atención a los

diferentes lugares donde se presentaran las condiciones (Secretaria de Salud, 2018) La descentralización forma parte de la agenda neoliberal en México y en Latinoamérica, en el extremo de descentralizar las actividades del Estado al sector privado (Secretaria de Salud, 2018). Concretamente, el proceso de descentralización consistió en transferir los “Servicios Coordinados de Salud Pública” a los estados y poder convertirlos en “Organismos Públicos Descentralizados” (OPD) (Secretaria de Salud, 2018). Esta modificación en los artículos constitucionales trajo consigo una nueva complejidad en la organización, ya que los OPD lograron coexistir con las Secretarías, lo que resultó en una estructura mandataria con imprecisiones (Secretaria de Salud, 2018). En esta administración, no se hizo válido la garantía de vigilar la capacidad técnica necesaria en los estados antes de la descentralización; dicionalmente, al momento de la descentralización en el servicio, existían condiciones en infraestructura y personal de salud desiguales en el servicio (Secretaria de Salud, 2018). A partir de la descentralización, surgieron algunos problemas que llevaron a su parcial descentralización durante el período de 1989 a 1994, concluyendo hasta 1997 (Secretaria de Salud, 2018).

1.5.1.3 Sistema Nacional de Protección de la Salud

En beneficio del avance en la cobertura y acceso a la universalidad en Salud, (Laurell, 2015) se realizaron reformas a la “Ley General de Salud”, añadiendo el artículo 77 bis, el cual introduce al “Sistema Nacional de Protección Social en Salud” (SNPSS), (Secretaria de Salud, 2018) conocido genéricamente como Seguro Popular, entrando en vigor el 1° de Enero del 2004. Esta entidad se completó mediante la creación del “Seguro Médico Siglo XXI” en el año 2007 el cual se encontraba destinado a la atención de los niños y neonatos nacidos en ese año y hasta cumplir 5 años de vida. Con esto, los objetivos explícitos del SPSS fueron: (Secretaria de Salud, 2018)

- Hacer frente a la segmentación de la accesibilidad a la Salud.
- Atender los desequilibrios financieros y garantizar un financiamiento justo.
- Incrementar la cobertura del aseguramiento en salud.
- Disminuir el gasto del bolsillo de las personas a partir de la reducción de costos y gastos por motivos de salud.

Con esto, el SNPSS se presentó como un esquema de financiamiento tripartito con similitudes a la seguridad social mediante una aportación federal, del estado y de la familia (Secretaría de Salud, 2018). El objetivo fue lograr desaparecer las instituciones públicas de seguridad y atención social para contar con un esquema de aseguramiento médico. No obstante, este modelo subyació en la reforma del IMSS y expresado explícitamente bajo la reforma del ISSSTE en el año 2007 (Secretaría de Salud, 2018).

1.5.1.4 Limitaciones del SNPS para garantizar el acceso a la salud

Este modelo constó de varias limitaciones, encontrando una inadecuada cobertura universal al aseguramiento en salud, ya que, actualmente, más de 20 millones de ciudadanos no cuentan con seguridad social. (CONEVAL, 2019). Así mismo, el paquete de servicios del SP, es restringido, correspondiendo únicamente al 20 % de los servicios de los derechohabientes de los Institutos de Seguridad Social Laboral, por lo que, en consecuencia, los afiliados a este modelo, continúa viéndose reflejado un alto gasto en su bolsillo, cercano al 45 %, viéndose usualmente obligados a pagar los servicios excluidos para acceder a los servicios que lo requieren, además del involucramiento de diferentes trámites burocráticos (Secretaría de Salud, 2018). Así mismo, a pesar del propósito de querer promover el crecimiento de prestadores privados de servicios médicos, los prestadores principales afiliados a este esquema involucra a los SESA y a los servicios de alta complejidad, lo que conlleva que sigan siendo del sector público, no obstante, las instituciones públicas no han incrementado su infraestructura, ni contratado los recursos humanos necesarios y suficientes a pesar del crecimiento poblacional, por lo que, los usuarios de este esquema no cuentan con la accesibilidad a una atención oportuna y de calidad (CONEVAL, 2014). Así mismo, los servicios comunitarios o de salud pública se han deteriorado, repercutiendo negativamente en las acciones de mayor impacto en la salud poblacional (Knaul, *et al.* 2012). Correspondiente al financiamiento de los servicios de salud, “el Fideicomiso de Protección Social en Salud”, no ha aplicado los recursos para una ampliación significativa de los padecimientos o intervenciones con reconocimiento de gasto catastrófico, introduciendo algunas limitantes para su servicio; así mismo, como se ha comentado, tampoco ha tenido la fortaleza suficiente en infraestructura y personal (Secretaría de Salud, 2018).

1.5.1.5 Intercambio de servicios

La finalidad de poder integrar los SS del sector público -incluyendo los SS así como las “Instituciones de Seguridad Social” laboral a través del intercambio de servicios, no ha tenido éxito principalmente porque estas instituciones se encuentran cargadas por una demanda creciente y una expansión limitada de servicios (Secretaría de Salud, 2018). Así mismo, es importante plantear la premisa de modelo que hace que el sector privado prestador de servicios médicos, aún no esté concretado. De esta forma, la prestación privada de los servicios de salud en comparación con el servicio público es baja, con excepción de servicios específicos como clínicas grandes u Hospitales con reconocimiento (Secretaría de Salud, 2018). Dentro del sector privado, las Instituciones de Seguridad Especializada en Salud, son las que administran el financiamiento y compra de servicios pero en menor medida, a pesar de los cambios legislativos realizados a la “Ley de Instituciones de Seguros y Finanzas” de 2015 (Secretaría de Salud, 2018). Con esto, la descentralización de los servicios a los estados, se produce a través de los órganos administrativos del SNPSS, así como le corresponde en cada estado un Régimen de Protección Social en Salud (REPSS) cuyo papel central es administrar el financiamiento y compra de servicios (Secretaría de Salud, 2018).

1.5.2 Trascendencia de la atención primaria de salud

En México, “la concepción de la APS, es una derivación del modelo de atención adoptado en la Conferencia de la OMS en Alma Mata en 1978” (Secretaría de Salud, 2018). Esta conferencia, como se comentó con anterioridad, consistió en un modelo en innovación sobre la defensa y “mejoramiento de la salud comunitaria y en la población”, significando una concepción que iba más allá de la “atención a la salud de las personas”. Estos percepción, mantenían fuerte los principios en los que se basaba como la educación, “promoción y prevención de la salud”, con un componente importante de la participación comunitaria sin dejar a un lado la atención médica requerida (Secretaría de Salud, 2018). En México, este modelo introdujo el concepto de relación salud-enfermedad y sus repercusiones e impacto biológico y social, lo que implica el alejamiento de una explicación unicausal y lo que retomó la idea sobre la determinación social que puede influir en las condiciones de salud individuales y colectivos. Así mismo, posteriormente, el objetivo planteado en el 2018 en la Declaración de Alma-Mata hizo que en México se hicieran grandes

esfuerzos en la búsqueda del cumplimiento, sin grandes resultados (Secretaría de Salud, 2018).

En la actualidad, la APS ha transitado por diversos caminos, bifurcándose en dos grandes corrientes de pensamiento: aquella que se encuentra basada en paquetes de servicios costo efectivos, lo que ocurre particularmente en el caso de Latinoamérica, que contiene los fundamentos básicos de la APS, y la aspiración de poder lograr el acceso efectivo, universal y equitativo a los diferentes servicios de salud (Secretaría de Salud, 2018). La primera corriente comenzó con una APS restringida y promovida por diversas instancias como la UNICEF, deslizándose posteriormente hacia la propuesta del Banco Mundial en 1993 que hace hincapié sobre la inversión en salud y el aseguramiento costado y restringido a los servicios de salud con énfasis en la atención de los pacientes (Laurell & Giovanelli, 2018). Otra de las características básicas es la separación entre el financiamiento y la prestación de los servicios en la búsqueda de la apertura de espacio para la competencia entre los servicios y prestadores públicos y privados, siendo un ejemplo claro, Chile y las Instituciones de Salud Previsional y Colombia, que realizó una reforma de seguridad social que llegó hasta la venta de los hospitales públicos (Secretaría de Salud, 2018). La otra vertiente de la APS, desarrollada particularmente en Latinoamérica, es la APS Integral o Renovada (APS-R) la cual fue adoptada por la OPS en 2009 y que recuperó los planteamientos originales de la declaración de Alma Ata. Esta vertiente es una política de salud que se basa en la participación social bien organizada y centrada en la familia, y situaciones comunitarias, considerando los determinantes sociales y enfatizando en la educación, promoción y prevención de la salud, contando con una red de prestación de servicios especializados y extrahospitalarios (Secretaría de Salud, 2018). Es importante mencionar que los lineamientos de la Declaración de Astaná, se encuentra alineada con los ODS suscritos por México (Secretaría de Salud, 2018). Actualizándose los planteamiento e incluyendo los diversos avances; sin embargo, en México, algunas propuestas importantes como la responsabilidad y el papel central que desempeña el Estado para garantizar la eficacia y gratuidad de los servicios de salud, se logra sustituir por otros conceptos como la "Cobertura Universal de Salud" la cual es identificada con el aseguramiento y paquetes de salud incompatible con las garantías del derecho. Así mismo, los percepción de la

Declaración de Astaná, no menciona la regulación estricta de los intereses comerciales y sobre los conflictos de interés en el ámbito de la salud, relacionados directamente con la mercantilización de la salud y promovida durante los últimos 30 años. Es importante reconocer la oposición de la OPS frente a esta percepción, sustentada principalmente por el trabajo realizado a través de su cuerpo interdisciplinario y nominal, encargado de elaborar las recomendaciones para las directrices que permitieran hacer efectivo el derecho a la salud (Secretaría de Salud, 2018).

1.6 El ISSSTE como instancia pública que proporciona APS en México

Como objetivo primordial de consolidar un Sistema de Seguridad Social que abarcará a toda la población del Estado Mexicano, surge el ISSSTE (Cruz y Olivares, 2017). Este organismo tiene sus antecedentes históricos en un organismo público descentralizado, el cual se denomina como Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, creado el 12 de agosto de 1925 y legislado por la “Ley de Pensiones Civiles”. El ISSSTE también es el encargado de dirigir la atención de la salud a los empleados, trabajadores y colaboradores que se encuentran laborando para el Estado mexicano, incluyendo jubilados, con pensión y familiares directos que son derechohabientes. El gobierno local, estatal y público que tienen una descentralización, también pueden acceder a los servicios del organismo con el objetivo de hacer una afiliación de los trabajadores mediante la celebración de contratos y convenios (Cruz y Olivares, 2017). Estos datos, pone en evidencia que el organismo cuenta con cuarenta y seis empresas de participación estatal, dieciocho instancias federales, ocho órganos autónomos, un fideicomiso público, sesenta y ocho instituciones descentralizadas, cuarenta y seis empresas estatales, un fideicomiso público, seis agrupaciones y los poderes estatales judiciales y legislativo, así como instancias municipales y descentralizados (Cruz y Olivares, 2017). Desde 1960, el ISSSTE ha sido una institución encargada de promover el bienestar y seguridad de los servidores públicos y familiares. Con más de 60 años de creación, atiende a más de 10 millones de mexicanos, los cuales gozan de atención médica, propiciando su desarrollo, previendo algunos parámetros de la vejez, nacimientos, mortalidad y planeación familiar (Cruz y Olivares, 2017). El 30 de diciembre de 1959 a través del “Diario Oficial de la Federación”, se publicó la ley que daría creación al ISSSTE, lo que constituye la primera legislatura que respondió

a una integralidad en la Seguridad Social, lo que ha cubierto y hecho asistencialidad a la salud como prestación social, económica y cultural en donde los beneficios también se extienden a la familia de los trabajadores. “Desde ese momento, el total de la población que cubría el ISSSTE era menor al medio millón de derechohabientes (Cruz y Olivares, 2017). A diferencia de los seguros médicos privados, en los que cada asegurado cubre una prima de acuerdo a la edad y el número de personas afiliadas, en el ISSSTE, cada trabajador tiene derecho a afiliarse al sistema a sus familiares cercanos (conyugue, hijos y padres) por una misma cuota y sin distinción de edades,” “pudiendo significar que por cada cotizante hay tres familiares asegurados, además de que los jubilados están exentos del pago de cuotas al Fondo Médico y, en promedio, afilian a un familiar. Los principales servicios que integran al organismo y permiten cubrir servicios, seguros y prestaciones previstos:” (Cruz y Olivares, 2017)

- “Fondo de Pensiones”.
- “Fondo de Administración”.
- “Fondo de Servicios Sociales y Culturales”.
- “Fondo de Ahorro para el Retiro”.
- “Fondo de Préstamos Personales”.
- “Fondo de Riesgos de trabajo”.
- “Fondo de Préstamos”.
- “Fondo de Vivienda”.
- “Fondo Médico”.

1.7 Instituto Mexicano del Seguro Social

1.7.1 Generalidades

El IMSS es una institución pública descentralizada con factores jurídicos y patrimonios propios, de operabilidad tripartita, en razón de que en él se conjuntan los sectores social, privado y colectivo público, teniendo la calidad fiscal autónoma (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2006). El pago de sus cuotas, capitales constitutivas, actualizaciones y recargos tienen el carácter fiscal que le otorga la facultad de determinar créditos a cargo de los sujetos obligados y de cobrarlos, sujetándose a las Normas del Código Fiscal de la Federación. El ISSSTE se rige por su ley específica en cuanto a la estructura de su órgano gubernamental

y de vigilancia, sin embargo, con respecto a su funcionamiento, operación, desarrollo y control, se sujeta directamente a las disposiciones establecidas en la Ley Federal de las Entidades Paraestatales (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2006).

1.7.2 Facultades y atribuciones

El ISSSTE tiene entre otras facultades y atribuciones las de poder administrar los ramos de seguros y los de salud para el trabajador al servicio del estado y su familia, prestando los servicios de beneficio colectivo señalados por la ley, estableciendo unidades médicas, guarderías infantiles, farmacias, velatorios y centros especiales, entre los que se encuentran los de capacitación, deportivos, culturales, vacacionales y de seguridad social con el fin de proporcionar bienestar familiar (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2006). Así mismo, el ISSSTE es uno de los organismos encargados de difundir conocimientos y prácticas de previsión social, registrar a los sujetos obligados, inscribir a los trabajadores del estado, recaudar y cobrar las cuotas de los diferentes seguros, capitales constitutivos, accesorios legales, créditos a su favor y sentar las bases de su liquidación, determinar y hacer efectivo el monto de los capitales constitutivos en términos de su ley, emitir y notificar las cédulas de determinación de las cuotas del seguro del retiro y preparar las cesantías en edades avanzadas y vejez (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2006).

1.7.3 Sistemas de aseguramiento

El sistema de aseguramiento del ISSSTE comprende el régimen obligatorio y voluntario por los cuáles cubre las contingencias y proporciona los servicios que corresponden a cada uno de ellos a través de prestaciones en especie y en dinero, así como en condiciones y formas previstas en su ley y reglamentos (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2006).

1.7.4 Régimen obligatorio y voluntario

Son sujetos del régimen, las personas que presten de forma permanente o eventual al estado, es decir, entidades morales que tengan un servicio remunerado, personal y subordinado (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2006).

También, los individuos que pueden tener un aseguramiento obligatorio o voluntario, incluyen a los empleados, trabajadores y colaboradores de industrias familiares y de comercio, así como profesionistas, propietarios de pequeños comercios, artesanos y otros trabajadores que no son asalariados del estado. El régimen obligatorio cuenta con 5 ramos de seguro que se financia con contribuciones provenientes del Estado, los cuáles son: (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2006)

- “Enfermedades y Maternidad”.
- “Riesgos del trabajo”.
- “Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez”.
- “Invalidez y Vida”.
- “Guarderías y prestaciones sociales”.

1.6.4.1 Riesgos del trabajo

Ante riesgos de trabajo, la organización e institucionalidad protege al empleado en contra de circunstancias accidentales y enfermedades a los que puede tener una exposición por diferentes circunstancias, incluyendo el motivo de trabajo, proporcionándole atención y asistencia médica que pudiera necesitar, así como las diferentes protecciones a través del pago de una indemnización mientras esté inhabilitado para ejercer sus funciones, o en caso de fallecimiento, el pago a sus beneficiarios (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2006).

1.6.4.2 Seguro contra enfermedades y servicio de maternidad

La seguridad en contra de enfermedades y la atención ginecológica y maternidad, logra proporcionar atención en diferentes especialidades, incluyendo la atención quirúrgica, hospitalaria, médica y en medicamentos para el trabajador y su familia, proporcionándole prestaciones monetarias y en especie, que puede incluir servicios de lactancia, incapacidades temporales para ausencia laboral, etc. (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2006).

1.6.4.3 Seguro de invalidez y vida

Esta prestación ayuda a proteger a los beneficiarios en contra de los riesgos de muerte e invalidez del pensionado o asegurado, cuando estos se presentan o no por causa de riesgo de trabajo, otorgándose a través del otorgamiento de una

pensión similar a los beneficiarios o a él (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2006).

1.6.4.4 Seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez

El seguro de retiro protege en el caso de que el asegurado quede privado de trabajos remunerados a partir de los 60 años de edad (cesantía), siempre y cuando tenga las semanas de cotización requeridas (cerca de 1250) y 65 años (vejez), así como la muerte de los pensionados por este seguro (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2006).

1.6.4.5 Seguro de prestaciones sociales

Este servicio otorga al usuario y a sus familiares, algunas prestaciones importantes como el servicio de guardería, dentro de los términos legislativos, lo que les permite a los derechohabientes y a la comunidad en general, poder acceder a prestaciones de carácter social que tiene como finalidad el fomento a la salud, prevención de padecimientos y contribuir a elevar la calidad de vida poblacional a través del ejercicio de diversos servicios y programas (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2006). De esta forma, por ejemplo, el ISSSTE ha marcado como objetivo que las familias de México cuenten con el beneficio a seguridad social y de salud para sus derechohabientes, a través de la participación y celebración de diferentes contratos que permiten otorgar prestaciones en especie al seguro de maternidad y enfermedades, basadas en los reglamentos internos y externos respectivos. (Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2006).

CAPÍTULO 2: Calidad en la atención de los servicios de salud

2.1 Definición de calidad

Actualmente, muchos han sido los términos que buscan definir la calidad, sin embargo, la identificación de una u otra, parte del contexto o papel en el que sea tratado el término, es decir, tiene que estar basada en una definición propia del usuario, por lo que, el término debe estar referido a la adecuación de lo requerido. La definición puede basarse en la concepción de satisfacción del cliente, la cual, trata de explicar la capacidad que se tiene para realizar el cumplimiento o mejorar las múltiples expectativas de los individuos, por lo que, la calidad en los productos

ha podido ser descrita como una variable cuantificable y con precisión, ya que sus características pueden dar razón de atributo del producto y la calidad con trascendencia con tintes de excelencia o superioridad innata en el servicio o producto (Evans, 1999). Para una mejor comprensión de lo anterior, es conveniente hacer una introspectiva de los términos mencionados. El concepto de servicio se encuentra planteado en un paquete de beneficios que cuenta con un valor con especificidad para los usuarios, es decir, aquellos valores que lo hace ser diferente a los demás, por lo que, estos beneficios forman parte del valor, por lo que pueden ser definidos como algo con lo que el usuario no contaba y que ahora el servicio o producto se lo proporciona. Por ende, la calidad es sinónimo de tener todo el beneficio, por lo que, si el servicio cuenta con beneficios claros para el usuario, la calidad no hará más que incrementar su valor (Evans, 1999). Cuando se haya comprendido el concepto de beneficio, será necesario poder establecer una relación con el concepto de valor, en el cual, es un beneficio el que el cliente obtiene a través de un servicio, restándole los costos que generan el tenerlo, sin embargo, la atención proporcionada en el servicio -como la atención médica- hacia una persona, genera un valor, por lo que, al contrario, el ser tratado con base a la rutina y de forma impersonal, conllevará al deterioro del valor y por ende a la insatisfacción del usuario (Philip, 2000). En la búsqueda de comprensión del concepto de valor, es necesario recordar la suposición del costo, con el fin de obtener una sumatoria total de esfuerzo, tiempo y retribución económica que el cliente logra emplear en la consecución del beneficio (Philip, 2000).

Por lo anterior, la calidad debe ser el motivo por el cual se cumplan los requerimientos y expectativas del usuario, por lo que esta debe mejorar de forma notoria el producto y servicio, ya que es un valor que termina de convencer y alentar a las personas para que establezcan objetivos de mejora personal y sus grupos, dentro de un programa de fidelización para aquellos que, por su dedicación y búsqueda de necesidades, sean parte de la participación integral del servicio, incluyendo su participación, prevención de los defectos y siendo un suministro continuo de educación, información y capacitación a los diferentes integrantes miembros del equipo de trabajo (Philip, 2000). Con base a esto, es necesario que la calidad deba construirse en etapas y en cada fase de los diferentes procesos y viajes del servicio del usuario, iniciando desde la entrada o recepción, hasta la parte

de la atención en sí, generando una concientización de que el usuario es el factor clave en la línea de producción, siendo él, el que mejore los servicios (Philip, 2000). En la actualidad, existen múltiples términos que son críticos en la búsqueda de la definición de la calidad; el primero hace referencia a cómo se comporta el servicio, es decir, el motivo por el cual los clientes han decidido buscar y comprobar el producto para satisfacer sus necesidades. El segundo, por el contrario, se refiere a la ausencia de la eficiencia, lo que abarca la insatisfacción de los clientes en la orientación al servicio, provocando inconformidades, reclamos, quejas, devolución y reprocesos en el servicio, lo que ha hecho que los administrativos y responsables del servicio establezcan estrategias para asegurar que la calidad se brinde en cada aspecto, estableciendo que los empleados puedan encontrarse en autocontrol y que esté, pueda ser el encargado de transmitir responsabilidades a las operaciones, todo en la búsqueda de mantener los procesos y establecimiento de la calidad mediante incentivos, reconocimientos y premios para destacar el éxito relacionado con la mejoría en la calidad, con el fin de proporcionar entrenamientos intensivos en el cuerpo laboral y asegurar la calidad (Philip, 2000).

Es importante que, los diferentes miembros de la organización del servicio sean responsables de poder garantizar la calidad, por lo que, esta, para su correcto funcionamiento, requiere del compromiso de la organización y dirección de cada integrante con el fin de controlar los procesos a cargo y congeniar con la calidad (Juran, 2009). Bajo un enfoque más estrecho, la calidad puede ser definida como la esencia mera del servicio, en la cual, las características deben ser acordes a las diferentes expectativas del usuario, mientras que, el segundo término, más amplio en concepción, ha considerado a la calidad como el resultado final de los procesos, del trabajo en sí, labor de todo el equipo, así como la planeación de la calidad y el sistema, implicando un control en la relación productividad-calidad que forme parte de un todo. Por último, la calidad también es posible definirla como la pérdida que un servicio puede proporcionar a una sociedad, desde el modo operativo hasta la producción, uso o consumo, por lo que, menores pérdidas sociales, mayor es la calidad del servicio o producto (Riba, 2002). Por ende, cuando el servicio logra el cometido de cumplir las expectativas de forma continua, es cuando, en la mente del usuario, puede percibirse el servicio como algo de calidad. La percepción de calidad como concepto, puede identificarse como un juicio subjetivo y personal en el que el

usuario suele hacer y basar su opinión en la superioridad o excelencia de un servicio. Esta, es la forma más común de formar actitud por evaluación cognitiva y afectiva, así como su relación con la Organización e Institución (Bitnet y Hubert, 2000). Basado en diferentes estudios, se ha observado que los usuarios basan su criterio de calidad del servicio en algunos parámetros de información que asocian con algunos señalamientos intrínsecos o extrínsecos, como el tamaño, ambiente, color, amabilidad, atención, conocimiento, costo, entorno y medios publicitarios. Por sí solos, o en combinación, los señalamientos proporcionan una gran base de conocimiento para buscar la percepción de la calidad en el servicio, lo que ha hecho que, el servicio no solo otorgue el giro con el cual se asigna, sino que, debe lograr un igual e incluso lograr hacer una superación de las expectativas que los usuarios tienen en él, por lo que, la finalidad deberá cumplir las expectativas de los usuarios de principio a fin del servicio, razón conocida como “calidad del servicio” (Ruíz, 2001).

2.2 Definición de servicio

La definición de servicio puede definirse como la producción de experiencias de compras satisfactorias, siendo la sensación -positiva o negativa- que tiene un receptor o cliente cuando este se encuentra con el empleado del servicio (Ginebra, 1999). La expresión actual del concepto de servicio logra implicar que el cliente valore, por un lado, todos los factores cuantificables del servicio, incluido la ubicación en el espacio geográfico, los tiempos de espera y el ambiente físico, y, por otro lado, los factores que no son cuantificables y forman parte de la intangibilidad de los servicios como la actitud de los trabajadores y colaboradores, el ambiente generado, la empatía hacia el usuario, etc; lo que hace que el servicio sea un concepto con dificultad de definición, además de:

- No es tangible lo que hace que no pueda ser medido e involucrando mayores factores emocionales que racionales.
- Puede ofrecerse sin que el usuario pueda recibir una muestra del mismo.
- Habiéndolo proporcionado, el cliente puede no adquirirlo .
- No puede estandarizarse.

- Puede observarse desde diversos puntos de vista, acorde con la cultura, geografía, experiencia, conocimiento, momento y estado de ánimos diferentes.

Es importante, que, las diferentes formas en las cuáles puede coexistir los diferentes servicios dependen de las múltiples expectativas que el cliente cuente, es decir, las prioridades en su búsqueda del servicio, por lo que, si el valor que recibe una persona por un servicio no logra el nivel de sus expectativas, será percibido como una deficiencia en el mismo (William, 1991). El servicio es cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra, siendo esencialmente intangibles y no dando lugar a la propiedad de ninguna cosa. Es importante mencionar que, las instituciones están perdiendo lealtad de sus clientes, ya que está se encuentra condicionada en que el proveedor logró cumplir sistemáticamente con los requerimientos del derechohabiente. También, el usuario podrá hacer una elección del incontable número de proveedores que se encuentran en el mercado, lo que ha hecho que las instituciones busquen una estrategia y protocolos para llegar a más público para, lograr un aumento de la participación de los clientes tradicionales (William, 1991).

2.3 Calidad en la atención primaria

Starfield y cols. identificaron cuatro características clave de la atención primaria que son importantes para la evaluación del servicio: mantener la accesibilidad, longitudinalidad, exhaustividad y coordinación. La valoración de las consecuencias de la atención, así como las consideraciones monetarias, también deberán ser importantes. De acuerdo con lo anterior, la información relativa a la calidad de la atención puede clasificarse en tres categorías: estructura, proceso y resultados, por lo que, las historias clínicas pueden ser fuentes clave de información sobre el proceso de atención y su resultado inmediato. También, se han identificado múltiples predictores para su uso en la evaluación de la calidad de la atención (Campbell, 2011), habiendo 4 resultados medibles: la calidad de la atención clínica para la gestión de enfermedades crónicas -es decir, angina de pecho, asma, diabetes mellitus tipo 2-, calidad de la atención preventiva -por ejemplo, tasas de vacunación, evaluación por parte de los pacientes sobre la accesibilidad y la atención interpersonal, el ambiente y la eficacia del equipo (Campbell, 2011).

2.4 Calidad en el servicio

Los servicios son las actividades o beneficios que una parte logra ofrecer a otra, pudiendo ser, incluso, intangibles. Los servicios pueden no tener una vinculación con un producto, inclusive, siendo los clientes una competencia. Así mismo, en la actualidad, el término lealtad está cada vez más lejano, principalmente por que la lealtad se encuentra en condiciones de que el proveedor del servicio logre cumplir de manera sistemática con los diferentes requerimientos y cumplimientos del usuario, lo que ha hecho que este pueda hacer una elección de la competencia en el mercado. Por este motivo, es recomendable que las organizaciones orienten sus estrategias hacia nuevos nichos en el mercado y de oportunidad (Zamora, 2000). Es importante buscar los factores que puedan atraer estos nichos, como la velocidad, a todos los clientes y consumidores de un servicio les encanta la velocidad, por lo que, los servicios y lugares que logren responder a esta velocidad son los que lograrán sobrevivir por el solo hecho de “haber escuchado al cliente”. De esta forma, las organizaciones que cuidan a sus clientes, no solo son capaces de proporcionar un excelente servicio, también son capaces de evaluarlo con la forma de poder controlar el cumplimiento (Zamora, 2000). Estas organizaciones, usualmente mantienen en el día a día la rutina con la cual se rigen, con el fin de poder hacer una organización y hacer una premiación a la fidelidad de los usuarios mediante diversos canales de comunicación, como canales de telefonía y buzón de sugerencias para poder elevar el nivel del servicio. La calidad en el servicio, también implica la capacidad de poder satisfacer, e incluso, exceder las expectativas de los clientes (Zamora, 2000). De esta forma es común que los encargados del servicio puedan llegar a hacer una inversión mayor del tiempo frente al cliente. Es importante que, haya una diferenciación del servicio, ya que, el poder de elección de los clientes no solo exige a las organizaciones de tener una orientación, servirá también para que haya una percepción de un servicio único, razón por la que deberá ser una justificación para poder comprar el producto y no acudir con la competencia; también es importante que, el cliente sea quien importe (Gronros, 1994). La calidad del servicio se basa en que las empresas puedan demostrar su compromiso a través de los diferentes procesos de calidad en su servicio y productos, indicador de satisfacción de los usuarios a través de análisis de calidad internos, y parte de los suministros (Gronros, 1994). Así mismo, es importante entender que la calidad en

el servicio también depende de los grados diferentes del involucramiento de empleados y colaboradores, por lo que, un servicio de calidad se va a referir en “cómo” el usuario va a recibir o percibir el servicio (Gronros, 1994). La calidad, también consiste en poder hacer un ofrecimiento a los demás beneficios finales, sustancialmente por lo que el cliente puede recibir, conocido como “valor agregado” (Palacios, 2000). En este contexto, la innovación, procesos de comercialización y producción, también son considerados como contenidos extras para el producto y en el proceso, significando beneficios adicionales, sin que esto, necesariamente signifique un mayor costo para él (Palacios, 2000). Básicamente la cultura de los servicios con valor agregado se basa en la que cada integrante del equipo, actúa y es responsable de generar clientes satisfechos. La satisfacción del cliente es sinónimo de que la organización tiene el conocimiento de la existencia del cliente y sus necesidades, por lo que, en caso de que él quedara insatisfecho, no querrá ser más un usuario, y si este no quiere ser un usuario, no lo será más, y si este no es un usuario del servicio, los colaboradores dentro de la organización son severamente afectados (Zamora, 2000). El término de satisfacción del usuario ha sido definida como la relación que hay entre el esfuerzo y desempeño de un empleado, trabajador o persona que ofrece un servicio y el cliente que busca y requiere del servicio, por lo que, si no hay cumplimiento de las expectativas de ellos, no habrá clientes satisfechos, al igual, que si el desempeño no logra desempeñarse en su totalidad y no hay proporción de lo que el cliente quiera (Zamora, 2000). Los valores que logren conducir directamente a la satisfacción del usuario y que resulte en un aumento de valor para él, es considerado una inversión, por lo que, la calidad -como factor de competencia en el mercado- deberá dirigirse a la creación de clientes satisfechos. Los usuarios satisfechos se logran si es que se logra atender y cumplir con escalas o 2 dimensiones de calidad: (Zamora, 2000)

- Marca personal: Escala o forma definida en la que un empleado por parte del servicio ha logrado un desarrollo de los usuarios.
- Escala de procedimientos: Son todos los métodos, sistemas y medios físicos que se han establecido para el ofrecimiento de servicios y productos.

Por lo anterior, la calidad en el servicio puede definirse como la satisfacción del usuario o cliente de un servicio que cubre sus necesidades básicas, siendo resultado del recibimiento de un servicio realizado con entusiasmo, gusto y

dedicación (Zamora, 2000). Es el trato que la mayoría de las personas quisiera recibir de una empresa o prestador de servicios con la que mantiene una relación. La satisfacción puede definirse como un valor agregado de un servicio que este puede proporcionar a sus clientes, y que es remunerado por parte de estos con lealtad (Zamora, 2000). La inclusión de prestar atención a los detalles o exceder las expectativas del cliente, pudiera parecer un término sencillo, sin embargo, puede imponer desafíos de vivir en los requisitos que señala un factor de cumplimiento y sorpresa (Zamora, 2000). Dentro de las expectativas que el cliente tenga sobre el servicio o la empresa, pueden encontrarse algunas donde sean demasiado altas, por lo que, el factor sorpresa deberá, no solamente cubrir las nociones preconcebidas con las que ya cuenta, sino, se deberá exceder estas expectativas, término que ha sido conocido como el ideal del deber y cumplimiento, siendo necesario que ocurra en la mayor de las ocasiones y con frecuencia (Zamora, 2000). El logro del cumplimiento de las expectativas del cliente significa que se ha prestado la suficiente atención a todos y cada uno de los factores que contribuyen a la experiencia del cliente, también, así mismo, se tendría que hacer un análisis de esa experiencia desde su visión, para comprender sus deseos y necesidades, con el fin de generar un compromiso a todos los elementos del servicio, que vaya desde el diseño de cada elemento dentro de su infraestructura, hasta la interacción que se ha logrado entre el usuario y el que proporciona el servicio, con el fin de generar experiencias únicas y excepcionales para el usuario (Zamora, 2000).

La calidad como concepto, dentro de la prestación de servicios públicos, ha tenido un desarrollo reciente, creándose en la década de los 90's (Pascoe, 1983). Este factor fue un aspecto que fue olvidado de los servicios públicos de las ciudades, principalmente por la menor dimensión cuantificable en regulaciones, precios y tangibilidad, asociado a que los usuarios no se habían percatado de su presencia (Mira, 2000). En el sector salud, la calidad de los servicios públicos y prestación de servicios en torno a la satisfacción del cliente, ha sido observada como una medida más que ha sido lograda del resultado e interacción de las múltiples intervenciones del área -tanto en aspectos técnicos y médicos procedimentales- (Gobierno de México, 2000). Actualmente, la tendencia es lograr la satisfacción de los pacientes, como resultado de la comparación con la percepción que puede poseer el paciente sobre la asistencia y su proceso, acompañada de los estándares personales de lo

que el pudiera concebir como una atención médica indispensable mínimamente (Ley General de Salud, 2006). En este contexto, la "Organización Panamericana de la Salud" (OPS), ha manifestado los diversos factores que han indicado la falta de satisfacción y calidad, haciendo referencia a los diversos servicios de salud que no cumplen con la efectividad, es decir, aquellos que no han logrado alcanzar el resultado esperado en la salud, en la ineficiencia de aquellos que cuentan con costos superiores a los demás o que no son los necesarios en la obtención del mismo resultado a la accesibilidad limitada, la oferta no adecuada de servicios y la satisfacción no cumplida de profesionales y usuarios que no logren estar de acuerdo con los diferentes servicios en salud. Con fines de competitividad, la "Secretaría de Salud", en el "Reglamento Interior", -específicamente dentro del artículo 18- ha logrado marcar las diferentes funciones de la "Dirección General de Calidad y Educación en Salud", entre las que sobresalen: (Ford, 2007)

- El establecimiento de normas, instrumentos y lineamientos que busquen mejorar la calidad en la prestación de servicios de atención asistencial, social y médica, así como la supervisión y promoción de su cumplimiento.
- La conducción de la política nacional que ayude a incrementar la calidad del servicio de asistencia social y atención médica.
- Buscar el desarrollo y aplicación de diferentes estrategias que ayuden a evaluar y monitorear la calidad de los múltiples servicios que proporcionen atención médica dentro de los múltiples sectores, así como las disposiciones legales que son aplicables a identificar la percepción y opinión de los usuarios sobre los servicios.
- Elaborar el diseño y operación de los proyectos estratégicos que busquen promover la mejoría de la calidad del servicio de asistencia social y atención médica en diferentes rubros, social, público y privado que busquen monitorear el impacto a nivel de salud poblacional y satisfacción de los usuarios.
- Establecimiento de las bases para el desarrollo de competencias que puedan incentivar a mejorar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social dentro de los sectores público, privado y social.

- El establecimiento de procesos que logren hacer una difusión en la población sobre los criterios de eficiencia y calidad de los servicios de atención médica y asistencia social.
- Diseño y operación de los mecanismos que logren promover los servicios de atención médica y asistencia social de calidad basados en los diferentes estándares de desempeño.
- Hacer una propuesta conforme a los factores de la competencia, elementos y mecanismos técnicos para hacer una gestión de la calidad entre los gobiernos de las entidades federativas y los gobiernos.
- Operar y diseñar los sistemas de reconocimiento a los diferentes establecimientos en la atención médica y personal de salud para lograr el alcance de los diferentes estándares de desempeño y calidad.
- La propuesta de esquemas de incentivación en el Sistema Nacional de Salud, con el fin de ejercer una conducción en el desempeño a mejores niveles en la calidad en los servicios de salud.
- Generar una operación emisión y establecimiento de los instrumentos y mecanismos que deben ser necesarios para el desarrollo de los sistemas de acreditación de establecimientos públicos en la atención a la salud, así como la incorporación al "Sistema de Protección Social en Salud".
- Buscar el impulso de la participación ciudadana como proceso para evaluar la calidad del servicio de asistencia y atención médica.

En este contexto, la calidad y sus protocolos dentro del Sistema Nacional, deben buscar respuesta dentro de las diferentes percepción actuales y futuras, encaminada a una problemática potencial y concreta de la salud y estados de enfermedad de la población mexicana y la capacidad de respuesta de los servicios de salud que incluya una visión integral de esfuerzos del sector salud y las diferentes instancias en conjunto (Priego-Álvarez, 2006). Dentro de esta percepción, debe haber un reconocimiento a los esfuerzos múltiples de diferentes grupos que han reconocido el papel fundamental de la salud en México. Por ejemplo, "La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud", una estrategia para combatir la desigualdad en la calidad, fue puesta en marcha durante el año 2001, mostrando de forma rápida su posicionamiento dentro del sector público, mediante la propuesta de diversos conceptos fundamentales: una atención médica más humana y un trato

más digno, debiendo enfrentar mayores obstáculos como el cambio y resistencia del personal y procesos al cambio, la deficiencia e insuficiencia del personal, limitaciones en la objetividad y acción, por lo que su objetivo fue plantear y generar una cultura a nivel nacional que estuviera en favor de la calidad de los servicios de salud (Priego-Álvarez, 2006). La estrategia anteriormente mencionada ha planeado incrementar la calidad de los múltiples servicios de salud, pudiendo elevarla a múltiples niveles de aceptabilidad, dentro de la percepción poblacional nacional. Así mismo, El “Programa Nacional de Salud” ha logrado podido destacar el respeto de los derechos de los pacientes mediante el fomento de la cultura de los servicios que ha sido orientada a poder lograr la satisfacción de las múltiples demandas, tratando de ejercer un respeto de la autonomía y dignidad con el fin de ejercer una garantía de privacidad de los datos e información que ha sido generada por la asistencia médica y que ha buscado proporcionar atención que minimice los puntos de espera (Priego-Álvarez, 2006). Mayor relevancia de factores y aspectos en los que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) ha contribuido arduamente, favoreciendo la aplicación de medios alternativos para la solución de conflictos y no ha puesto solamente a disposición de médicos y pacientes la posibilidad de resolución de diferencias en instancias de conciliación, sino que, además, lleva a cabo acciones de gestión que logran resolver problemas inmediatos del paciente (Priego-Álvarez, 2006). Así mismo, de igual forma, emite recomendaciones que logren contribuir a elevar la calidad de los servicios médicos para lograr mejorar la relación entre los servicios asistenciales y médicos (Priego-Álvarez, 2006). No obstante, es necesario hacer un avance en la consolidación de una cultura que logre fomentar la participación social y corresponsabilidad en el cuidado de la salud, siendo necesario destacar las prerrogativas que las disposiciones sanitarias nacionales regulan en beneficio de los usuarios, las cuáles, tendrán que definirse de forma precisa y lograr su difusión entre los usuarios propios de los servicios de salud (Priego-Álvarez, 2006).

2.5 Herramientas de evaluación de la atención primaria

2.5.1 PCAT

De forma habitual, se utilizan diversos métodos y técnicas para evaluar la calidad de la atención en salud. Una de ellas, la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria (PCAT, por sus siglas en inglés) es una colección de

cuestionarios, desarrollada por el Centro de Política de Atención Primaria del H Johns Hopkins, bajo la dirección de la Dra. Barbara Starfield y el Dr. Leiyu Shi, las cuales evalúan si un proveedor o sistema de cuatro funciones básicas de la atención primaria -primer contacto, longitudinalidad, exhaustividad y coordinación- así como tres aspectos complementarios de la atención primaria -orientación familiar, comunitaria y competencia cultural- cumplen su funcionalidad desde la percepción del paciente. El primer cuestionario PCAT en adultos, fue desarrollado y validado en los EE.UU (Shi, *et al*, 2001) (Shi, *et al*, 2001b), sin embargo, su validez y fiabilidad se han demostrado en otros países, como en Brasil (Harzheim, *et al*, 2006) y España (Rocha, *et al*, 2012). Existen diversas formas del PCAT, que varían en cuanto a su longitud y población objetivo. Por ejemplo, mientras que el formulario original del *Primary Care Assessment Tool-Adult Edition* (PCAT-AE) original incluye 74 ítems que evalúan las experiencias de los pacientes adultos con la atención primaria. Una versión corta de 10 ítems, la PCAT10-AE también ha sido utilizada e integrada en una encuesta nacional de salud de la población (Rocha *et al*, 2012). Así mismo, se ha desarrollado una PCAT que evalúa las experiencias de atención primaria de los niños (Harzheim *et al*, 2006) (Berra *et al*, 2011). Además de estos cuestionarios dirigidos a los pacientes, se han desarrollado versiones de la PCAT que también encuestan a los proveedores y a los administradores de los centros, proporcionando otra percepción sobre la prestación de la atención primaria (Haggerty *et al*, 2008).

2.5.2 GPAS

En el Reino Unido, la calidad de la atención primaria se evalúa mediante la *General Practice Assessment Survey* (GPAS, por sus siglas en inglés) (Ramsay, 2000). La GPAS identifica nueve áreas clave de la atención primaria -accesibilidad, atención técnica, comunicación, atención interpersonal, confianza, conocimiento del paciente de enfermería, recepcionistas y continuidad de la atención-, e incluye siete escalas de múltiples ítems y dos escalas de uno solo. También incluye cuatro ítems relacionados con las percepción de los pacientes sobre el papel del médico de atención primaria en las derivaciones y la coordinación de la atención, la buena voluntad en la prestación de sugerencias, y la satisfacción general de los pacientes. Desafortunadamente, la GPAS está disponible sólo en inglés y carece de una medida para evaluar la insatisfacción de los pacientes (Ramsay, 2000).

Los médicos de atención primaria son cruciales para la coordinación de la atención, por lo que diferentes estudios han comparado las diferencias entre los pacientes que identifican a un especialista como su médico de cabecera y los que frecuentan a un médico de cabecera. Los pacientes que tienen un médico de cabecera tienden a dar puntuaciones más altas en diferentes ámbitos de la atención primaria -atención continuada, coordinación del servicio, exhaustividad y orientación comunitaria- y en el rendimiento total de la atención primaria. En un estudio sobre las calificaciones globales de los pacientes sobre su atención sanitaria, una mejor comunicación se asoció a una mayor valoración global de la atención, incluyendo factores clínicos y del paciente (Chang, 2006). Se ha observado que, los pacientes que acuden a los centros comunitarios de atención, también cuentan con posibilidades mayores de tener mejores experiencias de atención primaria que aquellos que acuden a centros hospitalarios. Sin embargo, la mayoría de los pacientes informan de puntuaciones bajas en orientación a la comunidad, la orientación a la familia y la coordinación, por lo que, es necesaria una mayor coordinación entre los centros de salud y los hospitales, contratos gubernamentales más formales, una mejor cualificación de los proveedores de atención sanitaria a nivel comunitario, y mayor formación en los hospitales docentes (McCollum, 2014). Los pacientes con un médico de cabecera contratado tienden a experimentar una mayor calidad de la atención primaria, por lo que promover la implantación de servicios de contrato de medicina de familia es útil. Por tal motivo, es necesario mejorar el primer contacto y coordinación de los servicios debe mejorarse antes de implantar los servicios de contrato de medicina familiar (Li, 2018).

2.5.3 *SERVQUAL*

Los niveles de calidad de la atención médica a los pacientes son un objetivo general de todos los sistemas sanitarios de todo el mundo, por lo que, desde la década de 1980, la determinación de la calidad de servicios y productos se convirtió en un objetivo clave para los proveedores de servicios (Jonkisz, 2022). La calidad de los servicios tiene muchas dimensiones, por lo que su evaluación es un verdadero reto. Parasurman y cols. consideraron imperativo que se introdujeran medidas de calidad más objetivas en todos los servicios prestados, incluidos los médicos, por lo que, basándose en sus propias observaciones e investigaciones, diseñaron y desarrollaron un cuestionario al cual le llamaron "Servqual" y en el que

se identificaban las discrepancias entre las expectativas de los clientes y el servicio prestado mediante el análisis de cinco brechas/dimensiones (Parasuraman, *et al.* 1985). El método SERVQUAL -acrónimo de las palabras "service" y "quality"- por tal motivo, se utiliza para evaluar la calidad de los servicios prestados a partir de parámetros de evaluación normalizados. Este método se basa en cinco brechas resultantes de la discrepancia entre la calidad del servicio esperada y la recibida (Jonkisz, 2022); por ende, la calidad de los servicios prestados se evalúa a través de las dimensiones de tangibilidad, garantía empatía, capacidad de respuesta y fiabilidad. El tamaño de esta brecha/dimensión ejerce un impacto relativamente significativo en la calidad final del servicio. Según Parasuraman y *cols.* es el cliente/paciente quien determina la calidad del servicio, el cual es producto de sus percepción y expectativas (Parasuraman, *et al.* 2002). La aplicación del cuestionario SERVQUAL tiene gran utilidad, siendo un método para los gerentes de las unidades sanitarias, una herramienta que les permite identificar los eslabones más débiles de los sistemas de los hospitales/clínicas, pero sobre todo para reforzar los sistemas y controlar de cerca de sus funciones, lo que, en conjunto, es un componente esencial del proceso de mejora de la calidad de los servicios prestados (Rezaei, *et al.* 2018). Las unidades sanitarias, al identificar las carencias del servicio prestado las someten a análisis objetivos y detallados para aplicar, al final, las acciones compensatorias/correctivas (Al-Fraihy, *et al.* 2016). Por tal motivo, la OMS ha recomendado el uso de las puntuaciones y evaluaciones de satisfacción de los pacientes en los programas de tratamiento para orientar los esfuerzos de mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada. Naqavi y *cols.* han demostrado las relaciones significativas entre la satisfacción del paciente, el proceso terapéutico y el mantenimiento de los resultados del tratamiento (Naqavi, *et al.* 2015).

Prácticamente todos los usuarios de los servicios de salud esperan que los gestores de las instituciones médicas eleven la calidad de los servicios médicos prestados a los pacientes, garantizando la máxima calidad de la atención en las entidades que gestionan. En este sentido, Nadi y *cols.* señalaron que el problema de la calidad inadecuada de los servicios médicos afectaba sobre todo a los centros que no estaban centrados en comprender y satisfacer las necesidades y requisitos de los pacientes. De acuerdo con ellos, los gestores de las unidades deben identificarse con las prioridades de los usuarios, estableciendo sus propios modelos

políticos y teniendo en cuenta las opiniones de los clientes/pacientes, lo que resalta el hecho de que, la falta de una relación directa con los clientes/pacientes es un grave obstáculo para aprender y satisfacer sus expectativas (Nadi, *et al.* 2016).

2.5.3.1 Aspectos de evaluación del SERVQUAL

2.5.3.1.1 Tangibilidad

El aspecto material o la tangibilidad parecen ser importantes para los pacientes de los servicios ambulatorios, donde un entorno atractivo y los servicios prestados de alto nivel se consideran algunas de las razones más importantes por las que los pacientes recurren a las consultas de los hospitales (Jonkisz, 2022). Lee y cols. demostraron que las expectativas de los pacientes en este ámbito se cumplían, sin embargo, la dimensión de la tangibilidad es uno de los problemas más graves a los que se enfrentan los hospitales y clínicas ambulatorias (Lee, *et al.* 2007). Según Al Fraihi y cols. los gestores de los hospitales deberían mejorar las condiciones físicas y técnicas de los lugares en los que se prestan los servicios médicos en los ambulatorios (Al-Fraihi, *et al.* 2016). Así mismo, se ha señalado que la dotación de las unidades de atención ambulatoria con equipos modernos y dispositivos médicos utilizados eficientemente, permitiría que el servicio de atención fuera el menor posible y con un alto nivel de calidad (Naqavi, *et al.* 2015). De igual forma, los pacientes del estudio dirigido por Vafae-Najar y cols. señalaron las mismas expectativas en relación con el inmobiliario, material e insumos, identificando además que una carencia en ellos -o accesibilidad al equipamiento- principalmente en una institución pública, asociado al aspecto físico de los lugares y la falta de equipamiento moderno, influía en la calidad de los servicios médicos recibidos (Vafae-Najar, *et al.* 2014) (Golshan, *et al.* 2019).

2.5.3.1.2 Fiabilidad

En el ámbito de la fiabilidad, se ha señalado que la prestación de los servicios médicos a la hora prevista y el compromiso del personal médico, así como el mantenimiento de registros médicos precisos, mejoran significativamente la calidad de la atención (Naqavi, *et al.* 2015). Del mismo modo, Mohammadi y cols. identificaron la brecha de fiabilidad como la más importante en la percepción de los pacientes, siendo una prioridad en los planes de mejora de los de los centros

sanitarios (Mohammadi, *et al.* 2013). Hercos y *cols.* también han destacado la opinión sobre la prestación de atención especial a la fiabilidad del sistema sanitario de la clínica ambulatoria, ya que es uno de los ámbitos más importantes para la atención primordial de los pacientes (Hercos *et al.* 2017) (Goula, *et al.* 2021). Para confirmar lo anterior, Nadi y *cols.* realizaron un análisis en un grupo de 600 pacientes ingresados en salas de medicina interna, cirugía y niños de tres hospitales diferentes, lo que indica que la mayor diferencia entre el estado real y las expectativas de los pacientes en el ámbito de la fiabilidad (Nadi, *et al.* 2016) (Rezaei, *et al.* 2018).

2.5.3.1.3 Capacidad de respuesta

La capacidad de respuesta se refiere a los niveles de receptividad, apertura, sensibilidad y conciencia de los profesionales sanitarios (Al-Fraih, *et al.* 2016). Esta capacidad también se refiere a la disposición del personal médico para asistir a los pacientes, la presencia y atención del personal cuando los pacientes lo solicitan o llaman, así como el cumplimiento de los horarios de servicio por parte de los médicos y enfermeros (Aghamolaei, *et al.* 2014). Golshan y *cols.* han demostrado un incumplimiento de las expectativas en los pacientes que no acudían a las visitas de seguimiento concertadas y no seguían las recomendaciones médicas, evaluando y calificando la satisfacción de la calidad del servicio como relativamente baja (Golshan, *et al.* 2019). La razón de esta valoración de la calidad del servicio estuvo relacionada con la corta duración de la enfermedad, es decir, el escaso conocimiento y conciencia del paciente de su enfermedad, la falta de disponibilidad del personal médico, el largo proceso de citas de seguimiento, la lejanía de un centro médico del lugar de residencia y la falta de cumplimiento de las citas de seguimiento por parte del paciente -numerosas citas relacionadas con el proceso de tratamiento crónico- (Golshan, *et al.* 2019). El ámbito de la capacidad de respuesta también fue calificado bajo un estudio realizado por Qolipour y *cols.* en donde los pacientes pudieron concertar una cita para una prueba y asegurarse de que se realiza, siendo parte importante de la falta de "capacidad de respuesta" (Qolipour, *et al.* 2018). También se ha demostrado que los pacientes de los centros hospitalarios ambulatorios destacan la necesidad de un sistema fácil para concretar citas y una rápida respuesta telefónica por parte de los encargados del centro, siendo Mohammadi y *cols.* los que identificaron la brecha de la capacidad de respuesta

como una de las más importantes entre las cinco del modelo Servqual (Mohammadi, *et al.* 2012).

2.5.3.1.4 Garantía

El estudio de Qolipour y *cols.* demostró que las expectativas de los pacientes no se cumplieron en el ámbito de la garantía, (Qolipour, *et al.* 2018) informando que la mayoría de los hospitales han creado comités especiales de mejora del servicio para controlar la calidad clínica y médica (Qolipour, *et al.* 2018). Así mismo, señalaron que, para aumentar la garantía de los pacientes, la reputación, los conocimientos de los médicos y la experiencia del personal médico no eran realmente suficiente, teniendo que mejorar la calidad de todos los aspectos de los servicios sanitarios para que el paciente se sintiera realmente seguro (Qolipour, *et al.* 2018). Las investigaciones sobre la calidad de los servicios médicos, han identificado lagunas negativas en todas las áreas analizadas.

Las expectativas de los pacientes -de los departamentos de ortopedia, otorrinolaringología, obstetricia y ginecológicos- eran superiores a sus percepción, por lo que estos pacientes no estaban satisfechos con el nivel de atención recibido en los hospitales, tanto públicos como privados (Qolipour, *et al.* 2018). Por otro lado, Golshan y *cols.* demostraron que el enfoque individualizado del paciente, la concienciación y el conocimiento de los médicos y personal de enfermería/asociado se reflejaban en la evaluación de la dimensión de seguridad entre los pacientes - con mejores resultados-, sin embargo, la discrepancia identificada entre expectativas y percepción en todas las dimensiones, indicó la necesidad de mejorar la calidad de los servicios en la consulta externa del hospital (Golshan, *et al.* 2018) (Roy, *et al.* 2017). De esta forma, el dominio de la garantía obtuvo una mejor puntuación, mientras que la tangibilidad obtuvo la puntuación más baja. También, los autores se dieron cuenta que la disponibilidad del horario de los médicos obtuvo la peor puntuación entre los pacientes adherentes y no adherentes al centro hospitalario (Golshan, *et al.* 2018).

Fatima y *cols.* demostraron que, en términos de garantía, las expectativas de los pacientes se cumplen en gran medida: en su estudio, la seguridad estaba relacionada con la disponibilidad de médicos, enfermeras y profesionales auxiliares

competentes, cualificados y formados profesionalmente (Fatima, *et al.* 2017). En el estudio de Roy y *cols.* la fiabilidad/diligencia del personal del hospital, incluida su disponibilidad, también era de especial importancia para los pacientes (Roy, *et al.* 2017). De acuerdo con Aghamolaei y *cols.*, la gran discrepancia en la brecha de garantía se debió a la escasa comunicación de los médicos, psicólogos, enfermeras y personal médico con los pacientes. La calidad de los servicios en el Hospital Universitario estaba en un nivel medio, mientras que la calificación más baja se dio a la eficiencia y la disposición del personal para ayudar, así como al ámbito de la capacidad de respuesta fue el peor valorado (Aghamolaei, *et al.* 2019).

2.5.3.1.4 Empatía

La empatía se refiere a los niveles de comprensión, simpatía y compasión mostrados por del personal médico (Jonkisz, 2022). Algunos autores han indicado que la empatía es el rubro más importante, aunque no haya una demostración de la mayor diferencia entre la situación real y las expectativas de los pacientes (Nadi, *et al.* 2016). Otros autores han señalado que la comprensión y sentir de las emociones del paciente, así como una comunicación interpersonal de calidad inducen una mayor sensación de confort y satisfacción con el servicio médico (Nadi, *et al.* 2016). Un estudio realizado en una clínica hospitalaria para pacientes externos, mostró que las expectativas de los pacientes en esta dimensión se encontraron relativamente altas, es decir, se les trataba con total privacidad y dignidad, además de que el personal médico comprendía sus necesidades (Jonkisz, 2022). De acuerdo con Qolipour y *cols.*, en el ámbito de la empatía, es necesario tener en cuenta la dignidad, la confidencialidad, la autonomía y la comunicación (Qolipour, *et al.* 2018). Así mismo, las expectativas de empatía tampoco se cumplieron en el estudio de Golshan y *cols.* debido a la empatía mostrada por los pacientes como uno de los elementos importantes de la adherencia a las recomendaciones del médico (Golshan, *et al.* 2018).

2.6 Importancia de evaluar la calidad del servicio de la atención primaria

La evaluación de la relación entre la calidad de la atención primaria y el estado de salud autoevaluado ha conducido a que múltiples autores busquen evaluar la calidad de la atención primaria, observándose que su asociación se encuentra relacionado positivamente con el estado de salud de las personas (Wang,

et al. 2015). En diversos estudios, se han observado efectos que correlacionan a la satisfacción inicial del servicio con la atención y el estado de salud general posterior de los pacientes, sin embargo, no hay resultados concluyentes sobre el tema (Almeida, *et al.* 2017). En muchas áreas, el acceso de primer contacto, la continuidad relacional y la amplitud de los servicios disponibles se sitúan por debajo del nivel mínimo, asociándose las experiencias de los pacientes durante la atención primaria con la ubicación geográfica del centro, el estado de salud autocalificado, la duración del tratamiento con el centro y la afiliación al centro (Dullie, 2018).

2.7 Satisfacción con la calidad de la atención primaria

Son muchos los factores que influyen en la opinión de los pacientes sobre la atención sanitaria. Los pacientes que frecuentan la misma clínica o proveedor de atención médica en la mayoría de sus visitas tienden a informar de una atención médica superior, sobre todo en lo que respecta a la accesibilidad y la utilización, la atención continua, la coordinación de las derivaciones, la orientación familiar y la competencia cultural del médico que les atiende. Los pacientes con mayores ingresos familiares y mejor estado de salud subjetivo también tienden a reportar una atención de mayor calidad (Tsai, 2010). Las personas con necesidades sanitarias más urgentes, como los ancianos, los grupos étnicos minoritarios, los pacientes de bajos ingresos y los que padecen enfermedades crónicas tienden a tener una media más alta de continuidad en la atención sanitaria. Se ha demostrado que la continuidad de la atención tiende a asociarse con buenos resultados de salud, atención de alta calidad, alta satisfacción del paciente y menores costos de la atención, además de que también se ha demostrado que la continuidad asistencial afecta a la calidad de la atención médica gracias a la mayor familiaridad con el paciente, lo cual puede manifestarse en el uso de recursos y el ahorro de tiempo, así como en las medidas diagnósticas y terapéuticas (Tsai, 2010). Condiciones importantes y factores sociodemográficos son cuestiones involucradas en la atención de la salud y la calidad, entre los hombres de 55 años o más, se ha observado que la continuidad de la atención primaria se asocia con una mayor satisfacción del paciente, hospitalizaciones más cortas y menos ingresos en urgencias en comparación con las mujeres (Wasson, 1991).

Los indicadores de orientación comunitaria tienden a ser más altos en los centros de salud comunitarios -que en otros entornos, como los consultorios familiares, las organizaciones de servicios sanitarios y las redes de salud familiar-, por lo que la atención primaria y la atención hospitalaria deben complementarse en un sistema sanitario (Muldoon, 2010). En los últimos años se han producido mejoras en los conocimientos médicos y la tecnología, así como en las técnicas de medición centradas en el paciente. Una nueva categoría de indicadores de calidad, - que incluye el grado de satisfacción de los pacientes, la calidad de vida o datos de salud pública y epidemiológicos- se han desarrollado para facilitar la adaptación de las percepción reales de los pacientes (Hung, 2014). En algunas zonas urbanas, los distintos niveles de las instituciones sanitarias cuentan con diversas puntuaciones, además, los usuarios de los centros de salud de los municipios expresaron una mejor atención primaria solo en el ámbito de la atención continua, lo que pone de manifiesto la necesidad de mejorar la atención primaria prestada por las instituciones de atención primaria (Zeng, 2015).

Con respecto al tipo de atención, se ha manifestado que con frecuencia las calificaciones son más bajas en las áreas de "coordinación de la información al paciente", "continuidad de la atención" y "variedad de servicios prestados", áreas de oportunidad para mejorar la experiencia de los pacientes, el fortalecimiento de la coordinación, la continuidad y la y la amplitud de los servicios de atención primaria. Si las políticas de atención primaria pueden mejorar las relaciones a largo plazo entre el proveedor y el paciente, el servicio coordinado con los hospitales y el pago por capitación para el equipo de médicos de cabecera, pueden mejorar la calidad de los servicios y atención (Yin, *et al.* 2016). Desde la percepción de los pacientes con múltiples enfermedades que reciben atención en un entorno de atención primaria, las prácticas de atención y asesoramiento podrían mejorarse para ayudar a los pacientes en el establecimiento de objetivos específicos, la coordinación de la atención y la organización de contactos de seguimiento. Los proveedores de atención sanitaria deben ser conscientes de que las valoraciones de los pacientes están asociadas con factores relacionados con el médico y con el paciente, razón por la cual el concepto de satisfacción del paciente -derivado de la satisfacción del consumidor- es una reacción evaluativa ante la interacción de un producto y las expectativas del individuo (Petersen, *et al.* 2014).

El modelo de Linder-Pelz (Linder-Pelz, *et al.* 1982) se basa en teorías psicológicas de la satisfacción y su relación con el estado de salud, de modo que los pacientes que disfrutan de una buena atención y procesos médicos tienden a estar más satisfechos. Es importante plantear también los resultados, estructura, procesos y los resultados de atención primaria y su relación con la satisfacción (Linder-Pelz, *et al.* 1982). Diversos investigadores han analizado la relación entre la satisfacción del paciente y los resultados clínicos de la enfermedad. Alazri y *co/s.* utilizando el Cuestionario de Evaluación de la Práctica General (GPAS, por sus siglas en inglés), descubrieron que los procesos que pueden actuar para aumentar la satisfacción del paciente pueden contribuir a mejorar los resultados clínicos (Alazri, *et al.* 2003). A pesar de que la satisfacción se ha relacionado con la salud general, el estado emocional y la actividad social, no se ha indicado ninguna relación con la función cognitiva, haciéndola muy subjetiva. La satisfacción media de los pacientes también muestra un grado significativo de variación de acuerdo con los médicos.

La fuente habitual de atención se refiere al proveedor o lugar al que un paciente consulta cuando este se encuentra enfermo o necesita consejo médico. (Alazri, *et al.* 2003). Tener una fuente de atención habitual (USC, por sus siglas en inglés) se asoció de forma independiente y significativamente con la satisfacción de los pacientes, por ende, los pacientes con una USC alta declararon experiencias de atención médica de mayor calidad en comparación con los que no tenían una USC, por lo que es importante considerar cualquier esfuerzo para mejorar la calidad de la atención y que incluya políticas que promuevan una USC mayor (Du, *et al.* 2015). Aunque la mayoría de las personas tienen la percepción de que la calidad de la atención sanitaria en los hospitales es mejor que en los centros de salud, las puntuaciones totales de las evaluaciones y las puntuaciones de primer contacto-acceso, atención continua, amplitud de los servicios disponibles, orientación a la comunidad y satisfacción de los centros de salud, son más altas que las de los hospitales secundarios y/o terciarios (Hu, *et al.* 2016). A pesar de tener diferentes antecedentes culturales y organizativos, muchos lugares demostraron que sus propios servicios sanitarios están orientados a la APS, y que la continuidad de la atención y el acceso facilitado satisfacen las necesidades de la población (D'Avila, *et al.* 2017).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención a la salud y la calidad en torno a ella es un tema relevante en la actualidad, principalmente por la libertad que tienen los usuarios de un servicio al poder reflejar sus inconformidades sobre la prestación de los servicios o el trato a su persona. La situación está condicionada por la institucionalidad y organización de los centros y proveedores de servicio de salud, además de la presión social ejercida y por la toma de decisiones y conciencia sobre una sociedad que se encuentra mayormente informada sobre los derechos como paciente y como persona que merece un trato digno. El interés sobre la investigación de la calidad de atención médica en nuestro país tiene su origen no solamente en la inconformidad expresada por los usuarios de los servicios e instancias gubernamentales de salud, también lo tiene por el deseo de las personas de disminuir las desigualdades y deficiencias graves en el servicio de salud, los cuales se manifiestan en la cobertura, sino, además, en la calidad de los servicios que reciben los diferentes grupos de personas. Sobre esta línea, hay múltiples consideraciones entre las que se encuentran el mejoramiento de la calidad que debe resultar indispensable para lograr un mayor y adecuado uso de los servicios que se ofrecen y, por otro lado, es necesario mejorar la competitividad técnica de los proveedores y clínicas prestadoras de atención médica con el fin de reducir los riesgos a la salud que se deriven de las intervenciones, sin embargo, aún no contamos con programas de transparencia e información sistematizada o libre de consulta sobre las diversas opiniones de la sociedad sobre los servicios cometidos, así como los resultados y cumplimiento por parte de los trabajadores de los servicios de salud, lo que ha resultado en una mayor importancia para todos en tener información confiable, adecuada y oportuna sobre la opinión pública, calidad de los servicios que ofrecen y la calidad y satisfacción de los mismos.

Es importante mencionar que la atención y los servicios que proporcionan las diferentes instituciones de salud, influye en la continuidad y utilización de los servicios médicos, en la capacidad de comprensión y aceptación del tratamiento y en la continuidad de la atención a través de las citas para reestablecer y controlar la salud de los pacientes. Por otro lado, es importante que la satisfacción de los pacientes sea un componente altamente destacado sobre la calidad de la atención,

para que influya y se refleje directamente en un incremento sobre la utilización de los servicios y el cumplimiento terapéutico para una mayor accesibilidad, esto, principalmente asociado a que una clínica o prestador de servicios no logra cumplir satisfacer la atención a toda una población. Esto se debe a las diversas expectativas que la población y los pacientes tienen en torno a la atención médica y a su libertad para poder elegir dónde pueden recibir la atención. En el mundo, al evaluar la atención médica, eran poco considerados los esfuerzos para discutir los ejes sobre la calidad en torno a la atención, así como a las expectativas y esfuerzos que estaban enfocados a la satisfacción del paciente, y en donde la mayoría de las expectativas estaban enfocados a los aspectos técnicos de la atención, la infraestructura e insumos necesarios para la atención, así como a la estructura y parámetros ya establecidos, por ende, las investigaciones iniciales sobre los servicios recibidos tienen su origen en el sector corporativo, con el fin de establecer y conocer las necesidades de los clientes. En nuestro país, los principales antecedentes donde se expone por primera vez la problemática, así como la consideración de la opinión del usuario, es la Encuesta Nacional de Salud de 1987 y 1994, la Encuesta de Satisfacción de los Servicios de Salud y otras, con la finalidad de evaluar la calidad de la salud desde la percepción de los usuarios, siendo en la actualidad, un tema más frecuente pero que aún presenta múltiples limitantes debido a la carencia en la transparencia de la información. El conocimiento de la percepción de los usuarios, representa entonces, una de las formas de evaluación muy importante, obteniéndose datos sobre la información del desempeño de los trabajadores, costos y conocer en qué medida, los servicios satisfacen las expectativas y necesidades del usuario, por lo que, múltiples autores han señalado la necesidad de la institucionalidad y operación de este método para que las diferentes instancias conozcan la forma en la que sus usuarios y pacientes evalúen la calidad de su servicio y atención. Con respecto a la necesidad de incorporar la opinión del usuario con respecto a su grado de satisfacción, el grupo de indicadores ha dado resultado una atención no tan adecuada, que, poniéndolo en el contexto de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Gustavo A. Madero, ha puesto y tenido la preocupación del personal administrativo de poder contar con una investigación que ayude a monitorear la percepción, expectativas y opiniones que tienen sobre los servicios otorgados en el primer nivel de atención, con el objetivo de cambiar algunos parámetros como la reducción del tiempo de espera para recibir

la atención -que forma parte de los objetivos de los programas actuales de salud-, ejercer un trato en medicina personalizada para diversos pacientes basado en sus antecedentes epidemiológicos como diabéticos, hipertensos, embarazadas, adultos mayores y personas que requieran de un tratamiento quirúrgico, así como la provisión y surtido de medicamentos, con el fin de recobrar la confianza de la ciudadanía. El monitoreo de estos y otros indicadores, ayudará a mejorar la calidad en cuanto a la definición de sus parámetros, así como para mejorar los aspectos tangibles y cuantificables como el cuidado de las instalaciones, señalamiento, explicación de los diferentes trámites a seguir, orientación y educación sobre la enfermedad, mejoras en la comunicación con el médico, reducción de los tiempos de espera y conocimiento sobre el un buzón de quejas. Es importante que el instrumento de medición se aplique con frecuencia para conocer la fiabilidad de los servicios que se proporciona, así como la capacidad de la respuesta a la atención y provisión de un servicio más rápido, con el fin de incrementar la seguridad, atención, conocimientos, credibilidad y confianza en los pacientes. Evaluar la percepción del usuario, por ende, debe ser un recurso metodológico altamente predictivo para servir de experiencia y mejorar continuamente los servicios, impulsando el trabajo de todo el equipo -incluyendo el médico- y poder sustentar la toma de decisiones en información oportuna y confiable, centrando sus esfuerzos en la satisfacción del usuario y priorizando las necesidades en salud de la población que acude a la clínica. Por ende, es importante delimitar el problema bajo el siguiente cuestionamiento:

¿Cuál es la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención médica en la clínica de medicina familiar Gustavo A. Madero ISSSTE?

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, el interés y la búsqueda constante en el mejoramiento de los servicios de toda índole, especialmente de la salud, han comenzado a surgir, sin embargo, una de las principales dificultades e inconvenientes de evaluación de los servicios de salud, es que los tipos de mediciones requieren dar cuenta a los factores más determinantes en la percepción que un usuario tiene frente a la atención que recibe de una institución, de manera que a veces es complicado que se puedan obtener indicadores que permitan su mejoramiento. Con esto en mente, la presente investigación tiene la iniciativa de fomentar la aplicación de herramientas e instrumentos que utilicen indicadores que permitan asignar una evaluación cualitativa y que permitan evaluar conceptos abstractos como la eficiencia y calidad de los procesos. Cómo se ha comentado, evaluar la calidad de la atención de un servicio desde la percepción del usuario han comenzado a surgir y a ser más utilizados, ya que, existe la certeza de que son ellos quienes pueden hacer un monitoreo constante y finalmente calificar los diferentes y múltiples aspectos que influyeron en su atención, esto principalmente en el área de la salud cobra más importancia, ya que, se ha demostrado que los pacientes satisfechos son quienes siguen más efectivamente las recomendaciones médicas, y por ende, son ellos los que muestran con más frecuencia, una mejora en su salud, tratamiento y calidad de vida.

En la actualidad, se han desarrollado múltiples estudios con el objetivo de valorar la calidad percibida por los pacientes en los diferentes servicios de salud, por ejemplo, durante 2006, se demostró que los aspectos que los pacientes consideran prioritarios con respecto a la calidad de la atención son el trato cordial por parte del personal, la mejoría constante y evolución en sus tratamientos, así como los tiempos de espera relativamente cortos en la espera de recibir sus consultas. En el contexto nacional, han sido pocos los estudios que han evaluado las condiciones, con respecto a la calidad de los servicios, especialmente en el área médica, por lo que, otro de los objetivos secundarios que pretende el estudio, es validar las opiniones de los usuarios de la clínica de atención de primer nivel, con el fin de comenzar a establecer parámetros que puedan tener repercusiones en investigaciones futuras sobre la calidad de los servicios de salud, a nivel local,

nacional e internacional, puesto que, como ya se ha comentado, son pocas las investigaciones y estudios que se han llevado a cabo en México, principalmente y América Latina. Tomando esto como fundamento, es importante que se generen intervenciones con orientación a establecer la calidad en cada servicio prestado, con la finalidad de que se pueda proporcionar una base que ayude a generar estrategias y programas que mejoren la atención, como parte de una evolución y mejoramiento continuo de las instituciones de salud a través de la implementación de la encuesta y modelo SERVQUAL, el cual, evalúa el grado de percepción y satisfacción de la calidad a través de la herramienta, con lo cual se pretende generar estadísticas y datos que permitan a la clínica tener una retroalimentación con la identificación de todos los factores que consideren los usuarios de la clínica como deficientes y que generan insatisfacción, con la finalidad de implementar planes de acción para el mejoramiento constante de los servicios otorgados y que, a la vez, fortalezca cada uno de los valores que se han identificado con una evaluación positiva.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la percepción de los usuarios “trabajadores” sobre la calidad de la atención médica que se otorga a los servicios de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, Gustavo A. Madero

Objetivos específicos

- Determinar la percepción de los usuarios de los servicios de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE de Gustavo A. Madero en las dimensiones: confiabilidad, empatía, accesibilidad, capacidad de respuesta y aspectos tangibles.
- Determinar la dimensión más afectada de acuerdo con turno del derechohabiente.
- Identificar el perfil de los pacientes con muy mala y mala percepción sobre la calidad de la atención médica.

METODOLOGÍA

Tipo y lugar de estudio

El estudio desarrollado es un estudio descriptivo, observacional, el cual establece el nivel de percepción de la satisfacción y calidad de los servicios de los pacientes derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, Gustavo A. Madero, ubicada en la Ciudad de México y contemplando ambos turnos, matutino y vespertino, en pacientes derechohabientes durante el período comprendido del 01 de junio de 2023 al 26 de junio de 2023, con capacidad de dar respuesta al instrumento y cuestionario que se otorga, por ende, la técnica utilizada será el cuestionario SERVQUAL.

Población y muestra poblacional

La población en la que se realizó la presente investigación son todos aquellos pacientes derechohabientes de los rubros trabajador y trabajadora que asistieron al servicio de consulta en medicina familiar y atención primaria de primer nivel a la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Gustavo A. Madero durante el período comprendido 01 de junio de 2023 al 26 de junio de 2023. El muestreo realizado fue de tipo probabilístico, por lo que, para recolectar la muestra poblacional se establecieron los días lunes, martes, miércoles, jueves y viernes de cada semana del periodo establecido en la franja de horario comprendida entre las 10:00 de la mañana y 19:00 de la noche, realizándoles la técnica a los pacientes inmediatamente al salir de la consulta. Al final, se obtuvo una muestra poblacional de 366 pacientes la cual se determinó según el nivel de confianza de 95% y margen de error de 5%, de acuerdo al total de pacientes trabajador y trabajadora adscritos a la clínica en estudio, y que cumplían con los criterios deseados.

Criterios de inclusión

- Pacientes derechohabientes mayores de 18 años que sean trabajadores, de cualquier sexo, y que pertenezcan a la población de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Gustavo A. Madero.
- Personas mayores de edad.
- Personas usuarias directas que reciban consulta en Medicina Familiar en cualquiera de los turnos, matutino o vespertino.
- Personas atendidas en el período comprendido entre el de 01 de junio de 2023 al 26 de junio de 2023.
- Personas seleccionadas por el encuestador.
- Personas que acepten voluntariamente participar en la encuesta, antes de salir de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Gustavo A. Madero.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que no sean del rubro clasificado como “trabajador o trabajadora”.
- Pacientes que no sepan leer o escribir.
- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que por su padecimiento estén invalidados para contestar el cuestionario.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no llenaron por completo el cuestionario SERVQUAL.
- Encuestas de pacientes que colocaron más de una respuesta a cualquier pregunta.

Variables del estudio

1. Variables independientes

Calidad de la atención

Con motivos del estudio, se buscó conocer la calidad de la atención a través de la satisfacción de las expectativas del usuario sobre la calidad de la atención recibida durante las consultas médicas de medicina familiar en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en Gustavo A. Madero. Al ser una variable cualitativa nominal policotómica, su valor se obtendrá de la aplicación de la encuesta SERVQUAL, a través de la expresión calificada como “muy mala”, “mala”, “regular”, “buena” y “excelente”.

2. Variables dependientes

Percepción del usuario

La presente investigación buscó definir la percepción de los usuarios a través de la selección individual del paciente entrevistado, a través de la organización e interpretación de la información para crear una imagen significativa del servicio utilizado. La percepción del usuario se busca que sea una variable cualitativa, nominal y policotómica, que tenga valor a través de los resultados obtenidos de los resultados encontrados posteriores a la aplicación de la encuesta de satisfacción, siendo esta “muy mala”, “mala”, “regular”, “buena” o “excelente”.

Operacionalización de las variables

A continuación, se definen cada una de las variables, así como los resultados esperados de la evaluación del paciente: (Ver Tabla 1)

Tabla 1. Operacionalización de las variables

| Variable | Definición teórica | Definición operacional | Tipo de variable | Evaluación |
|-------------------------------|---|--|-----------------------|---|
| Calidad de la atención | Grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. | Condiciones del servicio de salud percibidas por los usuarios. Define la calidad de atención como la brecha o diferencia (E – P) entre las expectativas (E) y las Percepción (P) de los usuarios. | Ordinal / Cualitativa | Muy mala Mala Regular Buena Excelente |
| Percepción del usuario | Conjunto de procesos y actividades relacionados con el estímulo que alcanza los sentidos, del cual se obtiene la información de lo que nos rodea. | Proceso activo-constructivo donde la persona antes de procesar una nueva información y con las experiencias vividas construye un esquema informativo anticipatorio, lo que permite aceptar o rechazar el estímulo. | Ordinal/Cualitativa | Muy mala Mala Regular Buena Excelente |
| Sexo | Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. | Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer | Nominal | Masculino Femenino |
| Edad | Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia. | Tiempo cronológico de vida cumplido. | Cuantitativa | 18 a 25 26 a 30 31 a 40 41 a 45 46 a 50 51 a 60 Mayores de 60 |
| Escolaridad | Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza. | Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional. | Ordinal / Cualitativa | Primaria Secundaria Medio Superior Superior Posgrado |
| Turno | Momento u ocasión en que a una persona le corresponde hacer, dar o recibir una cosa. | División de la jornada laboral | Nominal | Matutino (De 7 a 13 h) Vespertino (De 2 a 19 h). |
| Confiabilidad | Habilidad para prestar el servicio con buen desempeño y exactitud. | Capacidad de proporcionar servicios con precisión, a tiempo y de manera creíble. | Ordinal / Cualitativa | 1. Totalmente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. Acuerdo 5. Totalmente de acuerdo |

| | | | | |
|-------------------------------|--|---|-----------------------|---|
| Empatía | Capacidad de comprender los sentimientos y emociones de los demás, basada en el reconocimiento del otro como similar. | Nivel de atención personalizada que se les puede dar. | Ordinal / Cualitativa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. Acuerdo 5. Totalmente de acuerdo |
| Capacidad de respuesta | Suma de la prontitud y la disposición que ponen los prestadores de servicio en satisfacer una demanda. | Disposición que existe para atender y resolver casos, y la velocidad para lograrlo. | Ordinal / Cualitativa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. Acuerdo 5. Totalmente de acuerdo |
| Accesibilidad | Posibilidad que tiene una persona, con o sin problemas de movilidad o percepción sensorial, de entender un espacio, integrarse en él e interactuar con sus contenidos. | Forma en que los servicios de salud se acercarían a la población | Ordinal / Cualitativa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. Acuerdo 5. Totalmente de acuerdo |
| Aspectos tangibles | Que puede tocarse y percibirse de forma precisa. | Apreciación del servicio, así como instalaciones, el mobiliario, dispositivos o lo que se ofrece. | Ordinal / Cualitativa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. Desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. Acuerdo 5. Totalmente de acuerdo |

Fuente: Recurso de elaboración propia

Diseño del estudio

El presente estudio determinó la calidad de la atención médica desde la percepción de la percepción del derechohabiente catalogado como “trabajador o trabajadora” a través de la utilización de un cuestionario que evalúa las variables y dimensiones descritas por Parasuram y *cols.* basadas en el modelo SERVQUAL (Parasuram, *et al.* 1993). Las cuales influyen en la calidad de la atención percibida por los usuarios, en lo referente a fiabilidad, tangibilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía hacia un enfoque cualitativo. Una vez aplicadas las encuestas, se realizó un análisis que permitió observar la calidad del servicio, basada en la percepción del servicio, y en superar las expectativas de los propios usuarios.

Aspectos operacionales

Primeramente, el análisis se basa en los datos existentes en datos recopilados de fuentes de información primaria y secundaria -conceptos y términos en revistas indexadas, *journals*, monografías y artículos científicos- con la finalidad de tener una comprensión mayor de las evaluaciones percibidas por los usuarios, correspondiente al segundo análisis, en donde se buscó conocer la satisfacción de los derechohabientes a través de una entrevista directa basada en el cuestionario aplicado en el período de 01 de junio de 2023 al 26 de junio de 2023. Para posteriormente, en una tercera etapa, analizar los resultados basados en las diferentes características referentes a la fiabilidad, seguridad, tangibilidad, empatía etc. con la finalidad de identificar los puntos que repercutan en la satisfacción de los derechohabientes y a través de la identificación de las áreas de mejora.

El cuestionario de recolección de la información se diseñó con base en los 5 aspectos que influyen dentro de la calidad del servicio que perciben los pacientes en referencia a la tangibilidad (aparición de la clínica y las instalaciones, el equipo, personal y materiales), fiabilidad (basada en la capacidad para proporcionar el servicio de forma precisa y digna), seguridad (cortesía y conocimiento del personal médico al transmitir seguridad y confianza), capacidad de respuesta (capacidad de disposición para ayudar a los pacientes a proporcionar un servicio expedito), y empatía (basada en la atención y cuidado individualizado que se proporciona a los pacientes). A través de 20 preguntas y 5 respuestas 1. Totalmente en desacuerdo

(TD), donde no se cubre la necesidad del servicio, además de recibir malos tratos; 2. Desacuerdo (D), donde no se cubre la necesidad del servicio; 3. Ni de acuerdo ni desacuerdo (N); 4. De acuerdo (A) donde se cubre la necesidad del servicio y 5. Totalmente de acuerdo (TA) refiriéndose a que el servicio cumple y sobrepasa las expectativas del servicio otorgado al paciente. Aplicadas las encuestas, se utilizó una escala Likert para valorar las categorías: TD (5 puntos), D (4 puntos), N (3 puntos), A (2 puntos) y TA (1 punto). Para lograr la obtención de los puntajes finales por pregunta, se utilizaron tablas y fórmulas dentro de una hoja de cálculo de Excel para la obtención de resultados. Para finalmente, categorizar los datos de acuerdo al porcentaje obtenido dentro de los rubros a evaluar de la percepción de calidad, tales como: “muy mala”, “mala”, “regular”, “buena” o “excelente”.

Consideraciones éticas

Para la presente investigación no se realizaron procedimientos invasivos en los pacientes ya que los datos se obtuvieron a partir de una encuesta que fue el registro de conformidad de sus participantes. Se tomaron en cuenta las precauciones necesarias para respetar la intimidad de cada paciente, teniendo en todo momento la opción de abstenerse de participar en el estudio.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Datos sociodemográficos

Edad

De los 366 participantes de la investigación y a los cuales se les aplicó el cuestionario, el 0.55 % tuvo entre 18-25 años de edad, 6.28 % tuvo entre 26 a 30 años, 24.86 % tuvo entre 31 a 40 años, 16.67 % tuvo entre 41 a 45 años, 14.21 % tuvo entre 46 a 50 años, 28.14 % tuvo entre 51 a 60 años y el 9.29 % eran mayores de 60 años. (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Edad de los participantes a los cuales se les aplicó la encuesta

| Edad | N= Participantes | % |
|---------------|------------------|-------|
| 18 a 25 | 2 | 0.55 |
| 26 a 30 | 23 | 6.28 |
| 31 a 40 | 91 | 24.86 |
| 41 a 45 | 61 | 16.67 |
| 46 a 50 | 52 | 14.21 |
| 51 a 60 | 103 | 28.14 |
| Mayores de 60 | 34 | 9.29 |

Tabla 2. Rangos de edad con porcentaje de los participantes de la investigación. Recurso propio

Sexo

De los 366 participantes a los que se les aplicó el cuestionario, el 70.49 % correspondió al sexo mujer y el 29.51 % correspondió al sexo hombre. (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Sexo de los participantes a los cuales se les aplicó la encuesta

| Sexo | N= Participantes | % |
|--------|------------------|-------|
| Mujer | 258 | 70.49 |
| Hombre | 108 | 29.51 |
| Total | 366 | 100 |

Tabla 3. Sexo de los participantes de la investigación con porcentajes. Recurso propio

Turno en el cual reciben el servicio

De los 366 participantes, 84.97 % recibían atención en el turno matutino, y 15.03 % en el turno vespertino. (Ver Tabla 4)

Tabla 4. Turno en el cual recibieron la atención los participantes a los cuales se les aplicó la encuesta

| Turno | N= Participantes | % |
|------------|------------------|-------|
| Matutino | 311 | 84.97 |
| Vespertino | 55 | 15.03 |
| Total | 366 | 100 |

Tabla 4. Turno en el cual los participantes recibieron atención. Recurso propio

Escolaridad de los participantes

De los 366 participantes, 0 % tienen estudios de educación básica (primaria), 0 % tienen estudios de educación básica (secundaria), 3.83 % tienen educación media superior, 93.72 % tienen educación superior y 2.46 % tienen educación de posgrado. (Ver Tabla 5)

Tabla 5. Escolaridad de los participantes a los cuales se les aplicó la encuesta

| Escolaridad | N= Participantes | % |
|--------------------------|------------------|-------|
| Primaria | 0 | 0 |
| Secundaria | 0 | 0 |
| Educación media superior | 14 | 3.82 |
| Educación superior | 343 | 93.72 |
| Posgrado | 9 | 2.46 |
| Total | 366 | 100 |

Tabla 5. Escolaridad de los participantes de la investigación. Recurso propio

Ocupación de los participantes de la investigación

De los 366 participantes, el 29.51 % son trabajadores y el 70.49 % son trabajadoras. (Ver Tabla 6)

Tabla 6. Ocupación de los participantes a los que se les aplicó la encuesta

| Edad | N= Participantes | % |
|-------------|------------------|-------|
| Trabajador | 108 | 29.51 |
| Trabajadora | 258 | 70.49 |

Tabla 6. Ocupación de los participantes de la investigación. Recurso propio.

Evaluación de la calidad

Percepción del usuario con respecto a la confiabilidad

La percepción del usuario con respecto a la confiabilidad fue medida a través de los indicadores: 1) Simpatía y confiabilidad por parte del personal, 2) Tiempo establecido y duración para otorgar la consulta, 3) Atención médica precisa y correcta y 4) Calidad y confiabilidad del servicio; los cuatro indicadores fueron clasificados en totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, obteniendo los siguientes resultados: Para el indicador 1) simpatía y confiabilidad por parte del personal, predominó la categoría “totalmente de acuerdo” con 352 derechohabientes trabajadores (96.17%), seguido de la categoría “de acuerdo” con 14 casos (3.82%), destacando que para las demás categorías no tuvieron ningún caso. En el indicador 2) tiempo establecido y duración para otorgar consulta, también predominó la categoría “totalmente de acuerdo” con 351 derechohabientes (95.9%) seguido de la categoría “de acuerdo”. El indicador 3) La atención médica fue precisa y correcta, tuvo predominancia de la categoría “totalmente de acuerdo” con 364 casos (99.45%), y el indicador 4) Se brindó un servicio médico de calidad y confiable, obtuvo la categoría “totalmente de acuerdo” como predominante con 360 casos (98.36%).

En la dimensión de confiabilidad, el indicador con mayor puntaje fue “La atención médica fue precisa y correcta”, El 0 % estuvo TD, el 0 % estuvo en D, el 0 % estuvo en N, el 0.55 % estuvo A y 99.45 % estuvo TA. Así mismo, la que obtuvo menor puntaje fue, “Se otorgó la consulta médica en el tiempo establecido y en duración adecuada” El 0 % estuvo TD, el 0 % estuvo en D, el 0 % estuvo en N, el 4.10 % estuvo A y el 95.90 % estuvo TA.

Gráfico 1. Pacientes que expresaron su confiabilidad en el servicio recibido

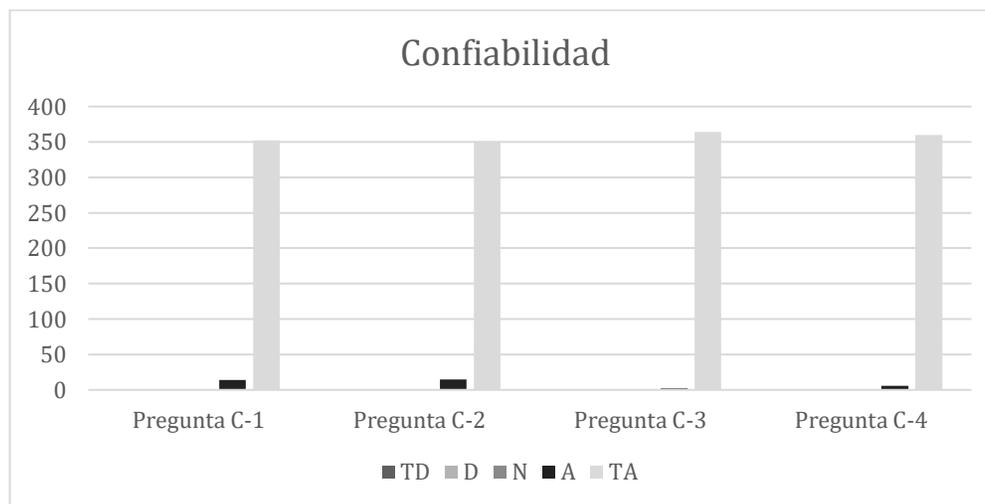


Gráfico 1. Resultados de las preguntas C-1,C-2,C-3 Y C-4 que buscan evaluar la confiabilidad del servicio en los pacientes que participaron en la investigación. Recurso propio.

Resultado del puntaje obtenido en cuanto a la confiabilidad

El puntaje máximo de las preguntas C-1, C-2, C-3 y C-4 con respecto a la confiabilidad fue de 7,320 puntos de las cuales se obtuvieron 7,283 puntos que equivale a un 99.49 % del puntaje deseado. (Ver Tabla 7)

Tabla 7. Puntaje obtenido en cuanto a la confiabilidad

| Pregunta | Puntaje deseado | Puntaje obtenido |
|------------|-----------------|------------------|
| C-1 | 7,320 puntos | 7,283 |
| C-2 | | |
| C-3 | | |
| C-4 | | |

Tabla 7. Puntaje obtenido en cuanto a la confiabilidad. Recurso propio.

Tabla 8. Resultados en cuanto a la confiabilidad

| | | Totalmente en desacuerdo (TD) | | Desacuerdo (D) | | Ni de acuerdo ni en desacuerdo (N) | | Acuerdo (A) | | Totalmente de acuerdo (TA) | |
|----------------------|---|-------------------------------|---|----------------|---|------------------------------------|---|-------------|------|----------------------------|-------|
| | | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % |
| CONFIABILIDAD | Se ofrece simpatía y confiabilidad por parte del personal en el manejo de problemas con el servicio | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 3.82 | 352 | 96.17 |
| | Se otorgó la consulta médica en el tiempo establecido y en duración adecuada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 | 4.10 | 351 | 95.90 |
| | La atención médica fue precisa y correcta | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.55 | 364 | 99.45 |
| | Se brindó un servicio médico de calidad y confiable | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 1.64 | 360 | 98.36 |

Tabla 8. Puntaje obtenido en cuanto a la confiabilidad. Recurso propio.

Percepción del usuario con respecto a la empatía

La percepción del usuario con respecto a la empatía fue medida a través de los indicadores: 1) Se brindó una atención personalizada a la necesidad particular, 2) El interés del médico se centró en el paciente, 3) El servicio médico fue de manera comprensiva al paciente y 4) La atención del médico fue respetuosa; los cuatro indicadores fueron clasificados en totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, obteniendo los siguientes resultados:

Para el indicador 1) Se brindó una atención personalizada a la necesidad particular, predominó la categoría “totalmente de acuerdo” con 363 derechohabientes trabajadores (99.18%), seguido de la categoría “de acuerdo” con 3 casos (0.82%), destacando que para las demás categorías no tuvieron ningún caso. En el indicador 2) El interés del médico se centró en el paciente, también predominó la categoría “totalmente de acuerdo” con 347 derechohabientes (95.81%) seguido de la categoría “de acuerdo”. El indicador 3) El servicio médico fue de manera comprensiva al paciente, tuvo predominancia de la categoría “totalmente de acuerdo” con 358 casos (97.82%), y el indicador 4) La atención del médico fue respetuosa, obtuvo la categoría “totalmente de acuerdo” como predominante con 364 casos (99.45%).

Los resultados con respecto a este rubro mostraron que el indicador con mayor puntaje de percepción fue “La atención médica fue respetuosa”, El 0 % de los pacientes contestaron que están TD, el 0 % estaban en D, el 0 % estaba en N, el 0.55 % estaba A y el 99.45 % se encontró TA, y el indicador con menor puntaje de percepción positiva fue ” El interés del médico se centró en el paciente”. El 0 % estuvo en TD , el 0 % en D, 0 % en N, 5.19 % en A y el 94.81 % estaban TA. (Ver Gráfico 2)

Gráfico 2. Pacientes que expresaron su empatía en el servicio recibido

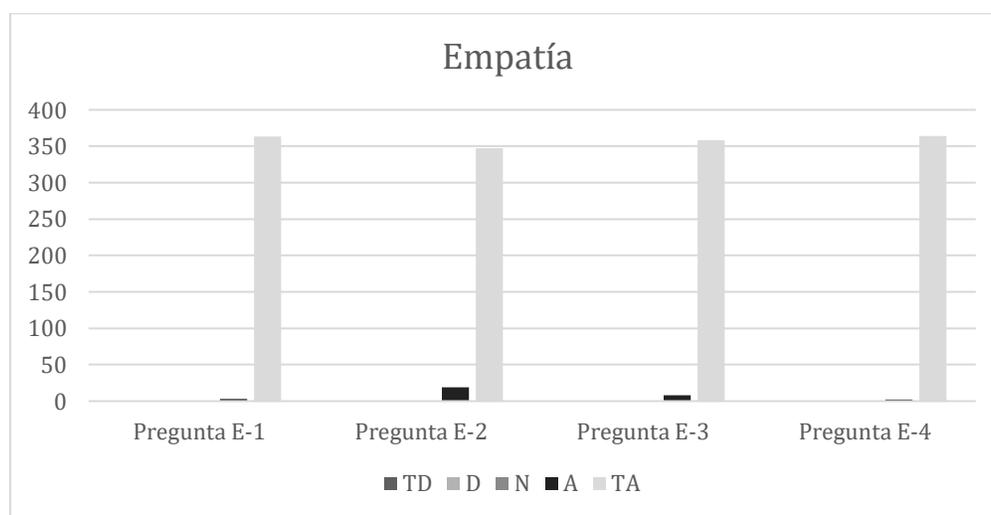


Gráfico 2. Resultados de las preguntas E-1, E-2, E-3 y E-4 que buscan evaluar la empatía del servicio en los pacientes que participaron en la investigación. Recurso propio.

Resultado del puntaje obtenido en cuanto a la empatía

El puntaje máximo de las preguntas E-1, E-2, E-3 y E-4 con respecto a la empatía es de 7,320 puntos de las cuales se obtuvieron 7,288 puntos que equivale a un 99.56 % del puntaje deseado. (Ver Tabla 9)

Tabla 9. Puntaje obtenido en cuanto a la empatía

| Pregunta | Puntaje deseado | Puntaje obtenido |
|----------|-----------------|------------------|
| E-1 | 7,320 puntos | 7,288 |
| E-2 | | |
| E-3 | | |
| E-4 | | |

Tabla 9. Puntaje obtenido en cuanto a la empatía. Recurso propio.

Tabla 10. Resultados en cuanto a la empatía

| | | Totalmente en desacuerdo (TD) | | Desacuerdo (D) | | Ni de acuerdo ni en desacuerdo (N) | | Acuerdo (A) | | Totalmente de acuerdo (TA) | |
|----------------|--|-------------------------------|---|----------------|---|------------------------------------|---|-------------|------|----------------------------|-------|
| | | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % |
| EMPATÍA | Se brindó una atención personalizada a la necesidad particular | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0.82 | 363 | 99.18 |
| | El interés del médico se centró en el paciente | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 5.19 | 347 | 94.81 |
| | El servicio médico fue de manera comprensiva al paciente | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 2.18 | 358 | 97.82 |
| | La atención del médico fue respetuosa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.55 | 364 | 99.45 |

Tabla 10. Recurso propio.

Percepción del usuario con respecto a la capacidad de respuesta

La percepción del usuario con respecto a la capacidad de respuesta fue medida a través de los indicadores: 1) Hubo prontitud para resolver problemas de salud y atención, 2) El personal de atención médica se mostró dispuesto a ayudar, 3) Se mantuvo a los pacientes informados sobre cuando se realizarían los servicios de atención médica y 4) El tiempo de espera para la atención médica fue el adecuado; los cuatro indicadores fueron clasificados en totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, obteniendo los siguientes resultados:

Para el indicador 1) Hubo prontitud para resolver problemas de salud y atención, predominó la categoría “totalmente de acuerdo” con 338 derechohabientes trabajadores (92.35%), seguido de la categoría “acuerdo” con 28 casos (7.65%), destacando que para las demás categorías no tuvieron ningún caso. En el indicador 2) El personal de atención médica se mostró dispuesto a ayudar, también predominó la categoría “totalmente de acuerdo” con 364 derechohabientes (99.45%) seguido de la categoría “de acuerdo”. El indicador 3) Se mantuvo a los pacientes informados sobre cuando se realizarían los servicios de atención médica, tuvo predominancia de la categoría “totalmente de acuerdo” con 363 casos (99.18%), y el indicador 4) El tiempo de espera para la atención médica fue el adecuado, obtuvo la categoría “totalmente de acuerdo” como predominante con 359 casos (98.09%).

Los resultados con respecto a este rubro mostraron que la indicador con mayor percepción positiva fue “El personal de atención médica se mostró dispuesto a ayudar”, el 0 % de los encuestados estaban TD, 0 % en D, 0 % en N, 0.55 % en A y el 99.45 % estaban TA. Y la pregunta con la menor percepción positiva fue “Hubo prontitud para resolver problemas de salud y atención”, el 0 % de los encuestados estaban TD, 0 % en D, 0 % en N, 7.65 % en A y el 92.35 % estaban TA. (Ver Gráfico 3)

Gráfico 3. Pacientes que expresaron su capacidad de respuesta en el servicio recibido

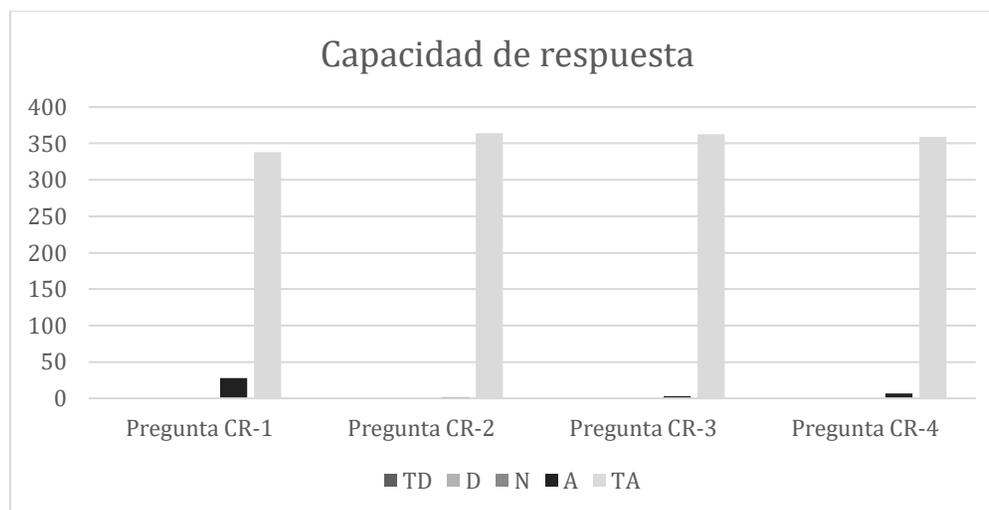


Gráfico 3. Resultados de las preguntas CR-1, CR-2, CR-3 y CR-4 que buscan evaluar la capacidad de respuesta del servicio en los pacientes que participaron en la investigación. Recurso propio.

Resultado del puntaje obtenido en cuanto a la capacidad de respuesta

El puntaje máximo de las preguntas CR-1, CR-2, CR-3 y CR-4 con respecto a la capacidad de respuesta fue de 7,320 puntos de las cuales se obtuvieron 7,280 puntos que equivale a un 99.45 % del puntaje deseado. (Tabla 11)

Tabla 11. Puntaje obtenido en cuanto a la capacidad de respuesta

| Pregunta | Puntaje deseado | Puntaje obtenido |
|----------|-----------------|------------------|
| CR-1 | 7,320 puntos | 7,280 |
| CR-2 | | |
| CR-3 | | |
| CR-4 | | |

Tabla 11. Puntaje obtenido en cuanto a la capacidad de respuesta. Recurso propio.

Tabla 12. Resultados en cuanto a la capacidad de respuesta

| | | Totalmente en desacuerdo (TD) | | Desacuerdo (D) | | Ni de acuerdo ni en desacuerdo (ND) | | Acuerdo (A) | | Totalmente de acuerdo (TA) | |
|-------------------------------|--|-------------------------------|---|----------------|---|-------------------------------------|---|-------------|------|----------------------------|-------|
| | | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % |
| CAPACIDAD DE RESPUESTA | Hubo prontitud para resolver problemas de salud y atención | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 | 7.65 | 338 | 92.35 |
| | El personal de atención médica se mostró dispuesto a ayudar | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.55 | 364 | 99.45 |
| | Se mantuvo a los pacientes informados sobre cuando se realizarían los servicios de atención médica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0.82 | 363 | 99.18 |
| | El tiempo de espera para la atención médica fue el adecuado | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.91 | 359 | 98.09 |

Tabla 12. Recurso propio.

Percepción del usuario con respecto a la accesibilidad

La perspectiva del usuario con respecto a la accesibilidad fue medida a través de los indicadores: 1) Se puede agendar fácilmente una cita para atención médica, 2) Hay facilidad de acceso a los servicios de atención médica, 3) El personal de atención médica se presenta accesible al paciente y 4) Fácilmente se puede externar y resolver cualquier inquietud o eventualidad; las respuestas de los cuatro

indicadores fueron clasificados en totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, obteniendo los siguientes resultados:

Para el indicador 1) Se puede agendar fácilmente una cita para atención médica, predominó la categoría “totalmente en desacuerdo” con 253 casos (69.12%), seguido de la categoría “desacuerdo” con 102 casos (27.87%). En el indicador 2) Hay facilidad de acceso a los servicios de atención médica, predominó la categoría “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” con 180 derechohabientes (49.18%) seguido de la categoría “desacuerdo” con 154 casos (42.08%). El indicador 3) El personal de atención médica se presenta accesible al paciente, tuvo predominancia de la categoría “totalmente de acuerdo” con 345 casos (94.26%), y el indicador 4) Fácilmente se puede externar y resolver cualquier inquietud o eventualidad, obtuvo la categoría “totalmente de acuerdo” como predominante con 361 casos (98.63%).

Los resultados con respecto a este rubro mostraron que la pregunta con mejor puntaje de percepción positiva fue “Fácilmente se puede externar y resolver cualquier inquietud o eventualidad”, el 0 % de los encuestados estaban TD, 0 % en D, 0 % en N, 1.37 % en A y el 98.63 % estaban TA. Mientras que la que obtuvo menor puntaje fue “Se puede agendar fácilmente una cita para atención médica”, el 69.12 % de los encuestados estaban TD, 27.87 % en D, 3.01 % en N, 0 % en A y el 0 % estaban TA. (Ver Gráfico 4)

Gráfico 4. Pacientes que expresaron su accesibilidad en el servicio recibido

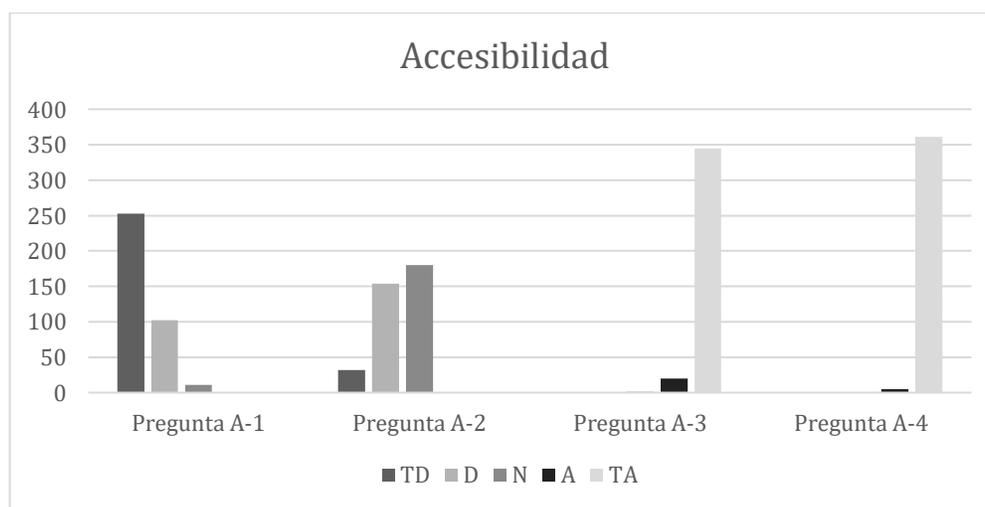


Gráfico 4. Resultados de las preguntas A-1, A-2, A-3 y A-4 que buscan evaluar la accesibilidad del servicio en los pacientes que participaron en la investigación. Recurso propio.

Resultado del puntaje obtenido en cuanto a la accesibilidad

El puntaje máximo de las preguntas A-1, A-2, A-3 y A-4 con respecto a la accesibilidad es de 7,320 puntos de las cuales se obtuvieron 5,003 puntos que equivale a un 68.35 % del puntaje deseado. (Ver Tabla 13)

Tabla 13. Puntaje obtenido en cuanto a la accesibilidad

| Pregunta | Puntaje deseado | Puntaje obtenido |
|----------|-----------------|------------------|
| A-1 | 7,320 puntos | 5,003 |
| A-2 | | |
| A-3 | | |
| A-4 | | |

Tabla 13. Puntaje obtenido en cuanto a la accesibilidad. Recurso propio.

Tabla 14. Puntaje obtenido en cuanto a la accesibilidad

| | | Totalmente en desacuerdo (TD) | | Desacuerdo (D) | | Ni de acuerdo ni en desacuerdo (ND) | | Acuerdo (A) | | Totalmente de acuerdo (TA) | |
|---------------|--|-------------------------------|-------|----------------|-------|-------------------------------------|-------|-------------|------|----------------------------|-------|
| | | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % |
| ACCESIBILIDAD | Se puede agendar fácilmente una cita para atención médica | 253 | 69.12 | 102 | 27.87 | 11 | 3.01 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Hay facilidad de acceso a los servicios de atención médica | 32 | 8.74 | 154 | 42.08 | 180 | 49.18 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | El personal de atención médica se presenta accesible al paciente | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.28 | 20 | 5.46 | 345 | 94.26 |

| | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|------|-----|-------|
| Fácilmente se puede externar y resolver cualquier inquietud o eventualidad | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 1.37 | 361 | 98.63 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|------|-----|-------|

Tabla 14. Recurso propio

Percepción del usuario con respecto a la tangibilidad de los aspectos

La percepción del usuario con respecto a la capacidad de respuesta fue medida a través de los indicadores: 1) Las instalaciones y material son adecuados para la atención médica, 2) El mobiliario se encuentra en buen estado, 3) El personal de atención médica se presenta con apariencia limpia y pulcra y 4) Las instalaciones se encuentran limpias; los cuatro indicadores fueron clasificados en totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, obteniendo los siguientes resultados:

Para el indicador 1) Las instalaciones y material son adecuados para la atención médica, predominó la categoría “totalmente de acuerdo” con 238 casos (65.03%), seguido de la categoría “acuerdo” con 125 casos (34.15%). En el indicador 2) El mobiliario se encuentra en buen estado, predominó la categoría “acuerdo” con 261 derechohabientes (71.31%) seguido de la categoría “totalmente de acuerdo” con 103 casos (28.14%). El indicador 3) El personal de atención médica se presenta con apariencia limpia y pulcra, tuvo predominancia de la categoría “totalmente de acuerdo” con 358 casos (97.81%), y el indicador 4) Las instalaciones se encuentran limpias, obtuvo la categoría “totalmente de acuerdo” como predominante con 359 casos (98.09%).

Los resultados con respecto a este rubro mostraron que la pregunta con mayor percepción positiva fue “Las instalaciones se encuentran limpias”, el 0 % de los encuestados estaban TD, 0 % en D, 0 % en N, 1.91 % en A y el 98.09 % estaban TA. Mientras que la que obtuvo el puntaje menor fue “El mobiliario se encuentra en buen estado”, el 0 % de los encuestados estaban TD, 0 % en D, 0.55 % en N, 71.31 % en A y el 28.14 % estaban TA. (Ver Gráfico 5)

Gráfico 5. Pacientes que expresaron los aspectos tangibles en el servicio recibido

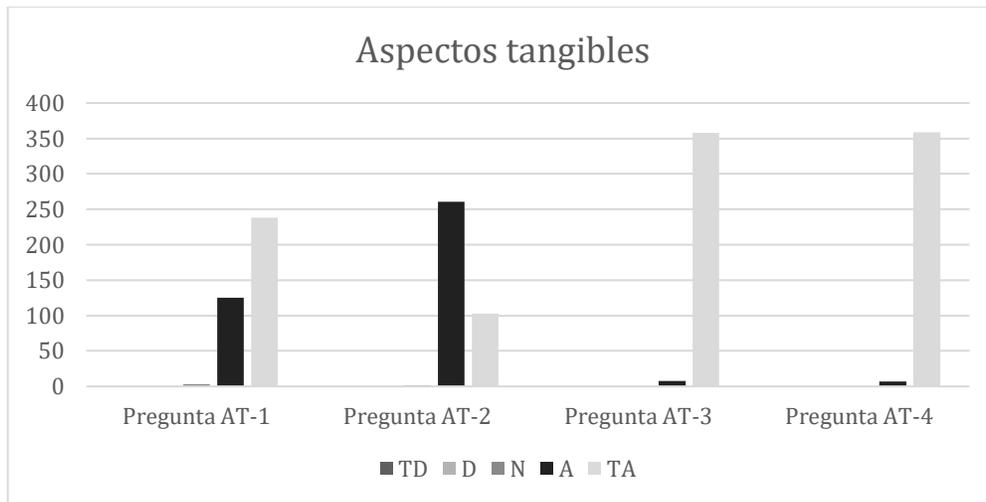


Gráfico 5. Resultados de las preguntas AT-1, AT-2, AT-3 y AT-4 que buscan evaluar la accesibilidad del servicio en los pacientes que participaron en la investigación. Recurso propio.

Resultado del puntaje obtenido en cuanto a la tangibilidad de los aspectos

El puntaje máximo de las preguntas AT-1, AT-2, AT-3 y AT-4 con respecto a aspectos tangibles. Es de 7,320 puntos de las cuales se obtuvieron 6,909 puntos que equivale a un 94.39 % del puntaje deseado. (Ver Tabla 15)

Tabla 15. Puntaje obtenido en cuanto a la tangibilidad de los aspectos

| Pregunta | Puntaje deseado | Puntaje obtenido |
|----------|-----------------|------------------|
| AT-1 | 7,320 puntos | 6,909 |
| AT-2 | | |
| AT-3 | | |
| AT-4 | | |

Tabla 15. Puntaje obtenido en cuanto a la tangibilidad de los aspectos. Recurso propio.

Tabla 16. Puntaje obtenido en cuanto a la confiabilidad

| | | Totalmente en desacuerdo (TD) | | Desacuerdo (D) | | Ni de acuerdo ni en desacuerdo (ND) | | Acuerdo (A) | | Totalmente de acuerdo (TA) | |
|---------------------------|---|-------------------------------|---|----------------|---|-------------------------------------|------|-------------|-------|----------------------------|-------|
| | | # | % | # | % | # | % | # | % | # | % |
| ASPECTOS TANGIBLES | Las instalaciones y material son adecuados para la atención médica | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0.82 | 125 | 34.15 | 238 | 65.03 |
| | El mobiliario se encuentra en buen estado | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0.55 | 261 | 71.31 | 103 | 28.14 |
| | El personal de atención médica se presenta con apariencia limpia y pulcra | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 2.19 | 358 | 97.81 |
| | Las instalaciones se encuentran limpias | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1.91 | 359 | 98.09 |

Tabla 16. Recurso propio.

DISCUSIÓN

En la actualidad, muchos de los países se enfrentan a una carga creciente de enfermedades crónicas y, por ende, la atención primaria a la salud por parte de diversas disciplinas y especialidades médicas en diferentes unidades de medicina familiar. Durante la atención y el servicio brindado, además del personal médico, se encuentra incluido el personal administrativo, por lo que el desarrollo de un sistema equitativo de atención primaria es una necesidad urgente. La edad, el sexo, el nivel educativo, la falta de seguro médico, y los factores de estilo de vida poco saludable son predictores prominentes de las enfermedades crónicas. (Wang, *et al.* 2014). Por lo que la suma de todas las interacciones que tiene un paciente, reflejan un grado de calidad y por consiguiente, una percepción otorgada a dicha interacción. Un sistema de atención primaria puede definirse como un sistema multidimensional que contribuye al rendimiento general del sistema sanitario y a la salud, especialmente de los enfermos crónicos, los cuales incluyen la estructura, los procesos y los resultados que pueden determinarse mediante varias dimensiones básicas (Kringos, *et al.* 2010). Así mismo, en la actualidad, con este incremento en la demanda de servicios de salud dentro del sector público, los usuarios han sido más demandantes en cuanto a lo que esperan recibir del servicio médico al que tienen derecho. Con esto en mente, y con el conocimiento de que existe un bajo nivel en el desempeño en materia de calidad en México y en los diversos establecimientos de salud, la investigación, además de los objetivos primarios y secundarios, pretende determinar la importancia de la calidad como compromiso permanente para poder realizar acciones de continua mejora en la atención y el cumplimiento de los estándares establecidos por los pacientes en indicadores de la calidad. El estudio fue realizado con el objetivo de identificar la percepción sobre la calidad de los pacientes con respecto a la atención médica proporcionada por la Clínica de Medicina Familiar Gustavo A. Madero ISSSTE en el área de servicio médico, a través del análisis de las cinco dimensiones – confiabilidad, accesibilidad, empatía, capacidad de respuesta y tangibilidad en los aspectos – identificando puntos críticos que repercutan en la calidad de la atención médica y proponer oportunidades de mejora. Basado en los diferentes puntajes obtenidos en las diferentes áreas, podemos inferir que la percepción de la calidad de la atención médica que tienen los pacientes que son atendidos en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE

Gustavo A. Madero, es excelente, con un 92.25 % de satisfacción percibida en la atención médica recibida, lo que puede contrastarse a lo obtenido por Ramírez y cols. en una Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en la Ciudad de Durango, quien estudió la percepción percibida hacia áreas administrativas, adicionales al área médica, obteniendo una percepción “regular” en su estudio (Ramírez, 2011). Son pocas las investigaciones en México y Latinoamérica que han abordado desde esta percepción, la evaluación de los servicios de salud, sin embargo, este análisis, ha demostrado resultados comparables en la percepción de la calidad en el estudio realizado por Ramírez de la Roche que evaluó la calidad de los usuarios en una Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en la Ciudad de México con más de 240 participantes que acudían a recibir la atención (Ramírez de la Roche, 2005). Este estudio ha demostrado que la percepción de la calidad está relacionada con la escolaridad y ocupación de los pacientes, donde el 38 % de ellos tenían una licenciatura y el 42 % eran trabajadores. (Ramírez de la Roche, 2005) Como resultados, Ramírez de la Roche, menciona que los usuarios de los servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente la mala calidad de la atención en los servicios públicos en comparación con los servicios privados, siendo el trato de cordialidad y amabilidad por parte de los trabajadores, así como el tiempo de espera para consulta, los aspectos que mayor influencia ejerce en la evaluación (Ramírez de la Roche, 2005). Así mismo, un ingreso económico mayor, en diversas investigaciones, también confiere una capacidad mayor para el establecimiento de comparación y crítica de los servicios de salud (Bronfman, 2003). Lo que deja paso a una mayor investigación de la percepción que tiene el paciente hacia la atención recibida en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Gustavo A. Madero, e identificar si el grado de estudios y ocupación afectan la percepción presentada en este estudio. Estos resultados se cotejan en algunos aspectos a los reportados por Ortiz y cols., donde los pacientes de una clínica del estado de Hidalgo mostraron una satisfacción percibida del 71.37 %, siendo los principales factores asociados a una insatisfacción el tiempo de espera de recibir atención médica, una mala exploración física y un mal trato por parte del personal, además de otros factores que incrementaron los niveles de insatisfacción como los procedimientos tediosos y complejos recibidos durante la atención médica, el desinterés y el maltrato a los pacientes (Ortiz, *et al.* 2003). Los resultados de Ortiz y la presente investigación tienen similitud con las conclusiones de Ramírez-Sánchez, el cual determina que la

percepción positiva de la calidad en los servicios de salud está relacionada con un trato adecuado por parte del personal, tiempos adecuados de espera y exámenes y exploraciones físicas adecuadas. (Ramírez-Sánchez, 1998) Al igual que las conclusiones realizadas por Ramírez-Sánchez, estos factores, fueron los elementos principales que contribuyeron a la insatisfacción en esta investigación, y en el estudio realizado por Febres y cols. (Febres, *et al.* 2020) donde se identificaron los puntos críticos que repercuten en la percepción de la calidad de la atención médica, siendo los largos tiempos de espera, la dificultad para solicitar consulta y el surtimiento inadecuado de medicamentos, los principales. (Febres, *et al.* 2020) Es importante mencionar que la buena percepción de la calidad de la atención médica, brinda a los pacientes un incremento en su confianza y el valor que el paciente le brinda a la institución que lo atiende, llevando a que el paciente acuda con mayor frecuencia a solicitar los servicios de salud e incrementando la oferta de atención, reduciendo las consecuencias de un mal cuidado de ciertas enfermedades crónicas, además de reducir los costos de la atención por el factor preventivo.

CONCLUSIONES

El nivel de percepción de la calidad de la atención médica por parte de los pacientes que acuden a consulta a la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Gustavo A. Madero fue excelente, con un 92.25 % de percepción positiva en la atención médica. Siendo las dimensiones de confiabilidad y empatía las que tuvieron mayor nivel de calidad percibida por los pacientes, 99.49 % y 99.56 % respectivamente, mientras que la dimensión de accesibilidad fue la que obtuvo la menor puntuación de 68.35 %. La dimensión más afectada en cada turno fue la dimensión de accesibilidad. Mientras que el perfil de los pacientes a tener una muy mala percepción y mala percepción en algún indicador, fue mayor en el caso de mujeres que hombres, 2.99 mujeres por cada hombre respecto a muy mala percepción, y 2.33 mujeres por cada hombre con mala percepción en los indicadores medidos, además, quienes tienden a tener estos tipos de percepción, son mayoritariamente pertenecientes al grupo de nivel de estudios superior. Mientras que por grupo de edad, el grupo de 51 a 60 años obtuvo la mayoría de casos con muy mala percepción en los indicadores, con 79 casos, seguido del grupo de 31 a 40 años con 70 casos, ambos desde un total de 285 casos, así mismo, el grupo de edad de 31 a 40 años fue el que obtuvo la mayoría de casos con mala percepción en los indicadores con 69 casos, seguido del grupo de edad de 51 a 60 años con 68 casos, ambos desde un total de 256 casos con mala percepción en los indicadores medidos. En la actualidad, una de las estrategias utilizadas para reducir la desigualdad en la sociedad ha sido el desarrollo de múltiples estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud. El concepto de calidad en la salud ha sido por mucho tiempo un término abstracto, objetivo y subjetivo, no obstante, esta deriva de la función de múltiples dimensiones que se encuentran influidas por diversos aspectos sociodemográficos y culturales, como la escolaridad y la ocupación. La percepción de la calidad es resultado de un proceso cognitivo de información, que media entre las expectativas del usuario y lo que es proporcionado por los diversos servicios sanitarios, por lo que, en este sentido, la calidad de la atención está directamente relacionado con el contenido directo e indirecto de la consulta, como la duración, las acciones clínicas de diagnóstico y revisión, la organización y estructura de las diferentes áreas, la evaluación de la tangibilidad de los aspectos y el trato humano al paciente. En conjunto los instrumentos

SERVQUAL y Likert, evalúan de forma objetiva la calidad en esta investigación basada en el nivel de percepción de la calidad de los pacientes, obteniendo una mediana calidad con diversas áreas de oportunidad. De acuerdo con estos resultados, es importante que el sistema de salud implemente estrategias que busquen mejorar los servicios de atención para brindar una atención oportuna y de calidad a los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghamolaei T, Eftekhaari TE, Rafati S, Kahnouji K, Ahangari S, Shahrzad ME, Kahnouji A, Hoseini SH. Service quality assessment of a referral hospital in Southern Iran with SERVQUAL technique: Patients' percepción. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 322
- Al Fraihi KJ, Famco D, Famco F, Latif SA. Evaluation of outpatient service quality in Eastern Saudi Arabia: Patient's expectations and percepción. *Saudi Med J* 2016; 37: 420–428
- Alazri MH, Neal RD. The association between satisfaction with services provided in primary care and outcomes in Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine* 2003; 20(6): 486–490
- Almeida M, Pacheco S, Krebs S, Oliveira AM, Samelli A, Molini-Avejonas DR, Toldra RC, Oliver FC. Primary health care assessment by users with and without disabilities. *CoDAS* 2017; 29(5): e20160225
- Asubonteg P, Cleary K, Swan J. SERVQUAL revisited: a critical review of service quality. *J Serv Market* 2006;10:62-81
- Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? 2004 Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>
- Balasubramanian BA, Cohen DJ, Jetelina KK, Dickinson M, Davis M, Gunn R, Gowen K, deGruy FV, Miller BF, Green LA. Outcomes of integrated behavioral health with primary care. *Journal of the American Board of Family Medicine* 2017; 30, 130-139. doi: 10.3122/jabfm.2017.02.160234
- Berra S, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Rajmil L, Borrell C, Starfield B. Properties of a short questionnaire for assessing Primary Care experiences for children in a population survey. *BMC Public Health* 2011; 11: 285
- Bitner M, Hubert A. Encounter Satisfaction Versus Overall Satisfaction Versus Quality”, en R.T. Rust y R.L. Editorial Oliver : Service Quality: New Directions in Theory and Practice. (1994); 72-94
- Bronfman MN, López-Moreno S, Magis Rodríguez C, More- Altamirano A, Rutstein S. Atención prenatal en el primer nivel de atención: características

de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. México. *Revista de Salud Pública México* 2003; 45:445-454

- Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, Mead N, Safran DG, Roland M. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001; 323(7316), 784
- Campbell JL, Ramsay J, Green J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients assessments of primary health care. *Quality in Health Care* 2001;10(2): 90–95
- Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med* 2002; 14(3): 236- 349
- Chang JT, Hays RD, Shekelle PG, MacLean CH, Solomon DH, Reuben DB, Roth CP, Kamberg CJ, Adams J, Young RT, Wenger NS. Patients 110 Global Ratings of Their Health Care Are Not Associated with the Technical Quality of Their Care. *Annals of Internal Medicine* 2011; 144(9), 665-672
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. Ciudad de México; 2014: CONEVAL
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (CONEVAL). Encuesta Nacional de Gasto e Ingresos de los Hogares. Comunicado de Prensa No. 10, 5 de agosto de 2019 CDMX; 2019: CONEVAL
- Crosby Philip. "Quality and me". Mexico: Editorial Prentice Hall Hispanoamérica 2000; 201
- Cruz Y. Alternativas de seguridad social en México. *Horizontes de la Contaduría de Ciencias Sociales* 2017(3)6: 19-29
- D'Avila OP, da Silva Pinto LF, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. The use of the Primary Care Assessment Tool (PCAT): an integrative review and proposed update. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017;22(3): 855-865
- Donabedian, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Rev Calidad Asistencial* 2011; 16: 11-27
- Du Z, Liao Y, Chen C, Hao Y, Hu R. Usual source of care and the quality of primary care: a survey of patients in Guangdong province, China. *International Journal for Equity in Health* 2015; 14: 60

- Dullie L, Meland E, Hetlevik O, Mildestvedt T, Gjesdal S. Desarrollo y validación de una versión malawiana de la herramienta de evaluación de atención primaria. *BMC Family Practice* 2018; 19: 63
- Evans James R, William M. Lindsay. Administration and Quality Control. Mexico. Grupo Editorial Iberoamerica. 1995; 97
- Fatima I, Humayun A, Anwar MI, Iftikhar A, Aslam M, Shafiq M. How Do Patients Perceive and Expect Quality of Surgery, Diagnostics, and Emergency Services in Tertiary Care Hospitals? An Evidence of Gap Analysis From Pakistan. *Oman Med J* 2017; 32: 297–305
- Febres R, Mercado M. Patient satisfaction and quality of care of the internal medicine service of Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo – Perú. *Rev Fac Med Hum* 2020; 20(3):397-403
- Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Management Review* 1997; 22: 74-89
- Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Percepción, OECD Publishing 2015 (Internet). Disponible en: <https://doi.org/10.1787/9789264233386-en>
- Gilmore C, Morales H. Manual de Gerencia de la Calidad. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1996. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3155>
- Ginebra J, Arana de la Garza R. Dirección por servicio. México. McGraw-Hill.1999; 189
- Gobierno de México Plan nacional de desarrollo 2000-2006
- Golshan S, Feizy T, Tavasoli S, Basiri A. Service quality and urolithiasis patient adherence. *Int J Heal Care Qual Assur* 2019; 32: 2–10
- Golshan S, Feizy T, Tavasoli S, Basiri A. Service quality and urolithiasis patient adherence. *Int J Heal Care Qual Assur* 2019; 32: 2–10
- Gómez RD. Atención primaria de salud y políticas públicas. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2011; 26(3):283–93
- González-Block MA, Nigenda G, Téllez M, Trejo B, González LM, Herrera C, et al. Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud 2007. Resumen ejecutivo. Cuernavaca: Secretaría de Salud/ Instituto Nacional de Salud Pública, 2008

- Goula A, Stamouli MA, Alexandridou M, Vorreakou L, Galanakis A, Theodorou G, Staurooulos E, Kelesi M, Kaba E. Public Hospital Quality Assessment. Evidence from Greek Health Setting Using SERVQUAL Model. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18:3418
- Gronros C. Marketing de Servicios. España. Editorial Díaz Santos. 1994; 37
- Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, Brunelle Y, Gauthier J, Goulet F, Rodrigue J. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Annals of Family Medicine* 2008; 6(2):116–123
- Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. *Cadernos de Saude Publica* 2006 ;22(8):1649–1659
- Hercos B, Berezovsky A. Quality of the ophthalmological service to outpatients of the public and private healthcare systems. *Arq Bras Oftalmol* 2017; 80: 350–354
- Howard, J.A, Sheth, J.N. The Theory of Buyer Behavior. Nueva York: Willey 1999. Disponible en: <https://www.worldcat.org/title/theory-of-buyerbehavior/oclc/33508>
- [Hu R, Liao Y, Du Z, Hao Y, Liang H, Shi L. Types of health care facilities and the quality of primary care: a study of characteristics and experiences of Chinese patients in Guangdong Province, China. *BMC Health Services Research* 2016; 16: 335](#)
- [Hung K, Jerng J. Time to have a paradigm shift in health care quality measurement. *Journal of the Formosan Medical Association* 2014; 113: 673-9](#)
- Jonkisz A, Karniej P, Krasowska D. The Servqual Method as an Assessment Tool of the Quality of Medical Services in Selected Asian Countries. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19:7831
- Juran J. Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Editorial Díaz Santos. 1990; 5
- Knaul, F et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico *The Lancet* 2012; 380: 9849: 1259- 1279

- Kringos DS, Boerma W, Hutchinson A, Van der Zee J, Groenewegen P. The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research* 2010; 10, 65
- Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. La Seguridad Social en México, 2006. (Internet). Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2493/4.pdf>
- Laurell A. El Impacto del Seguro Popular sobre el Sistema de Salud Mexicano. Xalapa: CLACSO Instituto de Salud Pública de la UV 2015.
- Laurell AC, Giovanella L. Health Policies and Systems in Latin America. Online Publication Date: Jun 2018. DOI: 10.1093/acrefore/9780190632366.013.60
- Lee MA, Yom YH. A comparative study of patients' and nurses' perception of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 545–555
- Ley General de Salud. Artículo 54. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 2006. Artículos 2, 3, 4 y 13
- Li L, Zhong C, Mei J, Liang Y, Li L, Kuang L. Effect of family practice contract services on the quality of primary care in Guangzhou, China: a cross-sectional study using PCAT-AE. *BMJ Open* 2018; 8(11), e021317
- Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Social Science and Medicine* 1982; 16: 583-589
- McCollum R, Chen L, Chen-Xiang T, Liu X, Starfield B, Jinhuan Z, Tolhurst, R. Experiences with primary healthcare in Fuzhou, urban China, in the context of health sector reform: A mixed methods study. *International Journal of Health Planning and Management* 2014; 29, e107–e126
- Mira J.J, Aranz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 2000. 114 (Supl. I 3): 26-33
- Mohammadi A, Mohammadi J. Evaluating quality of health services in health centres of Zanjan district of Iran. *Indian J Public Heal* 2012; 56: 308–313

- Mukiapini S, Bresick G, Sayed AR, Le Grange C. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* 2018; 10(1), a1458
- Muldoon L, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Shortt M. Community orientation in primary care practices-- Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study. *Canadian Family Physician* 2010; 56: 676-83
- Nadi A, Shojaee J, Abedi G, Siamian H, Abedini E, Rostami A. Patients' Expectations and Percepción of Service Quality in the Selected Hospitals. *Med Arch* 2016; 70: 135–139
- Naqavi MR, Refaiee R, Baneshi MR, Nakhaee N. Analysis of Gap in Service Quality in Drug Addiction Treatment Centers of Kerman, Iran, Using SERVQUAL Model. *Addict Heal* 2015; 6:85-92
- Nigenda-López G, Juárez C, Ruiz JA, Duarte MB, Bonilla P, Aguilar E, *et al.* Evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2006-2007. Cuernavaca: Secretaría de Salud/ Instituto Nacional de Salud Pública, 2008
- Okuyama K, Akai K, Kijima T, Abe T, Isomura M, Nabika T. Effect of geographic accessibility to primary care on treatment status of hypertension. *PloS one* 2019; 14(3):e0213098. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213098>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención Primaria de Salud. 2021 (Internet). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/primary-health-care>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención Primaria de Salud: proyecto de marco operacional. Atención Primaria de Salud: transformar la visión en acción. 2019. 146ª reunión. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_5-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de la salud, 2008. Disponible en: <https://www.observatoriorh.org/sistemas-de-salud-basados-en-la-atencion-primaria-de-salud-estrategias-para-el-desarrollo>

- Ortiz R, Muñoz S, Lechuga D, Torres E. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según opinión de los usuarios. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2003; 13 (4): 229- 238
- Palacios H. El Derecho a los Servicios Públicos Domiciliarios. Colombia Derecho, Vigente. 2000;157
- Parasuraman A, Berry Leonard L, Zeithaml Valerie A. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing* 1991; 67(4):1-19
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Berry Source J Mark* 1985; 49: 41–50
- Parasuraman A, Berry L, Zeithaml K, Valerie A. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing* 1993; 67:4
- Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer percepción of service quality. *Retail Crit Concepts* 2002, 64, 140
- Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. En: Attkisson, C. y Pascoe, G. editions. U.S.A. Patient satisfaction in health and mental health services. *Evaluation and Program Planning*. 1983; 185-210
- Petersen JJ, Paulitsch MA, Mergenthal K, Gensichen J, Hansen H, Weyerer S, Riedel-Heller SG, Fuchs A, Maier W, Bickel H, König HH, Wiese B, van den Bussche, H, Scherer M. Implementation of chronic illness care in German primary care practices--how do multimorbid older patients view routine care? A cross-sectional study using multilevel hierarchical modeling. *BMC Health Services Research* 2014; 14: 336
- Priego-Álvarez H, Meneses-Hernández JL, López-Naranjo JI. Calidad percibida y nivel de confianza con los servicios médicos de la CMF Casa Blanca del ISSSTE. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 2006; 12(32):17-22
- Puig A, Pagán JA, Wong R. Assesing quality across health care subsys-tems in Mexico. *J Ambul Care Manage* 2009;32(2):123-131

- Qolipour M, Torabipour A, Khiavi FF, Malehi AS. Assessing Medical Tourism Services Quality Using SERVQUAL Model: A Patient's Percepción. *Iran J Public Health* 2018, 47, 103–110
- Ramírez de la Roche O, López-Serrano A, Barragán-Solís A, Arce-Arrieta E. Satisfacción del usuario en una unidad de medicina familiar de una institución de seguridad social de la ciudad de México. México. *Archivos de Medicina Familiar* 2005; 7:25: 22-26
- Ramírez J. Percepción del usuario sobre la calidad de la atención en los servicios de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en la Ciudad de Durango, DGO. 2011 (Tesis Digital). Disponible en: https://repositorio.unam.mx/contenidos/ficha/percepción-del-usuario-sobre-la-calidad-de-la-atencion-en-los-servicios-de-la-clinica-de-medicina-familiar-del-issste-en-389947?c=r3A7Rw&d=false&q=*&i=4&v=1&t=search_0&as=0
- Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: percepción de los usuarios. *Salud Pública Mex* 1998; 40: 3-12. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>
- Ramsay J, Campbell JL, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): Tests of data quality and measurement properties. *Family Practice* 2001; 17(5), 372–379
- Rezaei S, Hajizadeh M, Zandian H, Fathi A, Nouri B. Service quality in Iranian hospitals: A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran* 2018; 32: 344–351
- Riba C. Diseño Concurrente. Barcelona: Editorial UPC. 2002; 191
- Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, Berra S, Gotsens M, Borrell C. Assessment of primary care in health surveys: a population percepción. *European Journal of Public Health* 2012;22(1):14–19
- Roy A, Van Der Weijden T, De Vries N. Predictors and consequences of rural clients' satisfaction level in the district publicprivate mixed health system of Bangladesh. *Glob Heal Res Policy* 2017; 2:31
- Ruiz-Olalla C. Gestión de la calidad del servicio. 2001 (Internet). Disponible en: <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>

- Secretaria de Salud. Atención Primaria de Salud integral e integrada, APS-I Mx: La propuesta metodológica y operativa. 2021. (Internet). Disponible en: http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf
- Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice* 2001; 50(2):161-175
- Shi L, Starfield B, Xu J, Politzer R, Regan J. Primary Care Quality: Community Health Center and Health Maintenance Organization. *Southern Medical Journal* 2003; 96(8), 787-795
- Starfield B, Shi L, Grover A, Macinko J. The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Affairs* 2005;W507-W510
- Swan, J.E, Trawick, I.F, Carroll, M.G. Satisfaction Related to Predictive, Desired Expectations: A Field Study. *NA – Advances in Consumer Research* 2002; 8: 77 – 82. Disponible en: <https://www.acrwebsite.org/volumes/9790/volumes/v08/NA-08>
- Tsai J, Shi L, Yu W, Lebrun LA. Usual Source of Care and the Quality of Medical Care Experiences. *Medical Care* 2010; 48: 628–634
- Vafae-Najar A, Nejatadegan Z, Pourtaieb A, Kaffashi S, Vejdani M, Molavi-Taleghani Y, Ebrahimipour H. The quality assessment of family physician service in rural regions, Northeast of Iran in 2012. *Int J Heal Policy Manag* 2014; 2,:137–142
- Van Leeuwen L, Quick S, Daniel K. The Sport Spectator Satisfaction Model: A Conceptual Framework for Understanding the Satisfaction of Spectators. *Sport Management Review* 2002; 5(2): 99 – 128
- Wang HX, Wang JJ, Wong SS, Wong, M, Li FJ, Wang PX, Zhou ZH, Zhu CY, Griffiths SM, Mercer SW. Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: Cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. *BMC Medicine* 2014; 12:188
- Wang W, Shi L, Yin A, Mao Z, Maitland E, Nicholas S, Liu X. Contribution of primary care to health: an individual level analysis from Tibet, China. *International Journal for Equity in Health* 2015; 14: 107

- Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, Frey WG, Sox CH, Gaudette C, Rockwell A. Continuity of Outpatient Medical Care in Elderly Men, A Randomized Trial. *JAMA* 1984;252: 2413-2417
- Westbrook, R.A. Sources of Consumer Satisfaction with Retail Outlets. *Journal of Retailing* 2007; 57(3): 68-85
- William B. Martin I. Servicios de calidad al cliente: la cortesía en el trabajo. México: Editorial Trillas;1991; 67
- Williams B. Patient Satisfaction: A Valid Concept? *Social Science & Medicine* 1994; 38(4):509-516
- World Health Organization. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008
- Yin J, Wei X, Li H, Jiang Y, Mao C. Assessing the impact of general practitioner team service on perceived quality of care among patients with non-communicable diseases in China: A natural experimental study. *International Journal for Quality in Health Care* 2016; 28(5): 554–560
- Zamora-Calvo P . Manual del participante del curso calidad en el servicio. México. Ibal-pe. Editores. 2000
- Zastowny T, Roghmann, KJ, Hengst, A. Satisfaction with Medical Care: Replications and Theoretic Reevaluation. *Medical Care* 1983; 21(3), 294-322
- Zeng J, Shi L, Zou X, Chen W, Ling L. Rural-to-Urban Migrants' Experiences with Primary Care under Different Types of Medical Institutions in Guangzhou, China. *PLoS ONE* 2015; 10(10): e0140922

ANEXOS

| | | Totalmente en desacuerdo (TD) | Desacuerdo (D) | Ni de acuerdo ni en desacuerdo (ND) | Acuerdo (A) | Totalmente de acuerdo (TA) | Respuestas | | | | | Total | Edad de paciente | | | | | | |
|------|---|-------------------------------|----------------|-------------------------------------|-------------|----------------------------|------------|-----|-----|-----|-----|-------|------------------|------------------|-------|-------|-------|-------|------|
| | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 18-25 | 26-30 | 31-40 | 41-45 | 46-50 | 51-60 | > 60 |
| | | | | | | | | | | | | | | Sexo de paciente | | | | | |
| C-1 | Se ofrece simpatía y confiabilidad por parte del personal en el manejo de problemas con el servicio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 14 | 352 | 366 | 2 | 23 | 91 | 61 | 52 | 103 | 34 |
| C-2 | Se otorga la consulta médica en el tiempo establecido y en duración adecuada | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 15 | 351 | 366 | Sexo de paciente | | | | | | |
| C-3 | La atención médica fue precisa y correcta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 2 | 364 | 366 | Hombre | | 108 | | | | |
| C-4 | Se brindó un servicio médico de calidad y confiable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 6 | 360 | 366 | Mujer | | 258 | | | | |
| E-1 | Se brindó una atención personalizada a la necesidad particular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 3 | 363 | 366 | Escolaridad | | | | | | |
| E-2 | El interés del médico se centró en el paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 19 | 347 | 366 | P | SE | MS | S | PO | Total | |
| E-3 | El servicio médico fue de manera comprensiva al paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 8 | 358 | 366 | 0 | 0 | 14 | 343 | 9 | 366 | |
| E-4 | La atención del médico fue respetuosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 2 | 364 | 366 | Turno | | | | | | |
| CR-1 | Hubo prontitud para resolver problemas de salud y atención | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 28 | 338 | 366 | Mañana | | 311 | | | | |
| CR-2 | El personal de atención médica se mostró dispuesto a ayudar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 2 | 364 | 366 | Vespertino | | 55 | | | | |
| CR-3 | Se mantuvo a los pacientes informados sobre cuando se realizarían los servicios de atención médica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 3 | 363 | 366 | | | | | | | |
| CR-4 | El tiempo de espera para la atención médica fue el adecuado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 7 | 359 | 366 | | | | | | | |
| A-1 | Se puede agendar fácilmente una cita para atención médica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 253 | 102 | 11 | 0 | 0 | 366 | | | | | | | |
| A-2 | Hay facilidad de acceso a los servicios de atención médica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 32 | 154 | 180 | 0 | 0 | 366 | | | | | | | |
| A-3 | El personal de atención médica se presenta accesible al paciente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 1 | 20 | 345 | 366 | | | | | | | |
| A-4 | Fácilmente se puede externar y resolver cualquier inquietud o eventualidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | 361 | 366 | | | | | | | |
| AT-1 | Las instalaciones y material son adecuados para la atención médica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 3 | 125 | 238 | 366 | | | | | | | |
| AT-2 | El mobiliario se encuentra en buen estado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 2 | 261 | 103 | 366 | | | | | | | |
| AT-3 | El personal de atención médica se presenta con apariencia limpia y pulcra | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 8 | 358 | 366 | | | | | | | |
| AT-4 | Las instalaciones se encuentran limpias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 7 | 359 | 366 | | | | | | | |