



# BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

## FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**Factores asociados a la percepción de la calidad por los usuarios de la consulta externa, en la clínica de Medicina Familiar y EQ ISSSTE a través del modelo SERVPREF en Tampico, Tamaulipas en marzo del 2023.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**Presenta:**

**L.E.I Paola Victoria López Estrada**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**M.A.S.S. Carlos Omar Muñoz Guarneros**

**CODIRECTOR:**

**Dra. Irma Pérez Contreras**

**REVISOR:**

**D.ED. Lis Rosales Báez**

**FECHA Y LUGAR**

**Heroica Puebla de Zaragoza, abril del 2023**



GOBIERNO DE  
MÉXICO



NUEVO  
ISSSTE  
INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

## DICTAMEN

CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ESPECIALIDADES Y QUIROFANO ISSSTE TAMPICO.

Nº DE OFICIO/136/ENS/2023.

ASUNTO: ACEPTACION DE PROTOCOLO.

24 DE FEBRERO 2023.

L.E. PAOLA VICTORIA LOPEZ ESTRADA  
PRESENTE:

POR MEDIO DE ESTE CONDUCTO NOS DIRIGIMOS A USTED EN RESPUESTA A SU PETICION QUE REALIZÓ EL 06 DE FEBRERO DEL AÑO EN CURSO EN LA QUE NOS SOLICITA AUTORIZACION PARA QUE SE LE PERMITA APLICAR LA ENCUESTA SERVPREF A LOS PACIENTES QUE ACUDAN A LA CONSULTA EXTERNA DURANTE LA PRIMERA SEMANA DEL MES DE MARZO DEL 2023, PARA RECOLECTAR INFORMACION PARA EL PROYECTO:

"FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCION DE LA CALIDAD POR LOS USUARIOS DE LA CONSULTA EXTERNA, EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE A TRAVES DEL MODELO SERVPREF EN TAMPICO, TAMAULIPAS EN MARZO DEL 2023"

ASESORADA POR M.A. CARLOS OMAR MUÑOZ GUARNEROS, DRA. IRMA PEREZ CONTRERAS Y D.C. ED. LIS ROSALES BAEZ.

HA SIDO: APROBADA.

POR LO CUAL PODRAN INICIAR SU RECOLECCION DE DATOS EL DIA MIERCOLES 01 DE MARZO DEL 2023.

SIN OTRO PARTICULAR POR EL MOMENTO RECIBA UN AFECTUOSO SALUDO:

ATENTAMENTE:

DR. MARIO H. WONG BARRAGAN  
PRESIDENTE

DR. ROBERTO GUTIERREZ MEDINA  
SECRETARIO TECNICO

DRA. MIRNA RUTH MERCADO CABRERA  
VOCAL

DRA. JOSEFINA MOJICA OBRADOR  
VOCAL

QFB. MYRNA ACUÑA RIVERA  
VOCAL

L.E. OLIBIA MARTINEZ TREJO  
VOCAL



## **Agradecimientos**

Agradezco principalmente a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), por haberme aceptado como su alumna en este grandioso programa de Maestría, permitiéndome pertenecer a una de las mejores escuelas de México, llevándome a conocer la hermosa ciudad de Puebla.

Agradezco a mi familia ISSSTE me dio la oportunidad de crecer tanto profesional, como personalmente al vivir la experiencia de obtener esta beca de tiempo completo, y aceptando desarrollar mi proyecto de investigación para la obtención de mi grado.

A mis compañeras y amigas de trabajo, que a la distancia me brindaron su apoyo y palabras de aliento, extrañe trabajar cada semana a su lado.

## **Dedicatoria**

A mi pareja Iván Maya, te dedico las 11,765 palabras que se encuentran en este documento, que son incomparables con las que compartimos estos últimos 2 años, sin tu apoyo y aliento, esta etapa tan bella no hubiera sido posible. Deseo que, al pasar de los años, los recuerdos de nuestro éxito en este grado y esta dedicatoria sean una muestra más de nuestro amor.

A mi padre, por ser el ejemplo más grande de fortaleza.

## Índice

1.	Introducción .....	1
1.1	Antecedentes Generales.....	1
1.2	Antecedentes Específicos .....	4
2.	Justificación .....	10
3.	Planteamiento del Problema .....	10
4.	Hipótesis Científica .....	11
5.	Objetivos.....	12
5.1	Objetivo General .....	12
5.2	Objetivos Particulares .....	12
6.	Material y métodos.....	12
6.1	Diseño del Estudio .....	12
6.2	Ubicación espacio-temporal .....	12
6.3	Estrategia de trabajo .....	13
6.4	Muestreo.....	13
6.4.1	Definición de la unidad de población.....	13
6.4.2	Selección de la muestra .....	13
6.4.3	Criterios de selección de las unidades de muestreo.....	14
6.4.3.1	Criterios de inclusión .....	14
6.4.3.2	Criterios de exclusión .....	14
6.4.3.3	Criterios de eliminación .....	14
6.4.4	Diseño y tipo de muestreo.....	14
6.4.5	Tamaño de la muestra.....	14
6.5	Definición de las variables y escalas de medición .....	15
6.6	Método de recolección de datos.....	16
6.7	Técnicas y procedimientos.....	19
6.8	Análisis de datos .....	19
6.9	Diseño estadístico.....	19
6.9.1	Hipótesis estadística .....	20
7.	Logística.....	20
7.1	Recursos humanos .....	20
7.2	Recursos materiales.....	20
7.3	Recursos financieros.....	20
7.4	Bioética .....	20
8.	Resultados.....	22
9.	Discusión .....	52
10.	Conclusiones.....	39

Limitaciones.....	40
Fortalezas.....	41
11. análisis F.O.D.A.....	42
12. Propuestas de Mejora.....	44
13. Referencias.....	47
14. Anexos.....	51
Anexo 1. Consentimiento Informado.....	53
Anexo 2. Instrumento Adaptado.....	53

## Índice de tablas

Tabla 1. Distribución del personal CMF Y EQ TAMPICO	
Turno: Matutino.....	Pág. 5
Tabla 2. Distribución del personal CMF Y EQ TAMPICO	
Turno: Vespertino.....	Pág. 6
Tabla 3. Definición de variables.....	Pág. 15
Tabla 4. Áreas evaluadas por el Instrumento SERVPREF.....	Pág. 16
Tabla 5. Recomendaciones para la Adaptación de Escalas.....	Pág. 17
Tabla 6. Porcentajes por género de la población bajo estudio.....	Pág. 22
Tabla 7. Característica de la edad de la muestra.....	Pág.23
Tabla 8. Distribución de escolaridad con mayor frecuencia por sexo de la muestra.....	Pág.24
Tabla 9. Porcentajes de la variable “Estado civil” de los participantes.	
Tabla 10. Prueba de normalidad.....	Pág.25
Tabla 11. Distribución de calificaciones otorgadas.....	Pág.28
Tabla 12. Correlación de variable edad de la población.....	Pág.29
Tabla 13. Correlación de variables edad/ labores del hogar con calificaciones otorgadas.....	Pág.29
Tabla 14. Correlación de variables con respuestas al instrumento.....	Pág.30
Tabla 15. Evaluación por dimensiones.....	Pág.31
Tabla 16. Distribución de calificación otorgada a la “amabilidad del médico” percibida.....	Pág.32
Tabla 17. Características de la población en ítem 6 que dio baja calificación.....	Pág.32
Tabla 18. Calificaciones otorgadas a ítem 10. Amabilidad del personal no sanitario (Administrativos, farmacia, etc.).....	Pág.33
Tabla 19. Escolaridad de participantes del ítem 10 que dieron baja calificación.....	Pág.34
Tabla 20. Calificaciones otorgadas al ítem 12.....	Pág.34
Tabla 21. Calificaciones otorgadas al ítem 19.....	Pág.35
Tabla 22. Calificaciones otorgadas al ítem 20.....	Pág.35
Tabla 23. Escolaridad de participantes del ítem 20	

que dieron baja calificación.....	Pág.36
Tabla 24. Escolaridad de participantes del ítem 22	
que dieron baja calificación.....	Pág.37



## Indicé de Figuras

Figura 1. Historia de la certificación de las Instituciones Mexicanas.....	Pág. 3
Figura 2.Histograma de la distribución de la edad de los participantes.....	Pág.22
Figura 3. Porcentajes por ocupación de los participantes.....	Pág.23
Figura 4. Porcentajes por categorías de escolaridad de la población participante.....	Pág.25
Figura 5. Comportamiento de las calificaciones otorgadas.....	Pág.27
Figura 6. Q-Q Normal de la mediana de las calificaciones.....	Pág.27
Figura 7. Distribución de la variable edad respecto a la calificación otorgada.....	Pág.29
Figura 8. Porcentaje de calificaciones otorgadas en ítem 10 .....	Pág. 33
Figura 9. Porcentaje de calificaciones otorgadas en ítem 22.....	Pág.36

## Abreviaturas

---

<b>APS</b>	Atención primaria de salud
<b>COCASEP</b>	Comité De Calidad y Seguridad en el Paciente
<b>CMF</b>	Clínica de medicina familiar
<b>DGED</b>	Dirección General de Evaluación del Desempeño
<b>ENSANUT</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
<b>EPS</b>	Examen periódico de salud
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>ISSSTE</b>	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
<b>NOM</b>	NORMA Oficial Mexicana
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>SERVPERF</b>	Servicie Performance

---

# 1. Introducción

## 1.1 Antecedentes Generales

Los Sistemas de Salud de los diferentes países del mundo, tienen como objetivo brindar una atención adecuada y de calidad. Pese a que cada país tiene sus propias normativas respecto al manejo de este sector, lo adaptan a su cultura y a diversos factores como necesidades sociales, demografía y por supuesto los estándares de calidad internacional.

El termino calidad es complejo debido a sus múltiples interpretaciones, de una manera muy general. El doctor Edwards Deming (1943) la definió como “Traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles, sólo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente”, de esta manera se le reconoce como uno de los pioneros en la implementación de la calidad del servicio de atención, implementando su modelo que evalúa la calidad a través de las áreas “procedimientos”, “estructura” y “resultados”, involucrando todos los departamentos que influían en la atención de la calidad (García-Fabila, 2018).

Algunos modelos sobre calidad parten de las enseñanzas japonesas planteadas por Ishikawa (1985) quien baso sus principios en las buenas prácticas de su metodología de las 5S o manufactura esbelta inspirado por las diversas conferencias impartidas por el Doctor Deming en Japón después de los años 50 , la manufactura esbelta tiene la función de mejorar continuamente los procesos, dando gran importancia a la calidad otorgada al proceso, creando una cultura alrededor de este además de una forma de vida para sus trabajadores, entregándose al trabajo tanto individual como en equipo de manera disciplinada (Piñero et al., 2018).

Un enfoque distinto es el que proporcionó Gronross, quien planteaba la calidad como el resultado de la percepción de los usuarios de un servicio, esta debía ser obtenida bajo el estudio de las expectativas de los consumidores, para su modelo la calidad estaba dividida en las dimensiones: La técnica (resultado obtenido) y la funcional (procesos), además de tomar en cuenta la representación que brinda la organización ante el usuario

(Paz Medina, 2019).

Existen instrumentos nacionalmente utilizados para la evaluación de la percepción del paciente, una parte importante que debe contemplar la calidad de la atención, uno de ellos es el SERVPERF (Service Performance) que evalúa este apartado, basado como se percibe la experiencia medica vivida y busca eliminar las expectativas, este mantiene un alto índice de fiabilidad y fue creado como un sustituto a la evaluación de SERVQUAL, de este misma manera, mantiene 22 afirmaciones ya contenidas en este, que evaluaran un poco de la estructura del establecimiento y el trato brindado. Esta evaluación se realiza de una manera más concreta que se antecesor, y a diferencia de este, tiene un alto grado de fiabilidad manteniendo un coeficiente Alpha de Cronbach de 0,9098 y un Alpha estandarizado de 0.9238. (López Ramírez et al., 2021) Las áreas evaluadas son: Los elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía (Shafei, Walburg, & Taher, 2019).

México cuenta actualmente con un sistema de Salud fraccionado, teniendo en su sistema un área pública y una privada, que como sus nombres lo indican el sector público es exclusivo para aquellos que están afiliados a alguna institución encargada de proveerle seguridad médica y las personas que no cuentan con esta seguridad, y por otro lado encontramos el sector privado que está reservado para aquellos que deseen pagar por este servicio, ya sea de manera directa o mediante aseguradoras (Vera & Trujillo, 2018).

Puede decirse que la calidad en los Servicios de salud en el país de México es reciente, involucrando solamente las últimas cinco décadas en el avance de este planteamiento, los percusores fue el sector público comenzando con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) quienes, promovieron las iniciativas para la evaluación de la calidad de la atención a través de la certificación de los complejos de salud (Figura 1) Además México replanteo las políticas de salud abarcando estos cambios en los Planes de desarrollo donde se describen las necesidades de la población.

Figura 1. Historia de la certificación de las Instituciones

Inicios	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auditorias Médicas</li> <li>2. Círculos de calidad</li> </ol>	<p>IMSS (1950-1960)</p> <p>INPER (1985)</p>
Institucional	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Evaluación de la calidad Médica</li> <li>4. Financiamiento de proyectos de mejora continua</li> <li>5. Programa Integrado de Calidad</li> </ol>	<p>IMSS (1987)</p> <p>PASPA (1994)</p> <p>IMSS (1997)</p>
Sectorial	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Programa de mejora Continua de la calidad en la Atención Médica</li> <li>7. Cruzada Nacional por la calidad de los Servicios de Salud (CNCSS)</li> <li>8. INTRAGOB</li> <li>9. Sistema Integral de calidad en Salud</li> </ol>	<p>SS (1997-2000)</p> <p>SS (2001-2006)</p> <p>2000-2006</p> <p>SS (2007-2012)</p>

Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). Secretaría de Salud Federal (SS).

Mediante las diferentes propuestas en México, se ha logrado conducir al país por diferentes cambios, donde se inició incorporando organismos certificadores para evaluar la calidad, adaptar las normativas internacionales, hasta los más recientes modelos denominados “Gestores de calidad” donde se involucra la sociedad como calificadores externos de los programas que se encuentren activos (Juan López et al., 2012).

Los nuevos lineamientos garantizaban a las Instituciones públicas y privadas aminorar los costos en los procesos, debido a que bajo la reglamentación necesaria se creaban protocolos seguros que eran llevados a cabo en otras partes del mundo, reduciendo los gastos por materiales perdidos, el personal es capacitado según las necesidades del puesto, se reducían las posibles iatrogenias y se mantenía satisfecho a usuario del servicio (Haro-Alvarado et al., 2018).

Uno de los sectores altamente contemplados en los servicios de salud es la atención primaria de salud (APS) que se involucra directamente con la búsqueda de

bienestar en su máximo alcance, promoción y prevención de las enfermedades, así mismo contempla de manera integral el entorno en el que se desarrollan las sociedades. El principal de sus objetivos es la justicia social y la participación de sus integrantes, entendiendo que el primer contacto que tienen los usuarios con el personal de salud es determinante para la manera en la que estos serán percibidos, también esto influye en su apego al seguimiento de las instrucciones que se le brindaron (WHO,2021).

Algunas condicionantes que se encuentran en la APS que deterioran la percepción que se tiene sobre la calidad de los Servicios de Salud es la alta demanda de estos en el sector público, el tiempo que se le proporciona de manera individual a los usuarios también es un tema recurrente en los estudios de calidad, incluso siendo este un indicador de la misma, los usuarios demandan procesos de atención personalizada con amplios canales de comunicación con el personal de salud que los atiende (González-Quñones et al., 2014).

## **1.2 Antecedentes específicos**

El presente estudio se realizó en la clínica de Medicina familiar “B” ISSSTE en la ciudad de Tampico, ubicada actualmente en Ave Universidad 1704, Colonia Universidad Sur 89109 en Tampico, Tamaulipas. Las instalaciones fueron creadas en el año 2010 para atender a los derechohabientes del El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de la ciudad de Tampico, que al mes de septiembre de 2022 son un total de 85,776 derechohabientes compuestos por trabajadores, familiares de trabajadores, pensionado y familiares de pensionados, se encuentra dividida en dos turnos: matutino y vespertino.

En la fundación de este establecimiento se contempló que se brindarían servicios de primer nivel de atención, además de área de urgencias equipada con sala de espera, primer contacto de urgencias y salas aisladas en caso de ser necesario. también se posee la infraestructura para realizar intervenciones quirúrgicas menores y ambulatorias, actualmente estas dos áreas permanecen cerradas desde su fundación debido a que no se contaba con el personal suficiente ni capacitado.

Los trabajadores que pertenecen a estos establecimientos están distribuidos en

ambos turnos, pero no todos los servicios permanecen activos en ambos turnos (véase tabla 1 y 2).

*Tabla 1. Distribución del personal CMF Y EQ TAMPICO Turno: Matutino*

Servicio	Personal
Planificación familiar	1 medico 1 enfermera
Curaciones	1 enfermera
Vacunas	1 enfermera
Servicio dental	2 dentistas 1 enfermera
Fisiatría	1 fisiatra
Medicina preventiva	1 medico 1 asistente
Geriatría	1 medico 1 enfermera
Lactancia materna y niño sano	1 enfermera
Nutrición	1 nutrióloga
Farmacia	3 asistentes
Activación física	1 activador
Consulta externa (10 consultorios)	9 médicos activos 3 enfermeras 4 asistentes
Laboratorio	4 químicas 1 asistente
Radiografías	1 radióloga
Ecografía	1 medico
Diabetes por etapas	1 medico 1 enfermera
Trabajo social	1 trabajadora social
PrevenISSSTE	1 enfermera
Enseñanza	1 medico
Dirección	1 director Medico 1 subdirector Medico 1 jefa Recursos humanos 1 jefa de enfermería 4 asistentes

*Nota:* El matutino labora de lunes a viernes con un horario de 7:00 am a 1:30:pm, y cuenta con la siguiente distribución de personal en sus respectivos servicios.

*Tabla 2. Distribución del personal CMF Y EQ TAMPICO Turno: Vespertino*

Servicio	Personal
Planificación familiar	1 medico 1 enfermera
Curaciones	1 enfermera
Vacunas	1 enfermera
Servicio dental	2 dentistas 1 enfermera
Fisiatría	1 fisiatra
Medicina preventiva	1 medico 1 asistente
Geriatría	1 medico 1 enfermera
Lactancia materna y niño sano	1 enfermera
Nutrición	1 nutrióloga
Farmacia	3 asistentes
Activación física	Inexistente
Consulta externa (10 consultorios)	7 médicos 3 enfermeras 3 asistentes
Laboratorio	Inexistente
Radiografías	1 radiólogo
Ecografía	Inexistente
Diabetes por etapas	1 medico 1 enfermera
Trabajo social	Inexistente
PrevenISSSTE	1 enfermera
Enseñanza	Inexistente
Dirección	1 director Medico 1 subdirector Medico 1 jefa Recursos humanos 1 jefa de enfermería 2 asistentes

*Nota:* El vespertino labora de lunes a viernes comprendiendo un horario de 1:30 am a 8:00pm, y cuenta con la siguiente distribución de personal en sus respectivos servicios

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) se apega a lineamientos técnicos operativos del Comité De Calidad y Seguridad en el Paciente (COCASEP) para la evaluación de la calidad de sus delegaciones y establecimientos, esto a través de comités de ética previamente establecidos para las Instituciones del Sistema de Salud Mexicano (Salud, 2021). De



igual manera se integra la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) quien realiza evaluaciones contantes a las áreas operativas de los establecimientos de salud, de esta manera se identificar áreas de oportunidad (Gloria Hernández, 2019).

Las evaluaciones de la calidad han sido punto de partida para incontables mejoras en los servicios de salud, la cuantificación de esta percepción por parte de los usuarios ha tomado relevancia en las últimas décadas siendo un aporte significativo.

Los doctores Campos-Navarro et al., 2006 partieron de una manera diferente de comprobar la calidad que se brinda en la atención a los adultos mayores, realizaron una recopilación de información directa de estos, tomando una muestra de 50 derechohabientes que acudían a recibir el servicio de manera regular y aplicando una encuesta de satisfacción, encontrando que sufrían dificultades administrativas para recibir la atención, manifestando que requerían un trato más personalizado y cálido para ellos poder calidad el servicio como de calidad.

La calidad es el objetivo primordial en los estudios de la salud del mundo, en el 2015 en el país de Venezuela los investigadores Torres Samuel & Vásquez Stanescu, realizaron una investigación retrospectiva de este tema, tomando en cuenta todos los modelos de evaluación utilizados para la evaluación de la calidad, revisaron teorías y reconocieron sus similitudes y diferencias, la investigación comprendió literatura desde el año 1966 hasta el 2007, esto con la finalidad de redactar su propia clasificación y poder proponer una nueva forma de evaluación con un sustento fiable y con atributos valorables.

De igual manera en México también se realizaron investigaciones sobre los indicadores de calidad, en el 2015 en el estado de Xalapa, el investigador Gómez Mendoza et al., se enfocaron en los servicios Gerontológicos, quienes realizaron una investigación retrospectiva de estos indicadores, recabando los más conocidos del área geriátrica con la colaboración del personal de veintiún instituciones y se basaron en los estándares de calidad de México, su finalidad fue cumplida tras cuatro meses, publicando su investigación en el estado de Nuevo León diferenciando los indicadores que ellos consideran deben ser utilizados para estas evaluaciones.

De una manera muy parecida en Cuba en el 2018 y enfocados en el primer nivel, Alvarez Lauzarique et al., realizaron una investigación transversal aplicada en 77

Consultorios de Medicina Familiar y Grupos Básicos de Trabajo para conocer cuál era la importancia que se le daba a la atención a los adultos mayores, realizaron la aplicación de un mismo instrumento validado en ambas instituciones, para fines de la investigación decidieron valorar diferentes áreas en las mismas, evaluando en los Consultorios Médicos: Dispensalización, examen periódico de salud (EPS), vacunación e Interconsultas y en los grupos de trabajo las áreas evaluadas fueron la de multidimensional, Biomédica, Psicológica y Social. Sus resultados fueron poco esperados ya que en de los Consultorios Médicos incluidos la calidad no cumplió con los estándares que propusieron, en contra parte en los Grupos de Trabajo si se cumplió con los estándares de calidad.

El primer nivel de atención requiere una valoración constante y la calidad en las áreas rurales se ha convertido en objeto de estudio reciente, en el año 2018 en una zona rural de Colombia, Yépez Chamorro et al., decidieron indagar sobre la calidad percibida de estos servicios de salud, a través de un estudio cualitativo se invitaron a 28 participantes, los cuales fueron entrevistados sobre su conformidad. Por medio de los resultados pudieron constatar que en estas áreas de atención existen muchos limitantes como la dificultad de accesibilidad, estructura y seguimiento de las enfermedades de los usuarios. Se dio un visto bueno al trato del personal. Con estos estudios se busca realizar cambios significativos en el área rural.

Otro recurso utilizado para medir la percepción de la calidad de la atención es realizar comparaciones de las mediciones ya realizadas, como el estudio longitudinal realizado en los años 2012-2018 en México por Flores-Hernández et al., preocupados por la población indígena y no indígena en situación de pobreza, indagaron sobre la calidad de los servicios de salud que recibían en el primer nivel de atención, basados en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 -2018 analizaron los indicadores de calidad como la estructura, el proceso de atención que se brindaba, respuesta positiva a las enfermedades y satisfacción. Como resultado pudieron observar que a pesar de que la demanda del servicio aumento considerablemente, las opiniones positivas de este disminuyeron, pese a esto la percepción se mantuvo positiva.

Históricamente los instrumentos para evaluar la percepción de los usuarios respecto a la Calidad de la atención han sido utilizados como pieza fundamental para

realizar mejoras en todos los sistemas de salud, en 2012 en España (Gómez, Somoza, Einoder, Jiménez, & Feijoo, 2012), se aplicó el modelo SERVPREF que fue adaptado al ámbito de la salud con 22 ítems en un estudio descriptivo y transversal, donde seleccionaron su muestra de manera sistemática con una relación 1 de cada 5 asistentes a consulta, recabando un total de 132 participantes, obtuvieron como resultado que se percibía una buena calidad en el servicio.

Debido a la importancia de los estudios de la percepción de la calidad de la atención, Vázquez-Cruz et al., (2018) llevaron a cabo un estudio descriptivo y transversal en la ciudad de Puebla, México. Con motivo de evaluar la satisfacción percibida por los usuarios en cuanto a la prestación de los servicios en el primer nivel de atención, para ello, se utilizó nuevamente el instrumento de SERVPREF modificado para la salud que cuenta con 5 dimensiones, sobre una población de 395 personas, y de una manera eficiente encontraron que de manera general su unidad presentaba un 60% de satisfacción del usuario.

## 2. Justificación

Actualmente, cuando se habla de calidad en la Atención de la Salud es importante tomar en cuenta la perspectiva de la población que recibe el servicio, además, obtener la confianza de los usuarios es fundamental para que el proceso de información sea bidireccional y la retroalimentación del médico-paciente nos ayude a mejorar la atención que se brinda.

Mantener actualizada la información de este tema proporcionará los fundamentos necesarios para reformar la manera en que proporcionamos la atención en salud en el primer nivel de atención. Como hemos observado las demandas sobre los cambios requeridos por organizaciones internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud, nos llevarán a cumplir objetivos planteados desde hace décadas para cubrir las necesidades de la población, en materia de prevención.

La prevención es la pieza fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas y las áreas de consulta externa de las instituciones juegan un papel muy importante como parte del primer contacto de los usuarios de los Servicios, mejorar la calidad a través de los estudios que evalúan constantemente como se perciben el trato brindado, nos mostrara una perspectiva realista dándonos la oportunidad de encontrar acciones de mejora para nuestras Instituciones.

En la Clínica de Medicina Familiar “B” ISSSTE en Tampico, Tamaulipas no se cuenta actualmente con una certificación del área de consulta externa, pero existen Programas en Salud enfocados a mejorar continuamente la calidad, por lo cual es de nuestro interés mantener una constante supervisión de la calidad que se brinda por parte de esta institución, además de que la información recabada servirá para la observación de estos programas de salud ya que como institución pública se está comprometida con la salud de la población mexicana.

Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue identificar los factores asociados a la percepción de la calidad por los usuarios de la consulta externa, en la clínica de Medicina Familiar ISSSTE a través del modelo SERVPREF en Tampico, Tamaulipas en marzo del 2023.

### **3. Planteamiento del Problema**

El papel que interpretan los usuarios en las evaluaciones de la calidad ha ido en aumento en los últimos años, debido a que en la misión de las Instituciones de salud se contempla el progreso de las condiciones de los pobladores, promover la equidad, aminorar costos y contemplar los requerimientos de la sociedad, todo esto tomando en cuenta la situación laboral de sus trabajadores.

La literatura respalda, que el primer nivel de atención de los Servicios de Salud tiene varias funciones importantes sobre este, ya que en él se incorpora al paciente a un itinerario protocolizado, en respuesta a las necesidades de esa consulta, donde se puede o no referirse a los otros niveles de atención.

Desde la creación de Alta Ata, se planteó la atención de la salud como parte fundamental de una sociedad saludable, esto compromete a los Sistemas de Salud del mundo, esto responsabiliza a las instituciones a realizar aportaciones de temas con relevancia social y científica, por lo tanto y respondiendo a las necesidades de nuestro Sistema de Salud mexicano, esta investigación se compromete a otorgar información de importancia con la visión de crear mejoras apegadas a las políticas actuales de la Institución.

### **4. Hipótesis Científica**

La calidad percibida de los usuarios de la atención otorgada por parte del servicio de Consulta externa, en la clínica de Medicina Familiar ISSSTE a través del modelo SERVPREF en Tampico, Tamaulipas es medianamente satisfactoria.

#### **Hipótesis nula**

La calidad percibida de los usuarios de la atención otorgada por parte del servicio de Consulta externa, en la clínica de Medicina Familiar ISSSTE a través del modelo SERVPREF en Tampico, Tamaulipas no es satisfactoria.

## **5. Objetivos**

### **5.1 Objetivo General**

Analizar los factores asociados a la percepción de la calidad de los usuarios de la consulta externa, en la clínica de Medicina Familiar ISSSTE a través del modelo SERVOPREF en Tampico, Tamaulipas en marzo del 2023.

### **5.2 Objetivos Particulares**

- Identificar las variables sociodemográficas y biológicas de los usuarios que serán encuestados.
- Cuantificar el grado de percepción de los usuarios de la calidad mediante el modelo SERVOPREF.
- Determinar el grado de asociación entre las variables bajo estudio de los pacientes y el grado de percepción de la calidad.
- Presentar propuesta de mejora.

## **6. Material y métodos**

### **6.1 Diseño del Estudio**

El presente estudio es de tipo observacional, transversal, diagnóstico, con información prolectiva.

### **6.2 Ubicación espacio-temporal**

La investigación propuesta se realizó en la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tampico, ubicada en la dirección Avenida Universidad 1705 Colonia Universidad Sur, CP: 89109 en Tampico Tamaulipas, durante la primera semana del mes de marzo del año 2023.

## 6.3 Estrategia de trabajo

- Elaboración del protocolo de tesis.
- Registrar el protocolo de investigación ante la coordinación de investigación de la facultad de medicina.
- Obtención del consentimiento informado Institucional de las autoridades correspondientes.
- Identificación de la población de estudio.
- Aplicación de cuestionario propuesto.
- Recopilación de los datos.
- Cotejo y análisis de resultados.
- Elaboración de resultados.
- Elaboración de discusión
- Presentación de tesis.

## 6.4 Muestreo

### 6.4.1 Definición de la unidad de población

Pacientes que acudan a consulta externa de la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE, Tampico durante la primera semana del mes de marzo del año 2023.

### 6.4.2 Selección de la muestra

Cálculo de tamaño de muestras para poblaciones finitas, considerando los siguientes criterios.

$N$  = Población total de usuarios atendidos por semana en la consulta externa. (724 pacientes atendidos por semana)

$p$  = Prevalencia del grado de satisfacción prevista en usuarios del ISSSTE: 60%  
(0.60)

$$q = 1 - p \quad 40\% (0.40)$$

$$z = 1.96$$

$$E = 0.07\%$$

$\beta = 0.80$

Fórmula: 
$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Tipo de muestreo= Sistemático

### **6.4.3 Criterios de selección de las unidades de muestreo**

#### **6.4.3.1 Criterios de inclusión**

Pacientes derechohabientes que acudan a la consulta externa durante la semana bajo estudio, mayores de 18 años, hombres y mujeres y que deseen participar bajo consentimiento informado.

#### **6.4.3.2. Criterios de exclusión**

Pacientes derechohabientes que acudan a otros servicios, menores de edad y que no deseen participar.

#### **6.4.3.3. Criterios de eliminación**

Que contesten menos del 10 % de la encuesta.

#### **6.4.4. Diseño y tipo de muestreo**

Sistemático.

#### **6.4.5. Tamaño de la muestra**

La muestra de este estudio fue de 150 pacientes, más el 10% por no respuesta, siendo un total de 165 participantes.



## 6.5 Definición de las variables y escalas de medición

Tabla 3. Definición de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Estadístico.
<b>Grado de satisfacción</b>	Este verbo refiere a pagar lo que se debe, saciar un apetito, sosegar las pasiones del ánimo, cumplir con ciertas exigencias, premiar un mérito o deshacer un agravio.	Mediante el instrumento SERVPREF	<b>Cuantitativa</b>	<b>Continua</b>	<4.5 Insatisfecho  >4.5 Satisfecho
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Tiempo que ha transcurrido sobre una persona, al momento actual.	<b>Cuantitativa</b>	<b>Continua</b>	Años
<b>Género</b>	Conjunto de personas o cosas que tienen características generales comunes	Conjunto de características diferenciadas que cada sociedad asigna a hombres y mujeres.	<b>Cualitativa</b>	<b>Nominal</b>	1. Hombre 2. Mujer
<b>Escolaridad</b>	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Nivel de educación más alto que una persona ha terminado.	<b>Cualitativa</b>	<b>Ordinal</b>	1. No terminó la primaria. 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria. 5. Carrera técnica 6. Licenciatura. 7. Postgrado.
<b>Ocupación</b>	Actividad o trabajo.	Ocupación habitual, trabajo, profesión, cargo o función laboral.	<b>Cualitativa</b>	<b>Nominal</b>	1. Jubilado 2. Empleado 3. Emprendedor 4. Ama de casa 5. Otro
<b>Estado civil</b>	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia.	Se entiende por estado civil legal, a la situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información.	<b>Cualitativa</b>	<b>Nominal</b>	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo(a)

## 6.6 Método de recolección de datos.

Para la recolección de datos se utilizó la aplicación del modelo SERVPREF adaptado al área de salud, utilizado anteriormente por Maestros en Ciencias Médicas e Investigación de la ciudad de Puebla en el año 2016, inscritos en el Instituto Mexicano de Seguro Social y que se titula “Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica”

El modelo SERVPREF (Service Performance) basa su evaluación en la percepción del usuario que recibe un servicio, la ventaja que maneja sobre su predecesor, el modelo SERVQUAL es que brinda mayor precisión en sus respuestas, su objetivo principal es conocer las áreas más valoradas por los usuarios e identificar las áreas de oportunidad de mejora. Para su manejo y comprensión está integrado por 22 preguntas divididas por 5 áreas: Aspectos tangibles, Confiabilidad, Respuesta rápida, Seguridad y Empatía (para la descripción de las áreas, ver la tabla 4). Su evaluación se coloca una escala continua de 7 puntos, estableciendo como mínimo el 1 y máximo el 7, dejando sin etiquetar el resto de la escala (Ramos Farroñan et al., 2020). A partir de los resultados obtenidos se obtienen las medidas centrales y de dispersión (Ver anexo 1).

*Tabla 4. Áreas evaluadas por el Instrumento SERVPREF*

Áreas para evaluar	¿Qué se evalúa?
<b>Aspectos Tangibles</b>	Evalúa la percepción del usuario respecto a la infraestructura física del establecimiento, además de los instrumentos utilizados al momento de su permanencia, esto valorando la imagen captada al momento de la visita.
<b>Confiabilidad:</b>	Evalúa la destreza del trabajador que brinda el servicio.
<b>Respuesta rápida:</b>	Valora el interés del trabajador al momento de brindar un servicio, además de la disponibilidad para realizarlo.
<b>Seguridad:</b>	Evalúa la seguridad del trabajador al momento de realizar el servicio brindado.

<b>Empatía:</b>	Valora la percepción del usuario sobre si su atención fue personalizada y empática.
-----------------	---

Para esta investigación se realizó una adaptación del modelo SERVPREF, las modificaciones realizadas son de tipo gramatical, es importante mencionar que las adaptaciones de los instrumentos de evaluación es un procedimiento regular (Rodríguez López, 2020), con el interés de conservar la validez del instrumento se siguieron los lineamientos establecidos en el estudio previo “Recomendaciones para la Adaptación de Escalas” (Heggestad, Scheaf, Williams, Monroe, & Tonidandel, 2019) (Ver tabla 5).

*Tabla 5. Recomendaciones para la Adaptación de Escalas*

<b>Tipo de cambio realizado</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Recomendaciones</b>
<b>Traducir una escala</b>	Traducción de una escala de una lengua a otra	-Procedimientos estandarizados de retro traducción (diseño inverso). -Análisis de equivalencia o invarianza comparando la escala original con la traducida
<b>Acortar una escala</b>	Eliminar algunos ítems de la escala original antes de la administración de la escala adaptada	-Elegir ítems de la escala original mediante una combinación de evidencia empírica y comprensión conceptual del constructo para mantener la validez de contenido -Comparar las correlaciones ítem-total de la escala original y la adaptada -Administrar la escala completa en una 1ª aplicación. En una 2ª aplicación administrar la escala total a la mitad de la muestra y la acortada al resto
<b>Eliminar ítems post hoc</b>	Eliminar ítems de una escala tras la recogida de datos	-Práctica no recomendable -Una excepción se da cuando se hayan documentado los mismos problemas con los mismos ítems. Se debe informar al respecto con criterios conceptuales y empíricos
<b>Cambiar una escala de respuesta</b>	Modificar el número de puntos de una escala o cambiar los anclajes verbales	-Transparencia con respecto al cambio -Aportar evidencias de la validez de la escala adaptada
<b>Cambiar la redacción de los ítems</b>	Adaptar la redacción de los ítems, pero no para cambiar el contexto, referente o marco temporal	-Práctica a evitar -Describir los cambios en las instrucciones -Cada cambio en la redacción se debe acompañar de evidencias de

		<p>validez adicionales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Administrar la escala adaptada en una 1ª aplicación. En una 2ª aplicación administrar al azar la escala original a la mitad de la muestra y la adaptada al resto. Cabe añadir un tercer grupo en ambas aplicaciones y medir la equivalencia o invarianza. Asimismo, se puede aplicar una variable externa en la 2ª aplicación para comparar las correlaciones</li> </ul>
<b>Cambiar el referente de sí mismo a otra persona</b>	Cambiar el referente del ítem o las instrucciones de la propia persona encuestada a una tercera persona	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Considerar si el tercero que evalúa puede aportar respuestas relevantes y válidas a los ítems</li> <li>-Incluir los ítems en un anexo - Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para comprobar si la estructura es similar a la obtenida mediante autoinforme</li> <li>-Comparar auto y hetero</li> <li>-Evaluaciones mediante correlaciones y análisis de equivalencia o invarianza</li> </ul>
<b>Cambiar el referente del individuo al grupo</b>	Cambiar el referente del ítem o las instrucciones de la propia persona encuestada a un constructo a nivel de grupo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aportar fundamentación teórica para el significado del constructo de nivel superior</li> <li>-Realizar un AFC multinivel</li> </ul>
<b>Cambiar el contexto</b>	Adaptar los ítems del contexto original (p. ej. general) a un nuevo contexto (p. ej. específico del trabajo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Transparencia sobre los cambios - AFC para comparar las estimaciones de los parámetros de la escala original y adaptada</li> <li>-Si algún ítem no tiene sentido en el contexto adaptado se necesita una mayor labor de validación de contenido (panel de expertos/as)</li> </ul>
<b>Cambiar el marco temporal</b>	Adaptar las instrucciones o los ítems de una escala para reflejar un marco temporal diferente	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Transparencia sobre los cambios - AFC para comparar el número de factores y las saturaciones de los factores de la escala original y la adaptada</li> <li>-Analizar correlaciones test-retest de las versiones de la escala asociadas a diferentes marcos temporales</li> </ul>
<b>Añadir o combinar ítems</b>	Crear nuevos ítems para la escala o combinar ítems de diferentes escalas en una única escala	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Práctica a realizar en caso de una razón conceptual convincente, ya que añadir ítems implica crear una nueva escala</li> <li>-Transparencia sobre los cambios - Realizar un AFC de la escala con los ítems añadidos. Comprobar la estructura factorial con la escala original y la magnitud de las saturaciones de los ítems añadidos</li> </ul>
<b>Emplear una pequeña parte de</b>	Administrar subescalas de una medida excluyendo el	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Emplear una única escala de un instrumento con múltiples escalas</li> </ul>

<b>una escala</b>	resto de la medida completa	previsiblemente no afectará a la validez de las puntuaciones de la escala
-------------------	-----------------------------	---

Elaborada por: Heggstad y colaboradores (2019).

## **6.7 Técnicas y procedimientos**

Para la recolección de datos, debido a que la institución se encuentra en un estado diferente, la comunicación con las colaboradoras fue primordial, una vez autorizado el protocolo para la realización de encuestas se utilizó la aplicación APPSHEET, esta nos permite vía online tener un centro de información dirigido con una cuenta de correo que se creó específicamente para este estudio (investigaciones.pavi@gmail.com), se agregó el instrumento ya codificado en EXCEL, y se descargó la aplicación en la tableta electrónica que se había adquirido previamente, en la misma aplicación aparece la encuesta en su modalidad “respuesta” solo siendo válida para ingresar la información, el instrumento no puede ser modificado por las colaboradoras y no es necesario tener conexión internet para esta actividad. Una vez recolectada la información, si se requiere de la conexión a internet para que la base de datos se actualice en el centro de información.

## **6.8 Análisis de datos**

Para las variables continuas se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión (media, mediana, moda, varianza y desviación estándar y los valores máximo y mínimo) para las cualitativas (frecuencia y porcentajes). Para la asociación de variables independientes con la variable dependiente (percepción de la calidad por los usuarios) se realizará un modelo multivariado con variable dependiente continua (regresión lineal ajustada), tomando como punto de significancia (0.05). Para un análisis adecuado de los datos se utilizará el programa estadístico informático SPSS en su versión 25.

## **6.9 Diseño estadístico**

Para este estudio se estableció un nivel de confianza del 95% con un margen de error del 7%.

### **6.9.1 Hipótesis estadística**

La calidad percibida de los usuarios de la atención otorgada por parte del servicio de Consulta externa, en la clínica de Medicina Familiar ISSSTE a través del modelo SERVPREF en Tampico, Tamaulipas es calificada por encima de 4.5.

## **7. Logística**

### **7.1 Recursos humanos**

Las personas involucradas en este estudio fueron: el investigador principal la C. Paola Victoria López Estrada, su director de tesis el Dr. Carlos Omar Muñoz Guarneros y codirector de tesis la Dra. Irma Pérez Contreras, además de la participación de la Dra. Lis Rosales Báez como revisora.

De igual manera, se contó con la participación de dos enfermeras, (Julia Lorencez Núñez y Olivia Martínez Trejo) siendo las encargadas de la recolección de datos.

### **7.2 Recursos materiales**

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó el equipo electrónico tipo tableta propiedad del investigador, bases de datos públicos y material didáctico.

### **7.3 Recursos financieros**

Los recursos financieros fueron suministrados por la tesista. Para esta investigación se adquirió una Tablet marca Lenovo M8 HD (8" pulgadas) con un valor comercial de \$2,500 pesos.

### **7.4 Bioética**

La investigación en los Servicios de la Salud es una actividad realizada en beneficio a la salud de todos los mexicanos, la cual es un derecho fundamentado en el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, además de la

Ley General de Salud en el capítulo 1, artículo 2 facción VII donde se plantea el progreso en la enseñanza de la salud basado en la investigación científica y tecnológica de la salud (Diario Oficial de la federación, 2016). Al mismo tiempo el TITULO QUINTO nombrado Investigación para la Salud, en su CAPITULO UNICO, se conocen las contribuciones que la investigación clínica debe cumplir para su adecuado uso, por lo tanto, esa investigación se apegará a los reglamentado en el artículo 100, respetando los principios científicos, ético y morales que justifiquen su realización (López-Pacheco et al., 2016).

En México, debemos de tomar en cuenta otras reglamentaciones que condicionan todas las fases de la investigación clínica, uno de los principales es el Código de Núremberg donde reconocemos los derechos humanos e individuales de los participantes, nuestra investigación proporcionara toda la información obtenida a los comités correspondientes para la mejora continua de la atención brindada, basados en la Declaración de Helsinki realizaremos la obtención de un consentimiento informado, proporcionando toda la información necesaria de la investigación y permitiendo la detención de la aplicación de esta en caso, de ser inconveniente para los participantes (Mundial, 2014), además de apegarnos las Buenas Prácticas clínicas (ICH-E6-R1) , proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sumando al Comité de ética correspondiente del área (Suárez Obando, 2020).

Por lo tanto, como investigadores nos comprometemos abiertamente a presentar información de actualidad y con funcionalidad para los participantes involucrados, en todo momento brindaremos un trato digno e individual, también garantizamos su confidencialidad totalmente, protegiendo sus datos personales y los resultados de la investigación como lo reglamenta la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos en su apartado número 12 (Secretaría de Salud, 2013).

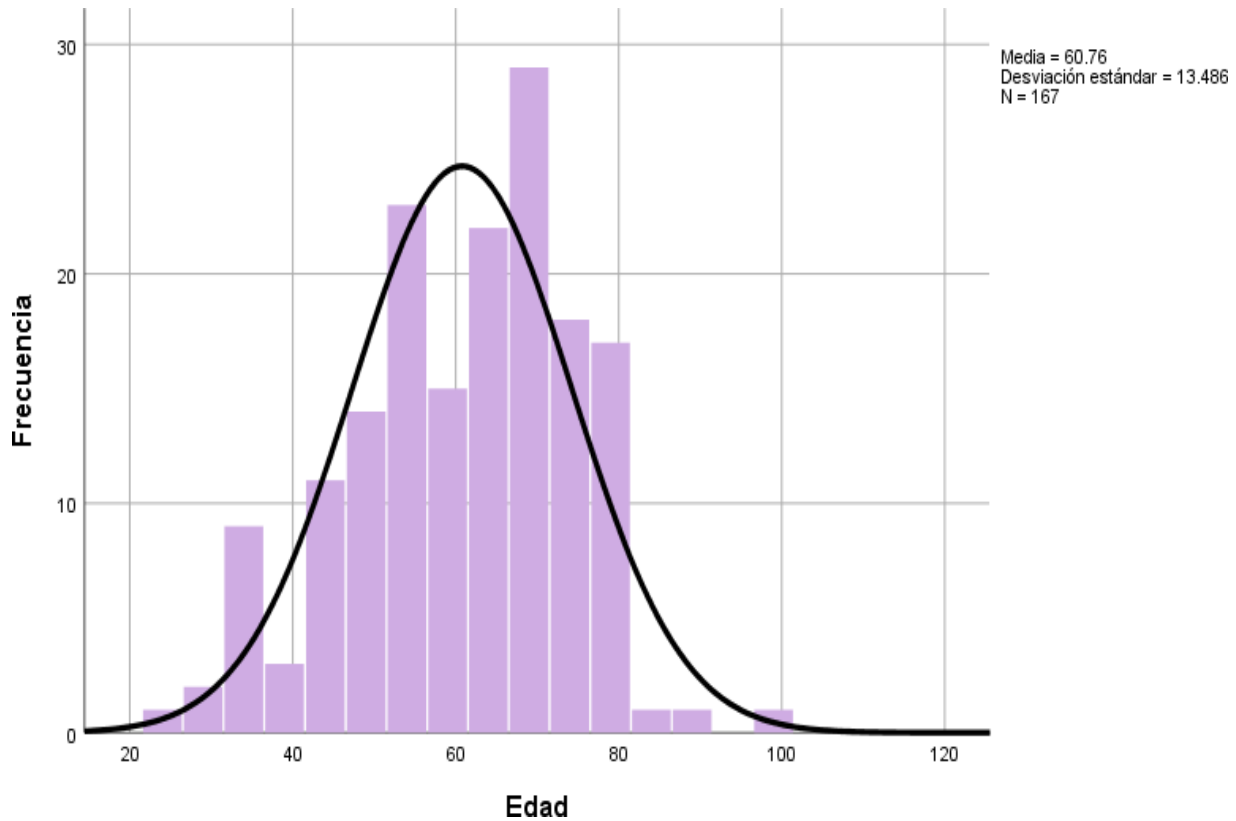
## **8. Resultados**

En la presente investigación se aplicó la encuesta a 167 participantes, la distribución y características de estos se presentan a continuación:

Tabla 6. Porcentajes por género de la población bajo estudio.

Participantes	Hombres	Mujeres	Total
	67 (40.2%)	100 (59.8%)	n:167 (100%)

Figura 2. Histograma de la distribución de la edad de participantes



La edad reportó un mínimo de 24 años y un máximo de 98 años, con una media de 60.76 años, la mediana encontrada fue de 63.00 (Tabla 7).

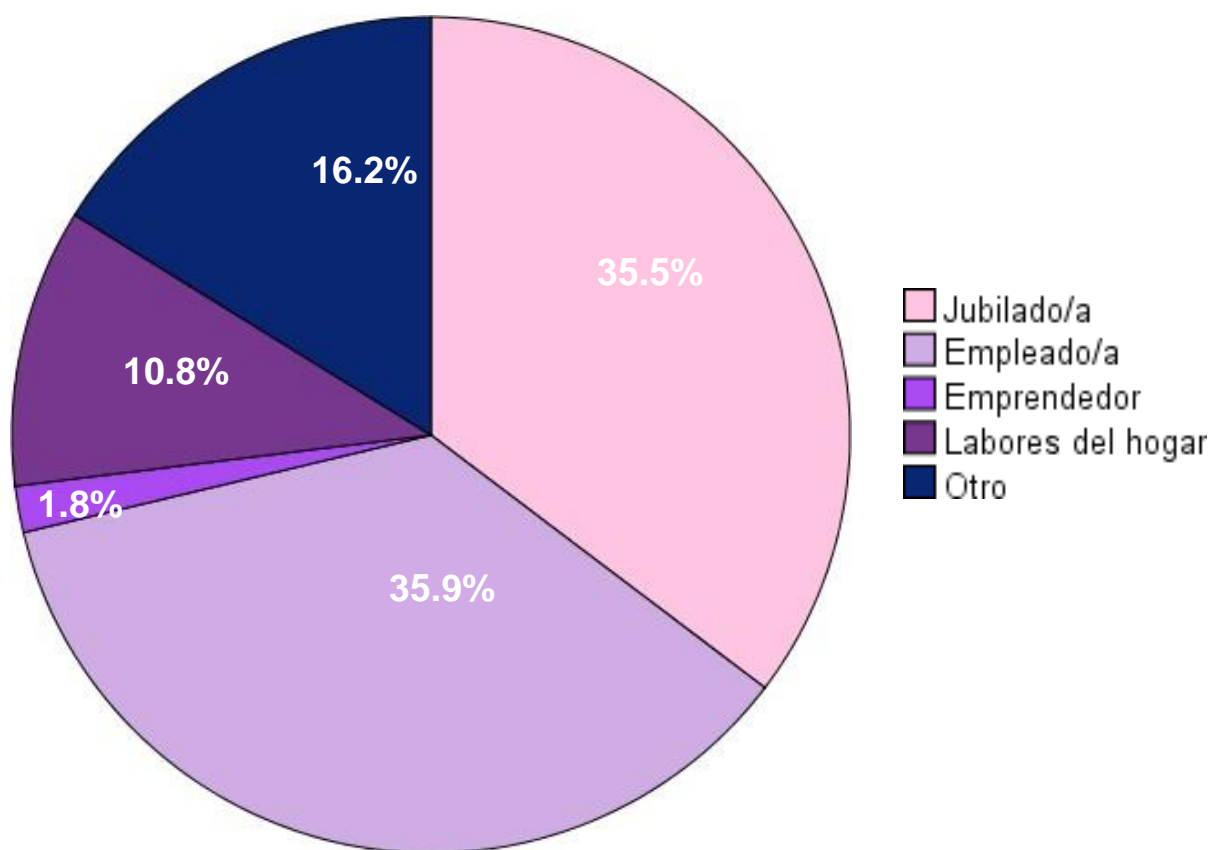
Tabla 7. Característica de la edad de la muestra.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación	Varianza
Edad	167	24	98	60.76	13.480	181.882



La ocupación predominante de los participantes fue “empleado” (f: 60, 35.9%), la segunda ocupación más frecuente es “jubilado” (f: 59, 35.5%).

Figura 3. Porcentajes por ocupación de los participantes



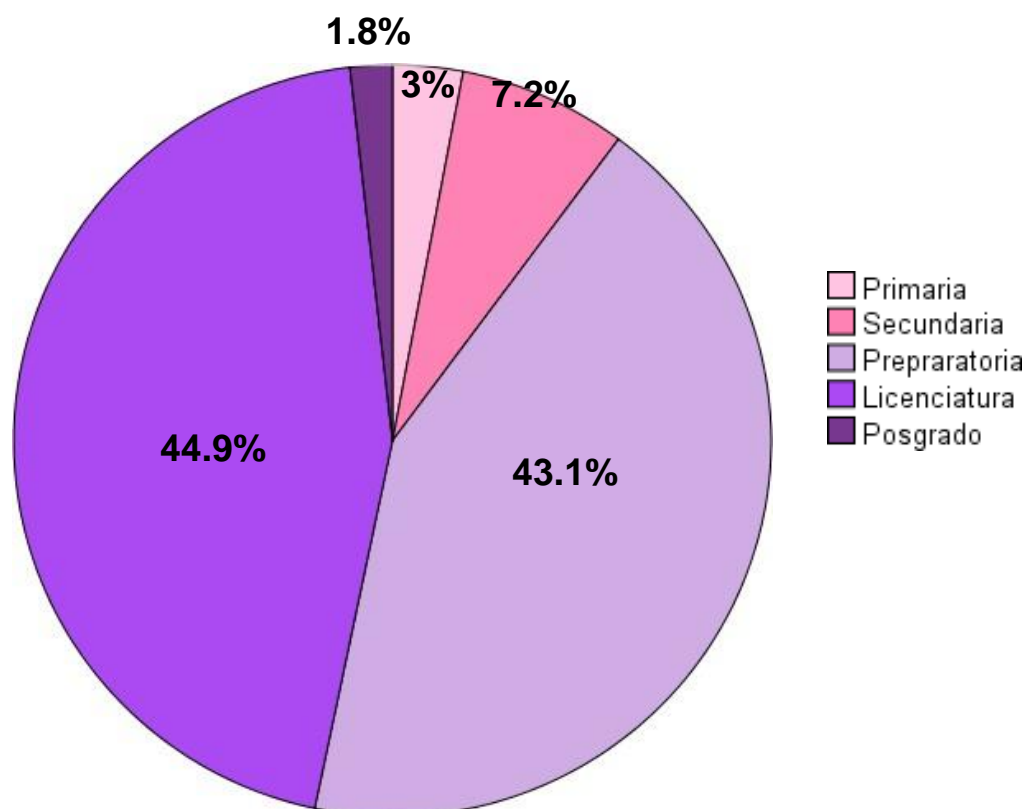
La escolaridad reportada el porcentaje mayor fue para el grado de licenciatura (44.9%) y preparatoria (43.1%), se logra observar que las mujeres presentaron mayor grado de estudios, se encontraron 3 participantes que tenían un posgrado, estos también

fueron mujeres (Tabla 8).

*Tabla 8. Distribución de escolaridad con mayor frecuencia por sexo de la muestra.*

Escolaridad	Frecuencia/ porcentaje	Sexo	Porcentaje por genero
Primaria	5 (3%)	Hombre	2 (%)
		Mujer	3
Secundaria	12 (7.2%)	Hombre	5
		Mujer	7
Preparatoria	72 (43.1%)	Hombre	33
		Mujer	39
Licenciatura	75 (44.9%)	Hombre	27
		Mujer	48
Posgrado	3 (1.8%)	Hombre	0
		Mujer	3

*Figura 4. Porcentajes por categorías de escolaridad de la población participante.*



Respecto a la variable “estado civil” se encontró que el porcentaje con mayor concentración es la de “casado(a)” con 90 (53.8%) mujeres y 62 (31.1%) hombres. (tabla 9).

*Tabla 9. Porcentajes de la variable “Estado civil” de los participantes.*

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>HOMBRE</b>	<b>MUJER</b>
Casado(A)	62 (31.1%)	90 (53.8%)
Soltero(A)	2 (1.1%)	4 (2.3%)
Viudo(A)	2 (1.1%)	3 (1.7%)

## Análisis de normalidad de la variable dependiente: Satisfacción de los participantes.

Para la interpretación de los ítems, se decidió analizar de manera colectiva las preguntas enumeradas del 1 al 21 debido a que la forma de responder permitía una calificación del 1 al 7, en el apartado 22 se vio la necesidad de agregar la respuesta 0, debido a que en algunos casos los participantes no habían recurrido al servicio de “referencia para programar cirugías”.

*Tabla 10. Prueba de normalidad.*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
1.Preparación del Médico para atender sus problemas de salud (Conocimientos, habilidades y experiencia).	.388	167	.000
2.Le tiene confianza a su médico	.383	167	.000
3.Realización del servicio requerido correctamente a la primera por parte del médico.	.350	167	.000
4.Claridad con que el médico le informa.	.407	167	.000
5.Seguimiento individualizado del médico al paciente	.310	167	.000
6.Amabilidad del médico	.342	167	.000
7.Interés demostrado por el médico de solucionar sus problemas de salud.	.386	167	.000
8.Disposición del médico para atender su problema.	.367	167	.000
9.Amabilidad del personal de enfermería	.434	167	.000
10.Amabilidad del personal no sanitario (Administrativos, farmacia, etc.)	.286	167	.000
11.Considera que el personal de enfermería está capacitado para atenderlo.	.399	167	.000
12.Considera que el personal no sanitario está preparado para atenderlo	.327	167	.000
13.Coordinación entre niveles (Clínica-Hospital)	.219	167	.000
14.Tiempo dedicado por el personal sanitario	.349	167	.000
15.Apariencia del equipo médico.	.467	167	.000
16.Aspecto de las Instalaciones.	.230	167	.000
17.Aspecto físico del personal.	.348	167	.000
18.Facilidad de trámites y papeles	.235	167	.000
19.Facilidad de acceso al servicio (Horario, cercanía, aparcamiento).	.228	167	.000
20.Tiempo transcurrido para recibir una cita.	.243	167	.000
21.Tiempo transcurrido para realizar pruebas complementarias (laboratorios o radiografías).	.287	167	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Se aplicó la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov al resultado del puntaje de respuesta de los ítems del instrumento aplicado, donde no se encontró una distribución normal de los datos con un valor de  $p: <0.05$ . Observar tabla 9.

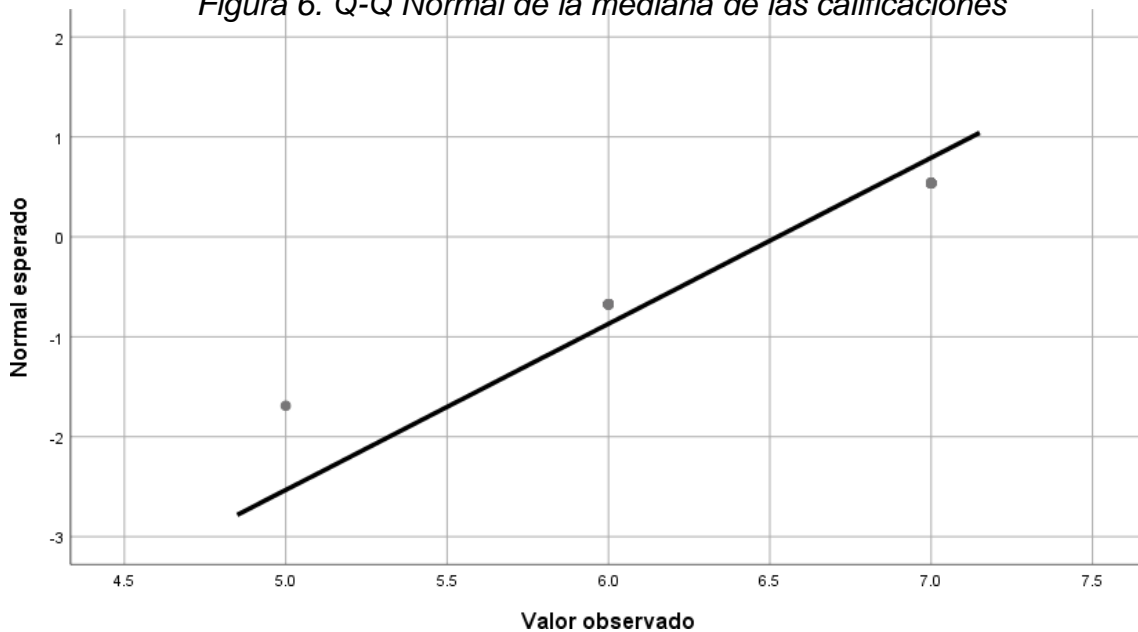
En la figura 5 se puede observar el comportamiento de la mediana observada a partir de las calificaciones que otorgaron los participantes, teniendo los resultados con tendencia a la máxima calificación de satisfacción.

*Figura 5. Comportamiento de las calificaciones otorgadas.*



En la figura 6, se puede observar que las respuestas otorgadas en el instrumento por los participantes que se encuentran cerca de la normalidad.

*Figura 6. Q-Q Normal de la mediana de las calificaciones*



## Resultados del Instrumento Aplicado para medir satisfacción de los participantes.

La satisfacción encontrada de la calidad de la atención percibida por parte de los pacientes fue **Satisfactoria**, encontrando una mediana de 7 en el instrumento (satisfacción: *mínima* =1, *máxima*= 7) . Encontramos un rango mínimo de 5, que igualmente supera nuestra hipótesis estadística, debido a que la mediana global es superior a 4.5 (Tabla 11).

Tabla 11. Distribución de calificaciones otorgadas.

N	Válido	167
	Perdidos	0
Mediana		7.00
Moda		7.00
Desv. Desviación		.51000
Mínimo		5.00
Máximo		7.00

### Análisis de correlación.

Para el análisis de correlación, entre las variables sociodemográficas con las respuestas obtenidas.

### Prueba de Spearman:

El resultado de la correlación entre la edad y el puntaje de satisfacción de los participantes se obtuvo un resultado significativo de  $Rho = -.167$  con una significancia de 0.031. Siendo esta negativa por lo que podemos deducir que:

- A mayor edad menor calificación de satisfacción de los participantes.

Tabla 12. Correlación de variable edad de la población.

Rho de Spearman	Variable		<i>p</i>
	Edad	Coeficiente de correlación	-.167
Sig. (Bilateral)		.031	

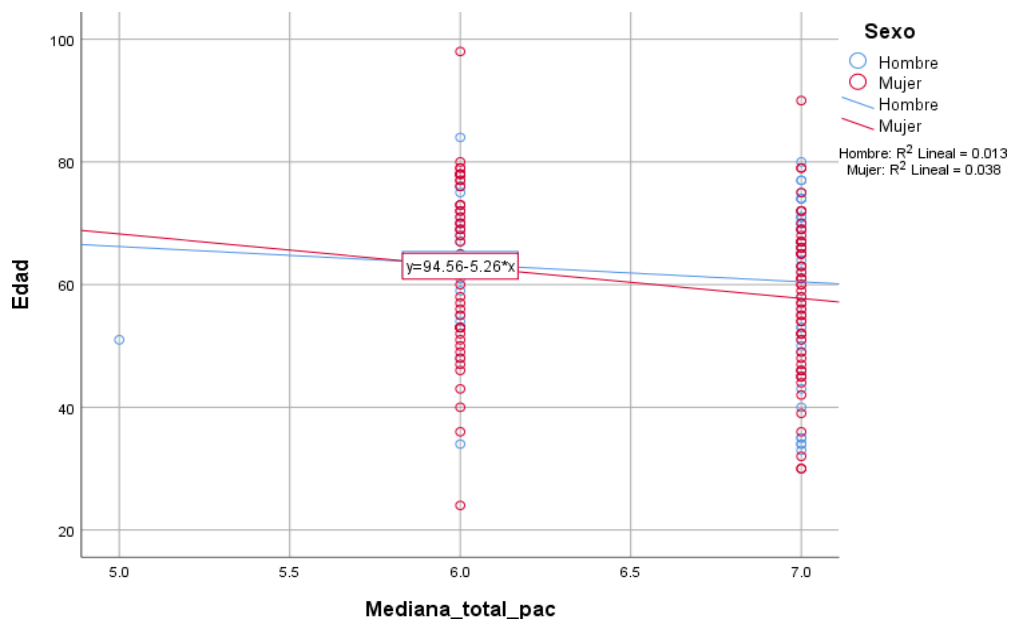
Respecto a la ocupación de los participantes se pudo determinar que las personas dedicadas al hogar, con mayor edad brindaban menores calificaciones al instrumento.

Tabla 13. Correlación de variables edad/ labores del hogar con calificaciones otorgadas

Rho De Spearman	Variables		<i>P</i>	
	Labores del hogar	Edad	Coeficiente de correlación	-.561
Sig. (Bilateral)			.015	

En la variable edad grupada por el género de los participantes, se observa que las mujeres con mayor edad proporcionaron menores calificaciones.

Figura 7. Distribución de la variable edad respecto a la calificación otorgada



## Chi cuadrada

El resto de las variables, fueron categorizadas por lo cual se aplicó la prueba de Chi cuadrada, la categorización de las respuestas de los participantes fue Satisfacción= <4.5, Insatisfacción= >4.5.

Ho: Las variables no son dependientes entre sí.

Ha: Las hipótesis son dependientes entre sí.

*Tabla 14. Correlación de variables con respuestas al instrumento.*

	Variable	Frecuencias	Chi cuadrada	p
Sexo	Femenino n(%)	100 ( 59.9)	X <sup>2</sup> = 6.521	P= 0.11
	Masculino n(%)	67 (40.1)		
Escolaridad	Primaria n(%)	5 (3.3)	X <sup>2</sup> = 161.1	P=<0.001
	Secundaria n(%)	12 (7.2)		
	Preparatoria n(%)	72 (43.1)		
	Licenciatura n(%)	75 (44.9)		
	Posgrado n(%)	3 (1.8)		
Ocupación	Jubilado n(%)	59 ( 35.3)	X <sup>2</sup> = 76.8	P=<0.001
	Empleado n(%)	60 (35.9)		
	Emprendedor n(%)	3 (1.8)		
	Labores del hogar n(%)	18 (10.8)		
	Otros n(%)	27 ( 16.2)		
Estado civil	Soltero n(%)	6 (3.6)	X <sup>2</sup> = 271.6	P=<0.001
	Casado n(%)	156 (93.4)		
	Viudo n(%)	5 (3)		

Se encuentran asociaciones significativas de las variables “sexo” ,”escolaridad” “ocupación”, “estado civil” con las respuestas otorgadas al instrumento, por lo que podemos deducir:

- El sexo, la escolaridad, la ocupación y el estado civil de los participantes influye en las respuestas otorgadas en el instrumento, por lo que se rechaza la Ho.



## Resultados por dimensiones del cuestionario aplicado.

Tabla 15. Evaluación por dimensiones.

	Elementos Tangibles	Confiabilidad	Capacidad de Respuesta	Seguridad	Empatía
N	167	167	167	167	167
Mediana	6	7	6	7	6
Moda	6.00	7.00	6.00	7.00	6.00
Mínimo	3.00	4.50	5.00	5.00	4.00
Máximo	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00

En la dimensión de **Elementos tangibles**, se encontró que la mediana de las respuestas otorgadas fue de 6 (mínimo= 3, máximo=7) siendo esta **Satisfactoria**, a continuación, exploraremos las preguntas que obtuvieron esta calificación por debajo de la media.

La dimensión de **Confiabilidad** se encontró **Satisfactoria** al obtener una mediana de 7 (mínimo= 4.5, máximo=7), por lo que ninguna calificación otorgada estuvo por debajo de la media.

La dimensión de **Capacidad Respuesta** obtuvo una mediana de 6 (mínimo= 5, máximo=7), siendo esta calificada como **Satisfactoria**.

La dimensión de **Seguridad** registró una mediana de 7 (mínimo= 5, máximo=7), siendo esta **Satisfactoria** para los participantes.

La dimensión de **Empatía** obtuvo una mediana de 6 siendo esta **Satisfactoria**, pero reportando algunas respuestas por debajo de mediana establecida (mínimo= 4, máximo=7).

### **Análisis de las calificaciones mínimas otorgadas por los participantes.**

Se detectaron ítems con respuestas por debajo de nuestra hipótesis aritmética (satisfacción= >4.5), por esto, se realizó un análisis para valorar de manera individual los ítems que componen el instrumento y encontrar los datos atípicos al resultado global. En la pregunta número 6 enfocada a la “*Amabilidad del médico*”, se observó que existieron calificaciones por debajo de la mediana (4.5) (Tabla 16).

*Tabla 16. Distribución de calificación otorgada a la “amabilidad del médico” percibida.*

<b>Amabilidad del médico</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	1	.6%	.6	.6
	4	2	1.2%	1.2	1.8
	5	17	10.2%	10.2	12.0
	6	50	29.9%	29.9	41.9
	7	97	58.1%	58.1	100.0
	Total	167	100.0%	100.0	

Las características encontradas sobre las personas que otorgaron esta calificación fueron:

*Tabla 17. Características de la población en ítem 6 que dio baja calificación*

<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Calificación otorgada</b>
45	Mujer	Licenciatura	Empleado	2
73	Hombre	Licenciatura	Jubilado	4
75	Hombre	Licenciatura	Jubilado	4

En la correlación de la edad con la calificación brindada en este ítem, encontramos un resultado significativo (Rho= -.175 con una significancia de .024), siendo una correlación negativa, por lo que, a mayor edad, menor calificación de satisfacción de los

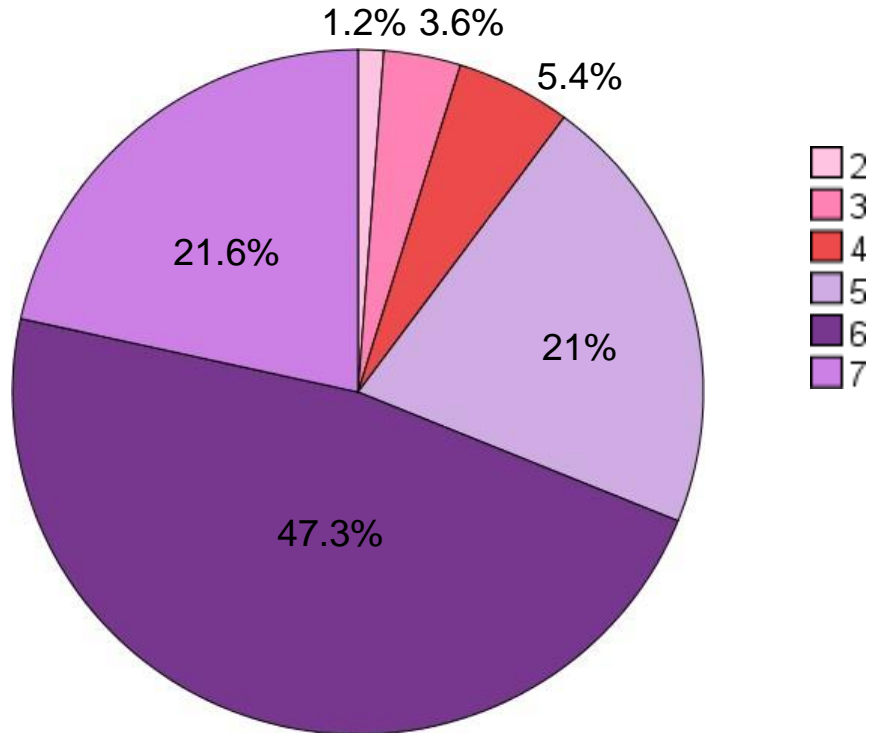
participantes

La pregunta número 10 también obtuvo algunas calificaciones que mostraban insatisfacción, al menos 16 participantes señalaron 4 o menos como puntaje (Tabla 18).

*Tabla 18. Calificaciones otorgadas a ítem 10. Amabilidad del personal no sanitario (Administrativos, farmacia, etc.)*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	2	1.2	1.2	1.2
	3	6	3.6	3.6	4.8
	4	9	5.4	5.4	10.2
	5	35	21.0	21.0	31.1
	6	79	47.3	47.3	78.4
	7	36	21.6	21.6	100.0
	Total	167	100.0	100.0	

*Figura 8. Porcentaje de calificaciones otorgadas en ítem 10.*



Se reconoce que, de estos participantes 6 son Hombres y 11 mujeres, y tienen una edad comprendida entre los 40 y 80 años. La escolaridad presentada por los participantes se representa en la tabla 19.

*Tabla 19. Escolaridad de participantes en ítem 10 que otorgaron baja calificación*

<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>
Secundaria	2
Preparatoria	7
Licenciatura	7

También se observaron 16 personas que calificaron la pregunta número 12 (tabla 20) “Considera que el personal no sanitario está preparado para atenderlo”, por debajo de la mediana, de estos 6 fueron hombres y 10 mujeres, se encontraban en un rango de edad comprendido de los 40 a 80 años.

*Tabla 20. Calificaciones otorgadas a ítem 12.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	2	1.2	1.2	1.2
	3	6	3.6	3.6	4.8
	4	8	4.8	4.8	9.6
	5	21	12.6	12.6	22.2
	6	88	52.7	52.7	74.9
	7	42	25.1	25.1	100.0
	Total	167	100.0	100.0	

La accesibilidad a la institución obtuvo puntuaciones parecidas a las preguntas señaladas anteriormente, sin embargo, en este ítem fueron 19 participantes los que se encontraron debajo de la hipótesis aritmética (satisfacción= >4.5) . Se reconoció que 11 participantes eran mujeres y 8 hombres, la edad encontrada fue de 34 años a 80. No se

encontró correlación significativa entre estas características y las calificaciones que otorgaron (tabla 21).

*Tabla 21. Calificaciones otorgadas a ítem 19.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	1	.6	.6	.6
	3	2	1.2	1.2	1.8
	4	16	9.6	9.6	11.4
	5	65	38.9	38.9	50.3
	6	67	40.1	40.1	90.4
	7	16	9.6	9.6	100.0
	Total	167	100	100	

La percepción de los usuarios respecto al tiempo de espera para recibir una cita fue calificada por 16 participantes (Tabla 22) con una puntuación menor a la hipótesis aritmética (satisfacción= >4.5).

*Tabla 22. Calificaciones otorgadas a ítem 20.*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3	2	1.2	1.2	1.2
	4	14	8.4	8.4	9.6
	5	62	37.1	37.1	46.7
	6	71	42.5	42.5	89.2
	7	18	10.8	10.8	100.0
	Total	167	100.0	100.0	

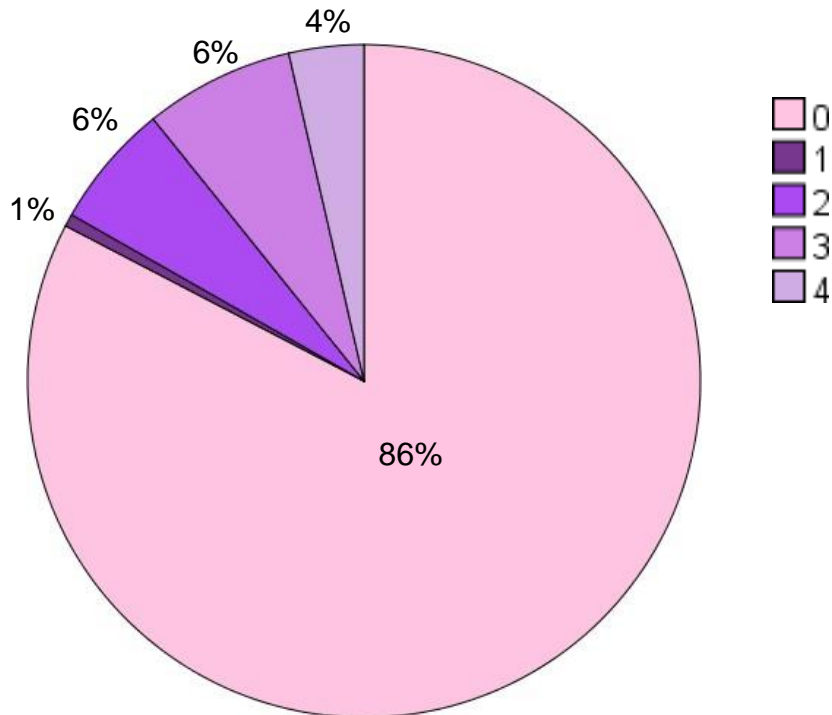
La escolaridad de los participantes, del ítem anteriormente mencionado se encuentra en la tabla 23. El sexo predominante fue mujeres con 10 usuarias y 6 hombres.

Tabla 23. Escolaridad en participantes del ítem 20 que otorgaron baja calificación

Escolaridad	Frecuencia
Secundaria	2
Preparatoria	9
Licenciatura	5

Como se mencionó anteriormente, en el momento de la aplicación del instrumento se agregó la opción 0 para los usuarios que no hayan requerido del servicio de interconsulta a segundo nivel, para valorarse y programarse para alguna cirugía. De esta manera 138 participantes aseguraron no haber tenido esta necesidad, resultando que solo 29 participantes del total calificaron el servicio, el resultado encontrado de este ítem es que no se percibió satisfacción por parte los usuarios ante “El tiempo esperado para ser intervenido quirúrgicamente”

Figura 9. Distribución de frecuencias sobre las respuestas del ítem 22.



Se encontró que de estos participantes 12 son hombres y 17 mujeres y se encuentran entre una edad mínima de 30 y una edad máxima de 80 años. La escolaridad encontrada fue representada en la tabla 24. No se encontró correlación significativa entre las características sociodemográficas y las calificaciones otorgadas.

*Tabla 24. Escolaridad en participantes del ítem 22 que otorgaron baja calificación*

<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>
Secundaria	2
Preparatoria	6
Licenciatura	20
Posgrado	1

## 9. Discusión

La evaluación de las Instituciones que brindan servicios de salud es una necesidad para medir la calidad que estas brindan a la población, esto nos asegura el cumplimiento de los programas creados para su beneficio. Actualmente la percepción de los usuarios es utilizada como una herramienta importante para esta tarea, la visión que tienen los consumidores de los servicios que ofrecemos, puede ayudarnos a detectar áreas de oportunidad. Brindar un servicio de salud de calidad, es un trabajo que implica la colaboración de muchos factores para que este funcione adecuadamente, el fallo de alguno de sus complementos puede ocasionar que todo el servicio brindado no tenga los estándares programados en su creación.

Vázquez-Cruz Eduardo y colaboradores en el 2018, realizaron una evaluación de la calidad a través de la percepción de los usuarios, aplicando el modelo ServPref de 22 ítems en la Unidad de Medicina Familiar No. 6 del I.M.S.S. en el estado de Puebla, México. El instrumento utilizado para su estudio fue el replicado en nuestra investigación de la clínica de medicina familiar ISSSTE en Tampico. Su muestra fue de 395 participantes, donde la edad promedio encontrada fue 42,8, En su estudio, se concluyó que las mujeres mostraban mayor grado de satisfacción que los hombres, Así como, el mayor grado de satisfacción se encontraba concentrado en la población que no tenían ningún grado de estudios o que solo contaba con primaria. Concluyeron que la satisfacción encontrada fue de un 65% de los participantes. En nuestros resultados podemos observar que de manera contraria las mujeres con un mayor grado de estudio dieron calificaciones más bajas.

En Ecuador, las investigadoras Bravo-acosta Olga y Gregor-noriega Sara (2022), también utilizaron este modelo para la evaluación de la percepción de los usuarios, seleccionaron de manera aleatoria 384 pacientes, (una muestra similar a Eduardo Vázquez y colaboradores), ellas utilizaron los primeros 21 ítems del instrumento debido a que la aplicación de su estudio fue en una institución de salud de primer nivel. Sus resultados mostraron solo una satisfacción del 58%, no alcanzando su hipótesis planteada de al menos un 70%, de esta manera, utilizando este estudio, iniciaron la creación de un plan de mejora basado en las áreas detectadas con bajas calificaciones, como se pretendía obtener como resultado de nuestra investigación. Las dimensiones



que reportaron con baja calificación fue la de “empatía”, pese a que nuestros resultados fueron satisfactorios, se logró observar que algunos de nuestros participantes de igual manera dieron calificaciones bajas a esta dimensión.

En Oaxaca, México, Espinoza Luna & Fragoso Torres (2022) realizaron una comparación de la percepción percibida por los usuarios de la institución del IMSS, un centro de salud, el hospital general de la zona y la institución del ISSSTE utilizaron el instrumento ServPref modificado por ellos, siendo el cambio realizado en la forma de calificación, donde regularmente de calificada del 1 al 7, ellos optaron por calificar del 1 al 10 para mayor comprensión de los participantes. Recabaron una muestra de 794, distribuidas en las instituciones, denotando que en la institución del ISSSTE tuvieron un número limitado de encuestas (59 participantes). Ellos concluyeron que las instituciones del ISSSTE y el IMSS concentraban a los derechohabientes con mayores grados de estudios, (Algo que se pudo constatar en nuestra investigación aplicada en una institución del ISSSTE, donde la mayoría de los encuestados contaban con un grado de licenciatura) Ellos no encontraron diferencias significativas entre los resultados proporcionado entre hombres y mujeres. Se concluyó que las calificaciones fueron satisfactorias en todas las instituciones, pero determinaron que los participantes con mayor escolaridad fueron más exigentes al otorgar calificaciones. Nuestros resultados se mostraron de la misma manera.

Como se puede observar, este instrumento es relativamente nuevo en el área de la salud, las diferencias notables que se observan, es la diferencia significativa del tamaño de la muestra usada en los estudios, en el presente estudio se calculó una muestra más pequeña, basados en la afluencia estimada por semana.

## 10. Conclusiones

La calidad percibida está relacionada a diversos factores intrínsecos y extrínsecos tanto de los usuarios como de todo el personal que labora en cada una de las áreas de la institución. Por lo que, es muy importante continuar evaluando los servicios de salud, en diferente temporalidad.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado se ha comprometido con brindar un servicio de calidad, esto se puede corroborar con las diferentes instalaciones certificadas con las que cuenta el instituto. Este estudio crea un antecedente de la evaluación del primer nivel de atención en el estado de Tamaulipas, con la visión a futuro, de buscar la certificación de la Institución a través de la Norma ISO 9001:2015 como las demás entidades federativas del estado de México.

Los resultados obtenidos de esta investigación comprueban la hipótesis estadística establecida, reconociendo que los participantes aportaron una calificación superior a 4.5 en el instrumento, por ello, la satisfacción percibida por parte de los usuarios de la clínica de Medicina Familiar y EQ ISSSTE Tampico respecto a la atención otorgada en el área de consulta externa, es **satisfactoria**.

## Limitaciones

Las limitaciones encontradas en este estudio fueron:

**Cambio de área de aplicación:** Originalmente este proyecto de investigación fue considerado a aplicarse en el área de Geriatría, siendo esta la primera elección debido al interés por esta población, y está incluida en proyectos de salud en el Plan Nacional de Desarrollo del actual gobierno y debe ser tomada en cuenta según recomendaciones de los objetivos de Desarrollo del Milenio

**Tiempo:** Debido al cambio anteriormente mencionado, se dio la necesidad de realizar los trámites correspondientes, ante el comité de ética de la Institución evaluada, como en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, facultad de medicina, en el departamento de posgrado, esto limitó el tiempo determinado para la aplicación del instrumento.

**Falta de afluencia de participantes:** El cálculo de la muestra fue realizada, con los datos proporcionados por el departamento de estadística sobre la cantidad de usuarios que acudían al área de consulta externa en las fes de febrero, desafortunadamente, pese a cumplir con los tiempos establecidos y permanecer en la Institución no se logró a completar la muestra.

**Eventos no contemplados metodológicamente:** A partir de la fecha autorizada, siendo esta la primera semana de marzo, la Institución llevó a cabo eventos relacionados con el Día Internacional de la Mujer (8 de marzo) que no se tenían previstos.

Se sugiere repetir el estudio en el área de consulta externa, además realizar el estudio por primera vez en el turno vespertino, para tener una visión más amplia de la calidad brindada por parte de la institución. De igual manera, se sugiere realizar el estudio por las diferentes áreas de la institución, con el mismo objetivo.

## **Fortalezas**

**Tecnología:** El uso de la tecnología para la aplicación de las encuestas, nos permitió recabar la información de manera más rápida, los datos eran almacenados en internet lo cual creaba un respaldo. También se evitó desperdiciar papelería.

**Innovación:** Esta investigación es la primera que se realiza con la finalidad de evaluar la percepción de los usuarios, esto permite replicarla en diferente tiempo y espacio de la institución.

**Participación de los entrevistados:** Algo que se pudo notar al momento de la aplicación de encuestas, es que los participantes se mostraban entusiasmados por poder compartir su punto de vista de la atención que reciben.

**Colaboradores:** Al ser una investigación realizada en otro estado, fue necesario contar con colaboradores que realizaran la aplicación de encuestas, al momento de realizar los trámites para la autorización del proyecto, se pactó la colaboración de la jefa de enfermería y la jefa de enseñanza de enfermería quienes tomaron el cargo de esta tarea.

## 11. Análisis FODA

El análisis FODA es la herramienta administrativa por excelencia, en este se realiza una introspección a la organización, donde a través de sus componentes se logra obtener una visión de la situación actual de la misma, y poder realizar mejoras en los procesos o si es necesario, una reingeniería.

Este se compone por cuatro apartados:

**Fortalezas:** Son las capacidades del área o Institución observada, al aplicar los recursos internos en conjunto con las habilidades sobre los procesos o productos que ofrecen.

**Oportunidades:** Estas se enfocan las oportunidades del exterior de la organización, y como se pueden utilizar en beneficio.

**Debilidades:** Es la limitación que presenta la organización, esta le impide completar las metas planteadas en su visión.

**Amenazas:** Son las actividades que pueden desfavorecen a la organización, son principalmente internas.

A continuación, se describe el Análisis FODA obtenido a partir de los resultados de nuestro estudio.

### Fortalezas

La organización cuenta personal suficiente en el área de consulta externa.

Se cumplen con los indicadores de calidad, proporcionando 20 min por consulta.

El personal de enfermería cuenta con el insumo necesario para la atención de los usuarios.

La mayoría de los médicos de consulta externa cuentan con la especialidad en medicina familiar.

El departamento de enseñanza clínica de enfermería se encuentra comprometido con la investigación en la disciplina.

La estructura de la institución mantiene la capacidad necesaria para brindar adecuadamente el servicio de consulta externa.

## Oportunidades

El campo clínico ha sido aperturado para residentes médicos de la especialidad de medicina familiar.

Las escuelas de enfermería solicitan regularmente campo clínico para sus estudios.

El apoyo a la investigación promoverá mejoras en el servicio.

Los usuarios participan activamente dando su opinión sobre el servicio obtenido.

## Debilidades

El tiempo de espera para el seguimiento en segundo nivel “mal calificado”

Los tramites que requieren los usuarios requieren mucho tiempo de espera.

La accesibilidad de la institución es limitada para algunos de sus usuarios.

Falta de coordinación entre niveles de atención (clínica-Hospital).

No se cuenta con un estacionamiento amplio para sus usuarios.

## Amenazas

La Institución no cuenta con una certificación de calidad.

El personal sanitario no realiza investigación en la institución.

La falta de aire acondicionado limita la comodidad de trabajadores y usuarios.

---

Elaborado por: López-Estrada., Paola. (2023).

---

## 12. Propuestas de mejora

Propuesta	Tiempo para la aplicación	Recursos
Capacitación al personal para el trato digno.	Corto plazo	Material didáctico
Responsable:	Participantes:	Material Audiovisual
Directivos de la Institución	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal Sanitario</li> <li>Personal no sanitario</li> </ul>	
<p><b>Objetivo:</b> Proporcionar las herramientas socioemocionales, para mejorar la atención que se brinda el derechohabiente.</p>		
<p><b>Actividades:</b> Realizar talleres con apoyo de profesionales que brinden concientización sobre el trato digno y empático a los usuarios.</p>		
<p><b>Justificación:</b> El exceso de trabajo, las condiciones dentro y fuera del trabajo, pueden ser factores para el cansancio emocional del trabajador. Fomentar el trato digno, refuerza la concientización del comportamiento de los trabajadores (Díaz-Oviedo et al., 2020).</p>		

Propuesta	Tiempo para la aplicación	Recursos
Reforzar la educación continua	Mediano plazo	Material didáctico
Responsable:	Participantes:	Material Audiovisual
Enseñanza Clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personal Sanitario</li> <li>Personal no sanitario</li> </ul>	
<p><b>Objetivo:</b> Proporcionar conocimiento actualizado al personal basificado y en formación.</p>		
<p><b>Actividades:</b> Planificar las sesiones académicas, deben ser frecuentes, adecuadas con el grado de estudio de los participantes y actualizadas.</p>		
<p><b>Justificación:</b> Proporcionar educación continua que permita mantener al personal actualizado, además de ser un derecho laboral (De La Guardia Gutiérrez &amp; Ruvalcaba, 2020).</p>		

Propuesta	Tiempo para la aplicación	Recursos
Mejorar el aspecto de las Instalaciones	Largo plazo	Presupuesto proporcionado por el Instituto
Responsable:	Participantes:	
Directivos de la Institución	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directivos de la Institución y Personal que pertenece al Instituto.</li> </ul>	
<p><b>Objetivo:</b> Solicitar el recurso para proporcionar el mantenimiento necesario a las instalaciones.</p>		
<p><b>Actividades:</b> Las que el cuerpo de mantenimiento solicite.</p>		
<p><b>Justificación:</b> El aspecto físico de la instalación, puede influir en el clima organizacional y en la calidad percibida por los usuarios (Suárez Lima et al., 2019).</p>		

Propuesta	Tiempo para la aplicación	Recursos
Programa de comunicación entre niveles para citas médicas (Referencia y contrarreferencia).	Corto plazo	Presupuesto proporcionado por el Instituto
Responsable:	Participantes:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directivos de la clínica de Medicina Familiar y EQ ISSSTE Tampico.</li> <li>• Directivos del hospital General B ISSSTE Tampico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directivos de la Institución y Personal que pertenece al Instituto.</li> <li>• Personal especializado en Sistemas</li> </ul>	
<p><b>Objetivo:</b> Mejorar la comunicación entre niveles.</p>		
<p><b>Actividades:</b> Reuniones programadas para la evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia.</p>		
<p><b>Justificación:</b> Mejorar el sistema automático de citas, permitirá al personal administrativo que las otorga, proporcionar citas desde cualquier centro de trabajo, de esta manera el trámite será más rápido y eficiente.</p>		



Propuesta	Tiempo para la aplicación	Recursos
Evaluación periódica sobre la percepción de la atención otorgada al usuario en el área de consulta externa.	Corto plazo	Material didáctico  Presupuesto proporcionado por el Instituto.
Responsable:	Participantes:	
Personal asignado por la institución.	Personal asignado por la institución. Usuarios de los Servicios.	
<b>Objetivo:</b> Evaluar los resultados de la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención.		
<b>Actividades:</b> Aplicar el instrumento ServPref nuevamente en el área de consulta externa, tras brindar la capacitación sobre el trato digno al personal.		
<b>Justificación:</b> La percepción de los usuarios es de suma importancia para la evaluación de la atención que se brinda, su percepción puede determinar las áreas que requieran mejoras y si los programas que están establecidos funcionan correctamente (Hernández Salazar, 2011).		

### 13. Referencias Bibliográficas.

- Alvarez Lauzarique, M. E., Bayarre Veja, H., & Pérez Piñeiro, J. (2018). Evaluación de la calidad de la atención al adulto mayor en el primer nivel de salud 2016. *Rev Cub de Medicina General Integral*, 34(2).
- Bravo-acosta, O., & Gregor-noriega, S. (2022). Aplicación del modelo Servperf para la definición de satisfacción del usuario sobre la calidad del servicio en centros de salud. *Rev. Caracter Científico*, 10(1), 1–13.  
[www.upacifico.edu.ec/revistacaracter](http://www.upacifico.edu.ec/revistacaracter)
- Campos-Navarro, R., Afganis-Juárez, E., & Torrez, D. (2006). Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México. *Archivos En Medicina Familiar*, 8(2), 131–136.
- De La Guardia Gutiérrez, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative & Positive Result*, 5(1), 81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Diario Oficial de la federación. (2016). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de La Federación*, 1–194.
- Díaz-Oviedo, A., Martínez-Licon, F., & Hernández-Terrazas, L. E. (2020). Intervención socioeducativa para la práctica de enfermería: uso del indicador trato digno. *Sanus*, 15, 1. <https://doi.org/10.36789/sanus.vi15.184>
- Espinoza Luna, I., & Fragoso Torres, J. (2022). Análisis de la calidad de servicios públicos de salud con el modelo SERVPERF: un caso en el Istmo de Tehuantepec. *Contaduría y Administración*, 67(1), 90–118.  
<https://doi.org/10.22201/fca.24488410e.2022.2956>
- Flores-Hernández, S., Mendoza-Alvarado, L. R., Vieyra-Romero, W. I., Moreno-Zegbe, E., Bautista-Morales, A. C., & Reyes-Morales, H. (2019). La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. *Salud Pública de México*, 61(6), 716–725.  
<https://doi.org/10.21149/10562>
- García-Fabila, E. J. (2018). Recordando a Avedis Donabedian. Tres lustros después. Calidad de la atención médica. *Revista de Medicina e Investigación Universidad Autónoma Del Estado de México*, 6(1), 54–58.

- Gloria Hernández, L. E. (2019). *La importancia de evaluar la calidad de la atención médica para mejorar el desempeño en los Servicios de Salud*.
- Gómez Mendoza, S., Rivera Gómez, A., Rodríguez González, M., & Tapia Vargas, A. (2015). Un modelo para la recolección de indicadores de Calidad de los Servicios Gerontológicos. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 20(1), 56–68.
- Gómez-Besteiro, M. I., Somoza-Digón, J., Einoder-Moreno, M., Jímenes-Fraga, N., Castiñeira-Pereira, S., Feijoo-Fuentes, L. (2012) Calidad de atención en salud percibida por los pacientes en un centro de salud urbano de A Coruña. *Rev. Enf. Clínica*. Volumen 22, Número 4, julio–agosto de 2012 , páginas 182-190.  
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.04.004>
- González-Quiñones, J. C., Restrepo-Chavarriga, G., Astrid, D., Ternera-saavedra, D. C., Galvis-gómez, C. A., & Pinzón-ramírez, J. A. (2014). Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá. *Rev. Salud Publica*, 16(6), 871–884.  
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/38192/52575>
- Haro-Alvarado, J. M., Haro-Alvarado, J. I., Macías-Intriago, M. G., López-Calderón, B. A., Ayala-Astudillo, M. D., & Gutiérrez-Solórzano, A. V. (2018). Sistema de gestión de calidad en el servicio de atención de salud. *Polo Del Conocimiento*, 3(11), 210.  
<https://doi.org/10.23857/pc.v3i11.790>
- Hernández Salazar, P. (2011). La importancia de la satisfacción del usuario. *Documentación de Las Ciencias de La Información*, 34(0), 349–368.  
[https://doi.org/10.5209/rev\\_dcin.2011.v34.36463](https://doi.org/10.5209/rev_dcin.2011.v34.36463)
- Juan López, M., Durán Fontes, L. R., & Hernández Torres, F. (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia* (Contreras Colín, Horacio (ed.); Subse). Secretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- López-Pacheco, M. C., Pimentel-Hernández, C., Rivas-Mirelles, E., & Arredondo-García, J. L. (2016). Normatividad que rige la investigación clínica en seres humanos y requisitos que debe cumplir un centro de investigación para participar en un estudio clínico en México. *Acta Pediátrica de México*, 37(3), 175.  
<https://doi.org/10.18233/apm37no3pp175-182>

- López Ramírez, E., Sifuentes Valenzuela, M. C., Lucero Rodríguez, R., Aguilar, S. L., & Perea González, G. P. (2021). Evaluación de la calidad del servicio en las clínicas de la Licenciatura en Estomatología de la BUAP: metodologías SERVPERF y Donabedian. *Entreciencias: Diálogos En La Sociedad Del Conocimiento*, 9(23). <https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2021.23.77710>
- Mundial, A. M. (2014). Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial Principios éticos para la investigación médica Involucrando Sujetos Humanos. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199241323.003.0025>
- Paz Medina, R. E. (2019). CALIDAD DEL SERVICIO OFRECIDO POR LA COOPERATIVA DE CAFICULTORES DEL NORTE DEL CAUCA, CAFINORTE. <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>
- Piñero, E. A., Vivas Vivas, F., & Flores de Valga, L. (2018). Programa 5S's para el mejoramiento continuo de la calidad y la productividad en los puestos de trabajo. *Ingeniería Industrial. Actualidad y Nuevas Tendencias*, 6(20), 99–110. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=215057003009>
- Ramos Farroñan, V., Mogollón García, F., Santur Manuel, L., & Cherre Mórán, I. (2020). El modelo SERVPERF. *Rev Científica de La Universidad de Cienfuegos*, 12(2), 1–9.
- Rodríguez López, A. (2020). *Adaptación y validación de instrumentos para evaluar la personalidad y el desempeño laboral*. <http://addi.ehu.es/handle/10810/50600>
- Salud, S. de. (2021). Lineamientos Técnicos Operativos del Comité de Calidad y Seguridad en el Paciente (COCASEP). In *Dirección General de Calidad y Educación en Salud*.
- Secretaría de Salud. (2013). *NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. (Issue 62). [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0)
- Suárez Lima, G. J., Robles Salguero, R. E., Serrano Mantilla, G. L., Serrano Cobos, H. G., Armijo Ibarra, A. M., & Anchundía Guerrero, R. E. (2019). Percepción sobre

- calidad de la atención en el centro de salud CAI III. *Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas*, 38(2), 153–169.
- Suárez Obando, F. (2020). Investigación clínica y buenas prácticas clínicas. Más historias por contar. *Persona y Bioética*, 24(2), 188–204.  
<https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.2.6>
- Torres Samuel, M., & Vásquez Stanescu, C. L. (2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*, 18(35), 57–76.
- Vázquez-Cruz, E., Sotomayor-Tapia, J., González-López, A. M., Montiel-Jarquín, Á. J., Gutierrez-Gabriel, I., Romero-Figueroa, M. S., Loría-Castellanos, J., & Campos-Navarro, L. A. (2018). Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. *Revista de Salud Publica*, 20(2), 254–257.  
<https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.61652>
- Vera, J., & Trujillo, A. (2018). Assessing the effect of service quality over user satisfaction in public health institutions in Mexico. *Contaduria y Administracion*, 63(2), 1–24. <https://doi.org/10.1016/j.cya.2016.07.003>
- Yépez Chamorro, M. C., Ricaurte Cepeda, M., & Jurado Fajardo, D. M. (2018). Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de Pasto, Colombia. *Universidad y Salud*, 20(2), 97–110.  
<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00097.pdf>

## **14. Anexos**

## Anexo 1. Consentimiento informado



**BUAP**

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre completo del  
protocolo

**Factores asociados a la percepción de la calidad por los usuarios de la  
consulta externa, en la clínica de Medicina Familiar ISSSTE a través del  
modelo SERVPREF en Tampico, Tamaulipas en marzo del 2023.**

Nombre del  
investigador principal

L.E.I Paola Victoria López Estrada

Correo de contacto:

paola.lopez@alumno.buap.mx

#### Apreciable señor/ señora:

Usted ha sido seleccionado para participar en este presente proyecto de investigación que se realiza en esta noble institución, la clínica de Medicina Familiar B ISSSTE Tampico. Si acepta participar en el estudio siéntase libre de preguntar lo que le genere dudas. Nuestro objetivo principal es evaluar la calidad que usted como usuario percibe del servicio de Consulta Externa sus integrantes y componentes, de esta manera al recabar la información necesaria y pertinente, además brindarle como beneficio del proyecto propuestas a la institución que mejoren la atención de salud alcanzando la calidad que se merece.

El procedimiento en el que participará será la resolución de una encuesta sencilla, que consta de 21 preguntas que van del 1 (que es la calificación mas baja) y aumentando progresivamente al 7 (que es la calificación más alta), estas preguntas tocan temas como mobiliario, personal y procesos de atención.

En caso de que usted no desee participar, puede comentarlo con el encuestador y esta en su derecho de rechazarla, sin que esto tenga alguna repercusión. Toda la información que usted nos proporcione será exclusivamente para el presente estudio, por lo cual nos comprometemos a hacer cumplir los lineamientos establecidos en la declaración de Helsinki, apegarnos a las Buenas Prácticas clínicas (ICH-E6-R1), proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud y respetar los códigos de ética establecidos por el instituto. Esta encuesta es completamente anónima, por lo que si acepta NO es necesario que coloque su nombre en este consentimiento.

Al haber recibido esta información y no teniendo dudas sobre este proyecto de investigación,  
marque con la opción que desee:

No acepto participar

Si acepto participar

En caso de tener algún comentario sobre el presente estudio o desee realizar algún comentario  
para mejorar esta área de atención puede hacerlo en la siguiente casilla:


Le agradecemos su participación, nuestro compromiso es mejorar cada día la calidad que brindamos.

## Anexo 2. Instrumento

### SERVPREF

Por favor responda lo más honesta posible, esta información nos ayudara a hacer mejoras en el área de consulta externa, esta encuesta es anónima.

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: 

F	M
---	---

  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**

Por favor proporcione una calificación a las siguientes características que usted percibe de la atención que le brindaron.

Marque con una ● su respuesta. 1 = Peor valoración.... 7= Máxima valoración

1	Preparación del Médico para atender sus problemas de salud (Conocimientos, habilidades y experiencia).	1	2	3	4	5	6	7
2	Le tiene confianza en su médico.	1	2	3	4	5	6	7
3	Realización del servicio requerido correctamente a la primera por parte del médico.	1	2	3	4	5	6	7
4	Claridad con que el médico le informa.	1	2	3	4	5	6	7
5	Seguimiento individualizado del médico al paciente	1	2	3	4	5	6	7
6	Amabilidad del médico	1	2	3	4	5	6	7
7	Interés demostrado por el médico de solucionar sus problemas de salud.	1	2	3	4	5	6	7
8	Disposición del médico por atender su problema.	1	2	3	4	5	6	7
9	Amabilidad del personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7
10	Amabilidad del personal no sanitario (Administrativos, farmacia, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
11	Considera que el personal de enfermería está capacitado para atenderlo.	1	2	3	4	5	6	7
12	Considera que el personal no sanitario está preparado para atenderlo.	1	2	3	4	5	6	7
13	Coordinación entre niveles (Clínica-Hospital)	1	2	3	4	5	6	7
14	Tiempo dedicado por el personal medico	1	2	3	4	5	6	7
15	Apariencia del equipo médico.	1	2	3	4	5	6	7
16	Aspecto de las Instalaciones.	1	2	3	4	5	6	7
17	Aspecto físico del personal.	1	2	3	4	5	6	7
18	Facilidad de trámites y papeles.	1	2	3	4	5	6	7
19	Facilidad de acceso al servicio (Horario, cercanía, aparcamiento).	1	2	3	4	5	6	7
20	Tiempo transcurrido para recibir una cita.	1	2	3	4	5	6	7
21	Tiempo transcurrido para realizar pruebas complementarias (laboratorios o radiografías).	1	2	3	4	5	6	7
22	Tiempo transcurrido para ser intervenido quirúrgicamente (en caso de ser necesario).	1	2	3	4	5	6	7