

# UNIVERSIDAD DE SONORA DIVISIÓN DE INGENIERÍA



## POSGRADO EN INGENIERÍA INDUSTRIAL

PROPUESTA DE MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN  
AL PACIENTE EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS  
DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN HERMOSILLO, MÉXICO

# T E S I S

PRESENTADA POR

**ALFONSO CISNEROS CAMPOS**

Desarrollada para cumplir con uno de los  
requerimientos parciales para obtener  
el grado de Maestro en Ingeniería

DIRECTOR DE TESIS  
DR. JAIME ALFONSO LEÓN DUARTE

HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO.

MAYO 2014

# Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

# UNIVERSIDAD DE SONORA DIVISIÓN DE INGENIERÍA



## POSGRADO EN INGENIERÍA INDUSTRIAL

PROPUESTA DE MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN  
AL PACIENTE EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS  
DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN HERMOSILLO, MÉXICO

# T E S I S

PRESENTADA POR

**ALFONSO CISNEROS CAMPOS**

Desarrollada para cumplir con uno de los  
requerimientos parciales para obtener  
el grado de Maestro en Ingeniería

DIRECTOR DE TESIS

DR. JAIME ALFONSO LEÓN DUARTE

HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO.

MAYO 2014



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"

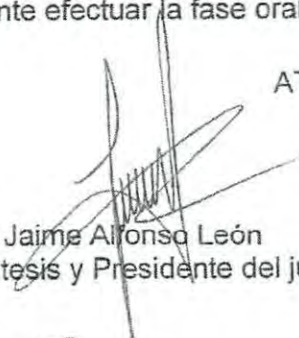
Hermosillo, Sonora a 26 de febrero de 2014


**ING. ALFONSO CISNEROS CAMPOS**


Con fundamento en el artículo 66, fracción III, del Reglamento de Estudios de Posgrado vigente, otorgamos a usted nuestra aprobación de la fase escrita del examen profesional, como requisito parcial para la obtención del Grado de Maestro en Ingeniería.

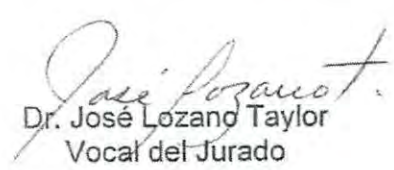
Por tal motivo este jurado extiende su autorización para que se proceda a la impresión final del documento de tesis: **PROPUESTA DE MEJORA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN HERMOSILLO, MÉXICO** y posteriormente efectuar la fase oral del examen de grado.

ATENTAMENTE

  
Dr. Jaime Alfonso León  
Director de tesis y Presidente del jurado

  
Dr. Luis Felipe Romero Dessens  
Secretario del Jurado

  
Dr. Víctor Hugo Benítez Baltazar  
Vocal del Jurado

  
Dr. José Lozano Taylor  
Vocal del Jurado

c.c.p. Archivo

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación desarrolla una propuesta de mejora de la calidad del servicio de la atención al paciente del área de Urgencias del Hospital General del ISSSTE “Dr. Fernando Ocaranza”.

La medida de la calidad en los servicios brindados, representa una ventaja competitiva que permite a las organizaciones llevar a cabo una correcta gestión de la calidad del servicio. Sin embargo esta medición no es fácil de llevar a cabo por lo que es fundamental saber medirlo. Por tal motivo, es importante realizar una correcta medición de la calidad del servicio y tomar retroalimentación de los usuarios como medio de información que identifique las causas y motivos por los que se brinda dicha calidad y por lo tanto obtener mayor conocimientos entre la interacción empresa-cliente.

Para este trabajo, se desarrolló un instrumento de medición de la calidad del servicio a partir de la percepción de los pacientes del área de urgencias, para lo cual se identificaron y definieron las variables y dimensiones a medir del servicio de urgencias, se desarrolló el instrumento en función de las variables definidas, se validó y aplicó el instrumento identificando así las variables más importantes según la percepción del paciente y se seleccionaron las características prioritarias del servicio para mejorar su calidad. Finalmente se propusieron una serie de estrategias para la mejora de la calidad del servicio al paciente en el área de urgencias a partir de las características consideradas como prioritarias por los pacientes.

Este trabajo brinda las pautas para realizar monitoreo periódico de la calidad del servicio proporcionado e identificar más oportunidades de mejora a partir de la reproducción del instrumento y de la misma manera, esta reproducción se puede realizar en distintos niveles de atención como lo puede ser hospitalización y consulta externa.

## **ABSTRACT**

The present research work develops a proposal for improving the patient care service quality of emergency area from General Hospital ISSSTE "Dr. Fernando Ocaranza".

The measure of the provided services quality represents a competitive advantage that enables organizations to perform proper management of service quality. However, this measurement is not easy to carry out and it is essential to know how to measure it. Therefore, it is important to make an accurate measurement of service quality and take user feedback as a means of information that identifies the causes and reasons for such quality is provided and therefore obtain greater knowledge between the company-customer interactions.

For this work, we develop an instrument for measuring service quality from the patients' perception in the emergency department, for which the variables and dimensions are identified and defined to measure emergency service, next the instrument was developed based on the variables defined, then the instrument was validated and applied to identifying the most important variables as perceived by the patient and priority service characteristics were selected to improve their quality. Finally a number of strategies were proposed to improve the quality of patient service in the emergency room from the characteristics considered as priority by patients.

This work provides guidelines for periodic monitoring of the service quality provided and identifies further opportunities for improvement from the reproduction of the instrument and in the same way; this reproduction can be performed on different levels of care such as hospitalization and outpatient service.

## **DEDICATORIAS**

A Dios por permitirme vivir estos grandes momentos de sabiduría, perseverancia y dedicación.

A mi familia por siempre estar conmigo brindándome todo su apoyo, comprensión y cariño. Esto es por ustedes.

A Alu, por su excelente apoyo y comprensión.

A mis amigos por siempre contar con ellos en cualquier momento de mi vida.

# AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Sonora por acogerme todo este tiempo, por sus maestros e instalaciones que fueron una de las bases para mi aprendizaje académico superior.

Al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y a su personal, por permitirme desarrollar este proyecto en sus instalaciones.

Al Maestro en Ciencias Guillermo Cuamea Cruz, por su gran apoyo, estímulo y consejos en el transcurso de la maestría.

Al Doctor Jaime Alfonso León Duarte, por su invaluable apoyo académico, por compartir sus conocimientos en temas de ingeniería y por su apoyo en la redacción de la tesis.

Al Doctor José Lozano Taylor, por su excelente apoyo académico, por compartir su experiencia en temas de ingeniería y por su apoyo moral.

Al grupo de profesores del posgrado por su apoyo académico, por compartir sus conocimientos en los temas de ingeniería y por su apoyo en la redacción de tesis.

A todos mis compañeros de la maestría, en especial aquellos con los que compartí excelentes momentos: Laura, Rodolfo, Leonardo, Alvin, Ing. Medina y Fernando.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por su apoyo económico durante todo el programa de posgrado.

Al Programa Integral de Fortalecimiento Institucional (PIFI, 2012), por su apoyo económico durante el programa de posgrado.



# ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
DEDICATORIAS.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE GENERAL .....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xiii
ÍNDICE DE ECUACIONES.....	xiv
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS.....	xv
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Presentación.....	1
1.2 Planteamiento del problema .....	2
1.3 Objetivo general.....	3
1.4 Objetivos específicos.....	3
1.5 Hipótesis.....	4
1.6 Alcances y delimitaciones.....	4
1.7 Justificación .....	4
2 MARCO DE REFERENCIA .....	5
2.1 Características del Hospital General del ISSSTE “Dr. Fernando Ocaranza” ..	5
2.1.1 Estructura orgánica del área de urgencias.....	5
2.1.2 Objetivos y Funciones .....	6
2.2 Panorama Global de los Servicios de Salud.....	9

2.2.1	Instituciones de Servicios de Salud del Sector Público (Nacionalmente e Internacionalmente).....	9
2.2.2	Modelos para el cuidado de la salud mundial (Nacional e Internacionalmente).....	13
2.2.3	Contexto legal de los servicios de salud (Nacionalmente e Internacionalmente).....	17
2.3	Servicios de Salud o Servicios Hospitalarios.....	23
2.3.1	Que son los servicios .....	23
2.3.2	Que es Salud .....	24
2.3.3	Que son los servicios de salud.....	24
2.4	Departamento de urgencias .....	25
2.4.1	Que es una urgencia.....	25
2.4.2	Servicios de urgencias .....	26
2.5	Calidad .....	27
2.5.1	Calidad en los servicios .....	27
2.5.2	Herramientas para medir la calidad percibida y la calidad esperada. ....	31
2.5.3	El modelo SERVQUAL.....	33
2.5.4	Modelo SERVPERF .....	36
2.5.5	Comparación de herramientas.....	37
2.6	Instrumento de Medición .....	38
2.6.1	Encuestas .....	38
2.6.2	Requisitos que debe cubrir un instrumento de medición.....	39
2.6.3	Tamaño de muestra.....	41
2.6.4	Procedimiento para construir un instrumento de medición .....	43
2.7	Análisis Multivariado.....	49

2.7.1	Análisis Factorial.....	49
2.7.2	Procedimiento para realizar un análisis factorial.....	50
2.8	Estudios Previos.....	56
3	METODOLOGÍA.....	58
4	RESULTADOS.....	68
4.1	Fase 1: Redefiniciones fundamentales.....	68
4.2	Fase 2: Revisión enfocada en la literatura.....	69
4.3	Fase 3: Identificación del dominio de las dimensiones a medir.....	69
4.4	Fase 4: Decisiones clave.....	71
4.5	Fase 5: Construcción del instrumento.....	71
4.6	Fase 6: Prueba piloto.....	72
4.7	Fase 7: Versión final.....	72
4.8	Fase 8: Entrenamiento del personal.....	72
4.9	Fase 9: Autorizaciones.....	73
4.10	Fase 10: Administración del instrumento.....	73
4.11	Fase 11: Preparación de los datos para el análisis.....	73
4.12	Análisis.....	74
4.12.1	Análisis factorial.....	74
4.12.2	Análisis estadístico.....	84
4.12.3	Relación de factores con el perfil de la persona encuestada.....	91
4.12.4	Factores que presenta mayor porcentaje de desacuerdo.....	123
4.13	Propuesta de Mejora.....	126
5	CONCLUSIONES.....	135
5.1	Trabajos Futuros.....	138

6	REFERENCIAS .....	139
7	ANEXOS.....	147
7.1	Prueba piloto .....	147
7.2	Cuestionario Final.....	150

# ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1. Organigrama de la Coordinación de urgencias .....	5
Figura 2.2. Sistema de Salud en México .....	11
Figura 2.3. Marco Conceptual del Programa Nacional de Salud 2007 – 2012 .....	14
Figura 2.4. Estrategias del Programa Nacional de Salud 2007 – 2012 y su relación con las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud .....	14
Figura 2.5. Percepción de calidad de los usuarios, México 2006 y 2012 .....	17
Figura 3.1. Estructura de la Metodología retomada de Hernández, Fernández y Baptista (2010) .....	59
Figura 4.1. Matriz De Sedimentación de Calidad en el Servicio de Urgencias .....	78
Figura 4.2. Frecuencia de reactivo F1 y F2 .....	85
Figura 4.3. Frecuencia de reactivo F3 y F4 .....	85
Figura 4.4. Frecuencia de reactivo F5 y E3 .....	85
Figura 4.5. Frecuencia de reactivo C2.....	86
Figura 4.6. Frecuencia de reactivo E1 y E2.....	87
Figura 4.7. Frecuencia de reactivo E4 y E5.....	87
Figura 4.8. Frecuencia de reactivo E6 y E7.....	87
Figura 4.9. Frecuencia de reactivo C1 y C3.....	88
Figura 4.10. Frecuencia de reactivo C4.....	88
Figura 4.11. Frecuencia de reactivo T1 y T2 .....	90
Figura 4.12. Frecuencia de reactivo T5 y T6 .....	90
Figura 4.13. Frecuencia de reactivo T3 y T4 .....	91
Figura 4.14. Comparación de ítem F2 entre sexo.....	92
Figura 4.15. Comparación de ítem F4 entre sexo.....	92
Figura 4.16. Comparación de ítem E3 entre sexo .....	93
Figura 4.17. Comparación de ítem C2 entre sexo .....	93
Figura 4.18. Porcentaje F2 en rango de edad .....	94
Figura 4.19. Porcentaje F2 en rango de edad .....	94
Figura 4.20. Porcentaje F2 y C2 en rango de edad .....	94

Figura 4.21. Porcentaje C2 en rango de edad ..... 95

Figura 4.22. Porcentaje C2 en rango de edad ..... 95

Figura 4.23. Porcentaje F3 en tipo de derechohabiente ..... 96

Figura 4.24. Porcentaje F3 en tipo de derechohabiente ..... 96

Figura 4.25. Porcentaje F4 en tipo de derechohabiente ..... 96

Figura 4.26. Porcentaje F4 en tipo de derechohabiente ..... 97

Figura 4.27. Porcentaje E3 en tipo de derechohabiente ..... 97

Figura 4.28. Porcentaje E3 en tipo de derechohabiente ..... 97

Figura 4.29. Porcentaje C2 en tipo de derechohabiente ..... 98

Figura 4.30. Porcentaje C2 en tipo de derechohabiente ..... 98

Figura 4.31. Porcentaje F2 de nivel de estudios ..... 99

Figura 4.32. Porcentaje F2 de nivel de estudios ..... 99

Figura 4.33. Porcentaje F2 y C2 en nivel de estudios ..... 100

Figura 4.34. Porcentaje C2 en nivel de estudios ..... 100

Figura 4.35. Porcentaje C2 en nivel de estudios ..... 100

Figura 4.36. Comparación de ítem E5 entre sexo ..... 101

Figura 4.37. Comparación de ítem E6 entre sexo ..... 101

Figura 4.38. Comparación de ítem C3 entre sexo ..... 102

Figura 4.39. Comparación de ítem C4 entre sexo ..... 102

Figura 4.40. Porcentaje E6 en rango de edad ..... 103

Figura 4.41. Porcentaje E6 en rango de edad ..... 103

Figura 4.42. Porcentaje E6 en rango de edad ..... 103

Figura 4.43. Porcentaje E2 en tipo de derechohabiente ..... 104

Figura 4.44. Porcentaje E2 en tipo de derechohabiente ..... 104

Figura 4.45. Porcentaje E4 en tipo de derechohabiente ..... 105

Figura 4.46. Porcentaje E4 en tipo de derechohabiente ..... 105

Figura 4.47. Porcentaje E6 en tipo de derechohabiente ..... 105

Figura 4.48. Porcentaje E6 en tipo de derechohabiente ..... 106

Figura 4.49. Porcentaje C4 en tipo de derechohabiente ..... 106

Figura 4.50. Porcentaje C4 en tipo de derechohabiente ..... 106

Figura 4.51. Porcentaje E1 en nivel de estudios.....	107
Figura 4.52. Porcentaje E1 en nivel de estudios.....	108
Figura 4.53. Porcentaje E1 en nivel de estudios.....	108
Figura 4.54. Comparación de ítem T1 entre sexo.....	109
Figura 4.55. Comparación de ítem T5 entre sexo.....	109
Figura 4.56. Comparación de ítem T6 entre sexo.....	109
Figura 4.57. Porcentajes T1 en rango de edad.....	110
Figura 4.58. Porcentajes T1 en rango de edad.....	110
Figura 4.59. Porcentajes T1 y T5 en rango de edad.....	111
Figura 4.60. Porcentajes T5 en rango de edad.....	111
Figura 4.61. Porcentajes T5 en rango de edad.....	111
Figura 4.62. Porcentajes T6 en rango de edad.....	112
Figura 4.63. Porcentajes T6 en rango de edad.....	112
Figura 4.64. Porcentajes T6 en rango de edad.....	112
Figura 4.65. Porcentaje T1 en tipo de derechohabiente .....	113
Figura 4.66. Porcentaje T1 en tipo de derechohabiente .....	113
Figura 4.67. Porcentaje T5 en tipo de derechohabiente .....	114
Figura 4.68. Porcentaje T5 en tipo de derechohabiente .....	114
Figura 4.69. Porcentaje T6 en tipo de derechohabiente .....	114
Figura 4.70. Porcentaje T6 en tipo de derechohabiente .....	115
Figura 4.71. Porcentaje T1 en nivel de estudios.....	116
Figura 4.72. Porcentaje T1 en nivel de estudios.....	116
Figura 4.73. Porcentaje T1 y T5 en nivel de estudios.....	116
Figura 4.74. Porcentaje T5 en nivel de estudios.....	117
Figura 4.75. Porcentaje T5 en nivel de estudios.....	117
Figura 4.76. Porcentaje T6 en nivel de estudios.....	117
Figura 4.77. Porcentaje T6 en nivel de estudios.....	118
Figura 4.78. Porcentaje T6 en nivel de estudios.....	118
Figura 4.79. Comparación de ítem T3 entre sexo.....	119
Figura 4.80. Comparación de ítem T4 entre sexo.....	119

Figura 4.81. Porcentaje T3 en rango de edad .....	120
Figura 4.82. Porcentaje T3 en rango edad .....	120
Figura 4.83. Porcentaje T3 en rango de edad .....	120
Figura 4.84. Porcentaje T3 en tipo de derechohabiente .....	121
Figura 4.85. Porcentaje T3 en tipo de derechohabiente .....	121
Figura 4.86. Porcentaje T6 en nivel de estudios.....	122
Figura 4.87. Porcentaje T6 en nivel de estudios.....	122
Figura 4.88. Porcentaje T6 de nivel de estudios.....	122



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Indicadores para el cumplimiento de las características esperadas por los clientes, basado en Fontalvo y Vergara (2010) .....	30
Tabla 2.2. Dimensiones para la medición de la calidad del servicio, basado en Parasuraman, Zeithaml y Berry (1993).....	33
Tabla 4.1. Dimensiones para medir la calidad del servicio por varios autores. Fuente: Elaboración propia. ....	70
Tabla 4.2. Matriz De Correlaciones Entre Variables de Calidad en el Servicio de Urgencias.....	74
Tabla 4.3. Matriz De Correlación Total de Calidad en el Servicio de Urgencias.....	75
Tabla 4.4. Alfa de Cronbach de Calidad en el Servicio de Urgencias.....	75
Tabla 4.5. Matriz De Correlación Parciales Negativas de Calidad en el Servicio de Urgencias. ....	76
Tabla 4.6. KMO de Calidad en el Servicio de Urgencias. ....	77
Tabla 4.7. Matriz De Varianza Total Explicada de Calidad en el Servicio de Urgencias .....	79
Tabla 4.8. Matriz Con Cargas Rotadas de 4 Factores. ....	79
Tabla 4.9. Matriz De Comunalidad de 4 Factores.....	81
Tabla 4.10. Matriz de Componentes Antes de Rotar .....	82
Tabla 4.11. Matriz De Componentes Rotados de Calidad en el Servicio de Urgencias a 4 Componentes .....	83
Tabla 4.12. Porcentaje en desacuerdo por componentes .....	123
Tabla 4.13. Porcentaje en desacuerdo por sexo .....	124
Tabla 4.14. Porcentaje en desacuerdo por rango de edad.....	124
Tabla 4.15. Porcentaje en desacuerdo por tipo de derechohabiente.....	125
Tabla 4.16. Porcentaje en desacuerdo por nivel de estudios .....	125

# ÍNDICE DE ECUACIONES

Ecuación 2.1. Calculo del Tamaño de Muestra .....	42
---	----

# ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
I.M.S.S.	Instituto Mexicano del Seguro Social
I.S.S.S.T.E. del Estado	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
I.S.S.F.A.M.	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas
K.M.O.	Kaiser Meyen Olkin
L.S.S.	Ley del Seguro Social
N.O.M.	Normas Oficiales Mexicanas
O.M.S.	Organización Mundial de la Salud
SERVQUAL	Service Quality
SERVPERF	Service Performance
S.N.S.	Sistema Nacional de Salud
S.S.A.	Secretaria de Salud

# 1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo se hace una breve presentación de la institución en donde tiene lugar el trabajo de investigación, se muestra el planteamiento del problema, el objetivo general y los específicos, la hipótesis, los alcances y delimitaciones y por último la justificación del proyecto.

## 1.1 Presentación

El trabajo de investigación se desarrolló en el área de Urgencias de un hospital general público que pertenece al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, identificado por sus siglas como I.S.S.S.T.E. Dicha institución, está dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a trabajadores, pensionados, jubilados y familiares afiliados a instituciones del gobierno federal. Este hospital recibe el nombre de Hospital General “Dr. Fernando Ocaranza”, el cual fue inaugurado en el año de 1970 y atiende a la población derechohabiente del estado de Sonora, brindando servicios de salud, ubicándose así dentro del sector terciario de la industria.

La infraestructura del hospital consta de 77 camas censables, considerándose estas como camas que cuentan con servicio de enfermería, médico, toma de oxígeno y aire; 577 trabajadores y 24 consultorios de especialidades.

En este hospital se reciben referencias de tres clínicas hospitalares, tres clínicas de medicina familiar y 33 unidades de medicina familiar, con una población derechohabiente de 203,000 personas en el estado de Sonora, de los cuales 61,700 son de la ciudad de Hermosillo. Está integrado por una Dirección General, una Subdirección Médica, una Subdirección Administrativa, 15 Coordinaciones de Áreas y 33 departamentos.

El área de Urgencias se encuentra dentro de la coordinación de urgencias y terapia intensiva. Comenzó en el año de 1970, mismo año en que se fundó el hospital, siendo su objetivo primordial brindar atención médica oportuna y de calidad a toda

persona que presente un problema médico o quirúrgico agudo que ponga en peligro su vida y pueda ocasionar la pérdida de un órgano o de una función.

Para su funcionamiento, el servicio de Urgencias cuenta con 42 trabajadores y un coordinador. Consta de seis áreas: sala de espera, área de recepción, consultorios de valoración clínica, cuarto de curaciones, área de hospitalización de adultos y área de hospitalización pediátrica.

El hospital general del ISSSTE "Dr. Fernando Ocaranza", cuenta con un área para brindar servicios de Urgencias médicas. En dicha área se reciben pacientes que son valorados y atendidos según su situación clínica, considerándose como urgencias Reales aquellas situaciones que ponen en peligro la vida o representan un riesgo inminente de muerte y una Urgencia Sentida como aquella que no representa un peligro de muerte y por ello, no es función de esa área atenderla con prioridad.

Para los últimos tres años, existe un total de: 74,534 registros de personas en urgencias, de las cuales 38,636 fueron valoradas con Urgencias Reales, 24,198 valoradas con Urgencias Sentidas y 11,700 no fueron atendidas.

Por otro lado, los registros de quejas de pacientes inconformes con el Servicio de Urgencias son de 7,526 quejas en los tres años.

## **1.2 Planteamiento del problema**

Existen registros del área de Urgencias que son representativos de la capacidad y calidad de sus servicios como el número personas que acuden a solicitar servicios médicos, la valoración que tuvieron como pacientes y el número de quejas sobre la atención:

Los registros de pacientes no atendidos representan problemas de calidad en el servicio, ya que las personas registradas esperan recibir un servicio de atención médica y no la reciben. Por otro lado, las Urgencias Sentidas ocupan servicios que no son destinados para ellas. Este problema puede no ser provocado internamente pero afecta directamente el flujo adecuado de pacientes, es por ello que deben tomarse medidas para canalizarlos, así como mejorar el resto de los elementos que intervienen para brindar servicios en el área, ya que esto genera un fuerte

desequilibrio en algunos momentos en el servicio proporcionado y la demanda; por tal motivo se producen problemas en la oportunidad de la atención y la accesibilidad generando déficit en la calidad. Finalmente, el número de quejas es evidencia de inconformidad de los pacientes por mala calidad del servicio.

A pesar de tenerse identificados algunos factores como causales de mala calidad y de tomarse medidas internas por la mejora constante del servicio, se desea conocer cómo los usuarios perciben el servicio, para identificar los factores que le generen insatisfacción.

### **1.3 Objetivo general**

Desarrollar una propuesta para la mejora de la calidad del servicio de atención al paciente del área de Urgencias del Hospital General del ISSSTE “Dr. Fernando Ocaranza”.

### **1.4 Objetivos específicos**

- Identificar y definir las variables y dimensiones a medir del servicio en Urgencias que los pacientes valoran para su satisfacción.
- Desarrollar un instrumento de medición contemplando las dimensiones, variables y particularidades de estudio en los servicios de salud en Urgencias.
- Validar y aplicar el instrumento de medición que identifique cuáles características del servicio son las más importantes según la percepción del paciente.
- Seleccionar las características prioritarias del servicio para mejorar su calidad, dada su relevancia y viabilidad.
- Proponer estrategias para la mejora de la calidad del servicio al paciente en el área de Urgencias, a partir del análisis de las características prioritarias para los pacientes y la viabilidad de aplicación del hospital.

## **1.5 Hipótesis**

Mediante el estudio de la percepción de los pacientes sobre el servicio que brinda el área de Urgencias, es posible desarrollar propuestas que mejoren la calidad del *servicio en este departamento*.

## **1.6 Alcances y delimitaciones**

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General del ISSSTE “Dr. Fernando Ocaranza”, dentro del área de Urgencias, en la cual se realizará una propuesta de mejora de su servicio desde el enfoque de la percepción que tiene el paciente sobre la calidad del servicio brindado, teniendo en cuenta la disponibilidad de los recursos en esta área. Debido a la restricción del tiempo, el alcance del proyecto sólo se limitará a las características prioritarias y que la institución esté interesada en que se desarrollen.

## **1.7 Justificación**

El desarrollo de este trabajo tiene un impacto social enfocado en la salud, ya que al mejorar los servicios de salud en el área de Urgencias, se podrá brindar un trato digno y oportuno a los usuarios, lo que contribuirá a su satisfacción y al cuidado de sus vidas.

Actualmente, los usuarios de los servicios de salud demandan mejor atención. La medición de la percepción del paciente, permitirá identificar los aspectos críticos del servicio que representan oportunidades de mejora.

El medir las percepciones y expectativas de los pacientes, con el propósito de mejorar la calidad y la eficiencia de las actividades del servicio de urgencias, permitirá diseñar estrategias de decisión más eficaces sobre lo que se debe hacer, cómo hacerlo, cuándo y quién las realizará, ya que centra los esfuerzos en su satisfacción y prioriza sus necesidades.

## 2 MARCO DE REFERENCIA

Los conceptos que sustentan este trabajo de investigación se presentan en el siguiente marco de referencia que se muestra a continuación.

### 2.1 Características del Hospital General del ISSSTE “Dr. Fernando Ocaranza”

A continuación se presenta información de las características del área de urgencias del hospital general, de acuerdo al Manual de Organización.

#### 2.1.1 Estructura orgánica del área de urgencias



*Figura 2.1. Organigrama de la Coordinación de urgencias.*



## 2.1.2 Objetivos y Funciones

### Coordinación de urgencias y Terapia Intensiva

#### Objetivos:

- Coordinar e instrumentar el adecuado otorgamiento de medicina crítica de alta especialidad a los pacientes para su atención, tratamiento y recuperación con oportunidad, calidad y eficiencia.
- Programar y controlar la Atención Médica de Terapia Intensiva a los pacientes hospitalizados que lo requieran, estableciendo el tratamiento adecuado para su recuperación o estabilización.
- Coordinar y controlar la atención médica de urgencia que requieran los pacientes que acuden al Hospital General con problemas que ponen en peligro la función, los órganos o la vida del paciente.

#### Funciones:

- Integrar el Programa Anual de Actividades de la Coordinación.
- Coordinar los Servicios de urgencia y terapia Intensiva que se proporciona a los usuarios, conforme a las Políticas, Normas y Procedimientos Institucionales.
- Verificar que la aplicación de Recursos Humanos y Tecnológicos de su ámbito de competencia, se oriente a la participación oportuna y eficiente en el proceso de atención integral a los usuarios.
- Programar y ejecutar las acciones de supervisión y control operativo en el ámbito de su competencia.
- Coordinar y proponer el desarrollo de Proyectos Operativos, Programas de Enseñanza e Investigaciones orientados a la Capacitación del Personal de Salud; y el fortalecimiento del Conocimiento Científico, Tecnológico y Organizacional.
- Integrar, analizar y someter a consideración de la Subdirección Médica del Hospital General la información operativa generada por las áreas a su cargo.

- Representar a la Coordinación en los Comités y Grupos de Trabajo o Eventos intra o extramuros que le sean indicados.
- Verificar que se lleve a cabo el desarrollo del Programa de Mantenimiento del equipo e instalaciones a cargo del área.
- Evaluar los programas y el servicio otorgado a fin de identificar desviaciones en los procesos para aplicar las medidas correctivas pertinentes.
- Promover y coordinar la formulación de los procedimientos Médico-Quirúrgicos que homogenicen la calidad en la Atención Médica.
- Implantar las Políticas, Normas y Programas emitidos por el Instituto relativos a los aspectos Médico-Asistenciales del Servicio de urgencias, así como las estrategias para su ejecución.
- Elaborar y desarrollar los Programas Operativos del Servicio de urgencias.
- Ejecutar las acciones de control y evaluación, supervisando que el funcionamiento de los servicios cumpla en el Marco Legal y las Normas y Procedimientos Técnico-Administrativos Institucionales establecidos.
- Evaluar el proceso y resultados de la atención en el servicio a su cargo con base en los Criterios, Estándares e Indicadores Institucionales establecidos.
- Organizar en el ámbito de su responsabilidad, la participación del personal para la atención de los usuarios del servicio.
- Otorgar información oportuna al derechohabiente y sus familiares sobre el estado de salud del paciente que acude al servicio de urgencias, en coordinación con el área de enlace hospitalario.
- Asesorar al Médico tratante en el análisis de casos clínicos, problemas detectados y el diagnóstico y terapia procedente.
- Integrar y presentar a la Coordinación de Medicina Crítica de adultos, la información programática, administrativa y de la operación del servicio en el ámbito de su competencia.
- Gestionar y supervisar la aplicación racional de los Recursos Humanos, Materiales y Tecnológicos para la prestación de los servicios a su cargo.

- Controlar el desarrollo de Programas de Enseñanza e Investigación, relativos a su jefatura.
- Brindar y promover asesoría y capacitación en el servicio al personal bajo su responsabilidad.
- Participar en los Comités Técnicos y grupos de trabajo en representación de la Coordinación a su cargo.
- Gestionar los servicios de mantenimiento de equipo e instalaciones en el ámbito de su responsabilidad.
- Promover la participación oportuna y eficiente del personal a su cargo, en el proceso de atención integral de los pacientes del servicio.
- Implantar las Políticas, Normas y Programas emitidos por el Instituto relativos a los aspectos Médico-Asistenciales del Servicio de Terapia Intensiva, así como las estrategias para su ejecución.
- Elaborar y desarrollar los Programas Operativos del Servicio en el ámbito de su competencia.
- Ejecutar las acciones de control y evaluación, supervisando que el funcionamiento de los servicios cumpla con el Marco Legal, las Normas y Procedimientos Técnico-Administrativos Institucionales establecidos.
- Evaluar el proceso y resultados de la Atención Médica en el servicio a su cargo con base en los Criterios, Estándares e Indicadores Institucionales establecidos.
- Organizar en el ámbito de su responsabilidad, la participación del personal para la atención de los usuarios del servicio.
- Asesorar al Médico tratante en el análisis de casos clínicos, problemas detectados y el diagnóstico y terapia procedente.
- Integrar y presentar a la Coordinación de Medicina Crítica de Adultos, la información programática, administrativa y de la operación del servicio en el ámbito de su competencia.
- Gestionar y supervisar la aplicación racional de los Recursos Humanos, Materiales y Tecnológicos para la prestación de los servicios a su cargo.

- Controlar el desarrollo de Programas de Enseñanza e Investigación, relativos a su Coordinación.
- Brindar y promover asesoría y capacitación en el servicio al personal bajo su responsabilidad.
- Participar en los Comités Técnicos y Grupos de Trabajo en representación de la Coordinación a su cargo.
- Gestionar los servicios de mantenimiento de equipo e instalaciones en el ámbito de su responsabilidad.
- Promover la participación oportuna y eficiente del personal a su cargo, en el proceso de atención integral de las pacientes del servicio.
- Establecer los mecanismos de supervisión necesarios para vigilar la permanencia del personal en sus labores dentro de las jornadas de trabajo que tengan asignada.
- Vigilar que el otorgamiento de Licencias Médicas se realice con un profundo sentido de responsabilidad y ética con estricto apego a lo señalado en la normatividad institucional y a la ley federal de responsabilidades administrativas de los servidores públicos, publicada en el D.O.F. el 13 de marzo del 2002. Última reforma publicada D.O.F. 28-05-2009.

## **2.2 Panorama Global de los Servicios de Salud**

### **2.2.1 Instituciones de Servicios de Salud del Sector Público (Nacionalmente e Internacionalmente)**

En México, la Secretaría de Salud (SSA) es la institución rectora del sistema y elabora las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), donde se establecen los procedimientos y contenidos específicos de la regulación sanitaria nacional (OPS, 2002).

El ordenamiento jurídico del sector se basa en dos leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del gobierno: ley general de salud y ley general del seguro social, cuyas operaciones se realizan a través de Normas Oficiales Mexicanas (NOM), Reglamentos, Reglas de Operación y Acuerdos de las

instituciones públicas, publicados en el Diario Oficial de la República. La Federación elabora y revisa las NOM, convoca a los grupos interinstitucionales (ej. de estadísticas sanitarias, de atención a grupos de población, etc.) y concentra las estadísticas de salud. No existe un verdadero sistema nacional de información, sino un conjunto -cada institución pública tiene el propio- de subsistemas estructural y funcionalmente desconectados entre sí, que generan información sobre población y cobertura, recursos, servicios prestados y daños a la salud. La regulación sanitaria de productos, bienes y servicios se ejerce en un marco compartido de responsabilidades entre la federación y las secretarías estatales de salud (OPS, 2002).

Existen dos importantes instancias de regulación y coordinación sectorial: el Consejo de Salubridad General, órgano dependiente de la Presidencia de la República encargado de la coordinación intersectorial en salud; y el Consejo Nacional de Salud, órgano de carácter federal para la coordinación territorial de las políticas de salud, integrado por el Secretario de salud y los 32 Secretarios estatales del ramo. La supervisión y control del gasto público lo hace la Oficialía Mayor de cada institución, bajo directrices y en estrecha coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien transfiere los recursos financieros, y la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo que supervisa el gasto (OPS, 2002).

El sistema de salud en México está segmentado de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas y, está compuesto por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y los servicios privados de salud. A su vez, el SNS consta de dos subsistemas débilmente coordinados entre sí (y que presentan una acentuada desarticulación interna), a saber los seguros sociales; y los servicios de salud para la población abierta.

### **Sistema Nacional de Salud**

- **Seguros sociales.**

Los seguros sociales cubren a los trabajadores asalariados del sector público y privado y a sus familiares. Los tres principales seguros sociales en México son el

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Adicionalmente, los gobiernos estatales han creado seguros sociales para sus trabajadores (los llamados ISSSTE estatales), y algunos organismos descentralizados, como Petróleos Mexicanos, cuentan con servicios médicos independientes.

**Sujetos de aseguramiento.** Los sujetos de aseguramiento son quienes legalmente están obligados a cotizar a los seguros sociales, así como quienes pueden hacerlo, de manera voluntaria, para obtener los derechos correspondientes.

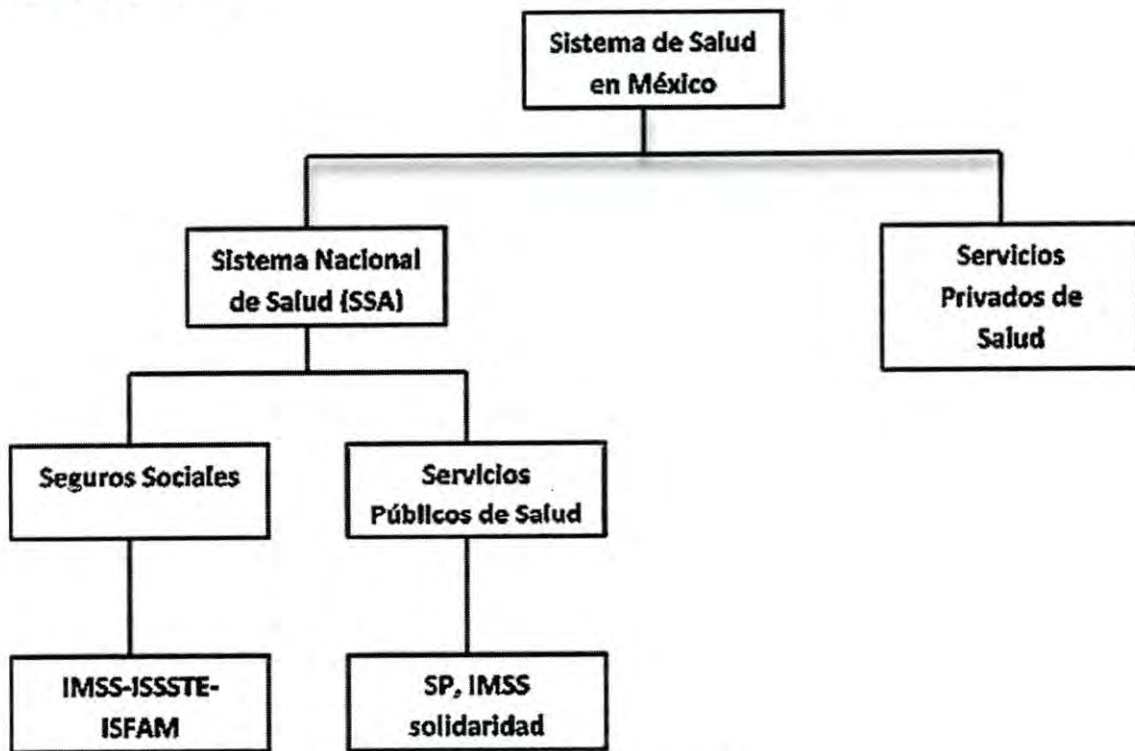


Figura 2.2. Sistema de Salud en México.

**a) IMSS.**

Conforme a la Ley del Seguro Social (LSS, 1995), son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio (Art. 12): "Primero, las personas que se encuentren vinculadas a otras, de manera permanente o eventual, por una relación de trabajo cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón y aun cuando éste, en virtud de

alguna Ley especial, esté exento del pago de impuestos o derechos. Segundo, los miembros de sociedades cooperativas de producción, y tercero, las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del Decreto respectivo, bajo los términos y condiciones que señala esta Ley”.

**b) ISSSTE.**

La Ley del ISSSTE se aplica (Art. 1): “Primero, a los trabajadores al servicio civil de las dependencias y de las entidades de la administración pública federal que por ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal se incorporen a su régimen, así como a los pensionistas y a los familiares derechohabientes de unos y otros; segundo, a las dependencias y entidades de la administración pública federal y de los Poderes de la Unión a que se refiere esta ley; tercero, a las dependencias y entidades de la administración pública federal en los estados y municipios y a sus trabajadores en los términos de los convenios que el Instituto celebre de acuerdo con esta ley, y las demás disposiciones de las demás legislaturas locales; cuarto, a los diputados y senadores que durante su mandato constitucional se incorporen individual y voluntariamente al régimen de esta ley” (LISSSTE, 1983).

**c) ISSFAM.**

Conforme a la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (LISSFAM), son sujetos de aseguramiento: “Los militares en situación de activo y de retiro” (Art. 17). Para los efectos de la LISSFAM “se entiende por militares a los miembros del Ejército, de la Fuerza Aérea y de la Armada de México” (Art. 126) (LISSFAM, 2003).

- **Servicios públicos de salud.**

La población no asegurada (población abierta) es atendida principalmente a través de la Secretaría de Salud (SSA), que además de sus funciones normativas y de evaluación opera, entre otros programas: el componente de Salud del Progreso; y el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC); Seguro Popular; las entidades coordinadas por la SS; los servicios estatales de salud (SES) que, con el apoyo financiero del Gobierno Federal, han absorbido recientemente una parte sustancial de los servicios que antes operaba la SSA; y el sistema IMSS Solidaridad, que se

financia con fondos del Gobierno Federal y aprovecha la experiencia operativa del IMSS.

## **2.2.2 Modelos para el cuidado de la salud mundial (Nacional e Internacionalmente)**

El 13 de febrero de 2007, el Presidente Felipe Calderón Hinojosa puso en marcha la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, cuyo objetivo general es disminuir, mediante medidas anticipatorias, el impacto de las enfermedades y lesiones sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto. Esta estrategia incluye acciones novedosas de promoción de la salud, prevención y control de riesgos sanitarios, y detección temprana de enfermedades. Los resultados esperados de esta estrategia son: evitar muertes, reducir las tasas de morbilidad, mejorar los indicadores de calidad y bienestar, y asegurar que la población tenga control sobre los determinantes de su salud (SSA, 2007).

Enmarcado en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y con una visión prospectiva hacia el 2030, se diseñó el Programa Nacional de Salud 2007-2012, que cuenta con cinco objetivos, diez estrategias y 74 líneas de acción. Este programa es un producto colectivo. Se elaboró con la participación de todas las instituciones del sector, todas las entidades federativas y un amplio número de organizaciones de la sociedad civil.

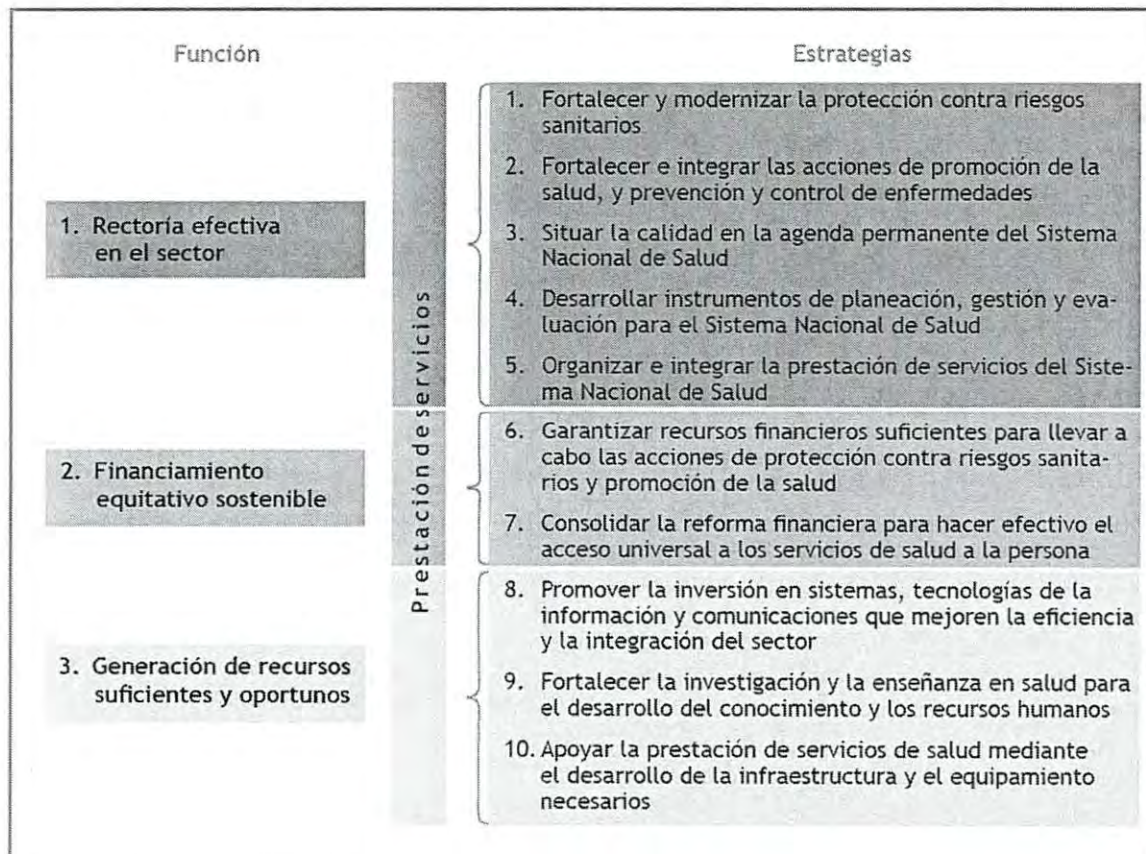
Los cinco objetivos del Programa Nacional de Salud 2007-2012, que son los siguientes:

1. Mejorar las condiciones de salud de la población;
2. Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
3. Prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
4. Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y
5. Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.





**Figura 2.3.** Marco Conceptual del Programa Nacional de Salud 2007 – 2012.



**Figura 2.4.** Estrategias del Programa Nacional de Salud 2007 – 2012 y su relación con las funciones básicas del Sistema Nacional de Salud.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 responde a los retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud poniendo en marcha mecanismos que fortalecerán las

actividades de protección contra riesgos sanitarios, promoción de la salud y prevención de enfermedades; mejorarán la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes; permitirán ampliar la infraestructura y el equipamiento en salud; consolidarán el abasto de medicamentos y otros insumos, e impulsarán el aseguramiento universal en salud. A través de ello se irá construyendo el camino que conduce a la necesaria integración de nuestro sistema de salud (SSA, 2007).

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, creado por la Secretaría de Salud de México, establece una estrategia clara y viable para avanzar en la transformación de México sobre bases sólidas, realistas y sobre todo, responsables. Pretende fomentar un cambio de actitud frente al porvenir y detonar un ejercicio de planeación y prospectiva que amplíe nuestros horizontes de desarrollo. Con el plan de arranque de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en el año 2001, se establecieron acciones de mejora continua en las instituciones del sector público para brindar una atención médica eficiente, ética y segura que contribuyera a elevar la satisfacción de los usuarios, involucrando a los servicios de urgencias a través de la estrategia SUMAR (Servicios de urgencias con Mejoras en la Atención y el Respeto) , la cual estaba encaminada a mejorar el tiempo de espera para recibir atención médica, el trato digno a pacientes y familiares y la calidad de la información proporcionada al usuario (Martínez, 2007). Asimismo, se contempla una estrategia llamada acuerdos de gestión para mejora de la calidad, la cual consiste en que las unidades médicas participantes elaboren un diagnóstico situacional sobre los indicadores de calidad, como son los de trato digno, atención médica efectiva y organización de los servicios, con la finalidad de que tomen uno o más indicadores que identifiquen una oportunidad de mejora, se proponen estrategias para alcanzar una meta anual (SSA, 2011).

En la actualidad, El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República formula las estrategias y acciones con las que se propone alcanzar los objetivos que en materia de salud se han establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. El Programa Sectorial

de Salud 2013-2018 establece seis objetivos asociados a las metas nacionales de México, dichos objetivos son los siguientes:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectora de la Secretaría de Salud.

Es importante destacar que el segundo objetivo apunta a mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud con calidad, a través de la creación y fortalecimiento de redes de servicios integradas, sustentadas en un modelo de atención primaria más homologado y resolutivo. Además, el quinto objetivo establece estrategias para optimizar la generación y el uso de recursos en salud con el propósito de mejorar el desempeño del sector salud y la calidad de los servicios, empleando esquemas sectoriales de planeación y evaluación del desempeño; estrategias que impulsen la innovación y la investigación científica; que simplifiquen la normatividad y los trámites gubernamentales, y que fortalezcan la rendición de cuentas de manera clara y oportuna a la ciudadanía (SS, 2013).

Para proporcionar una atención de calidad integral, técnica e interpersonal, sin importar el sexo, edad, lugar de residencia, situación económica o condición laboral se delinean estrategias para transformar el Sistema Nacional de Salud de manera que toda la población mexicana esté protegida por un esquema de aseguramiento público continuo y exista una operación integrada y coordinada entre las distintas instituciones de salud (SS, 2013).

Dentro del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, La ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012 revelan que de las personas que se atendieron en las diferentes instituciones la percepción de la calidad en la atención es mayor en el sector privado, a pesar de que ésta ha mejorado en los establecimientos públicos en los últimos años. Estas diferencias están representadas en la Figura 2.5.

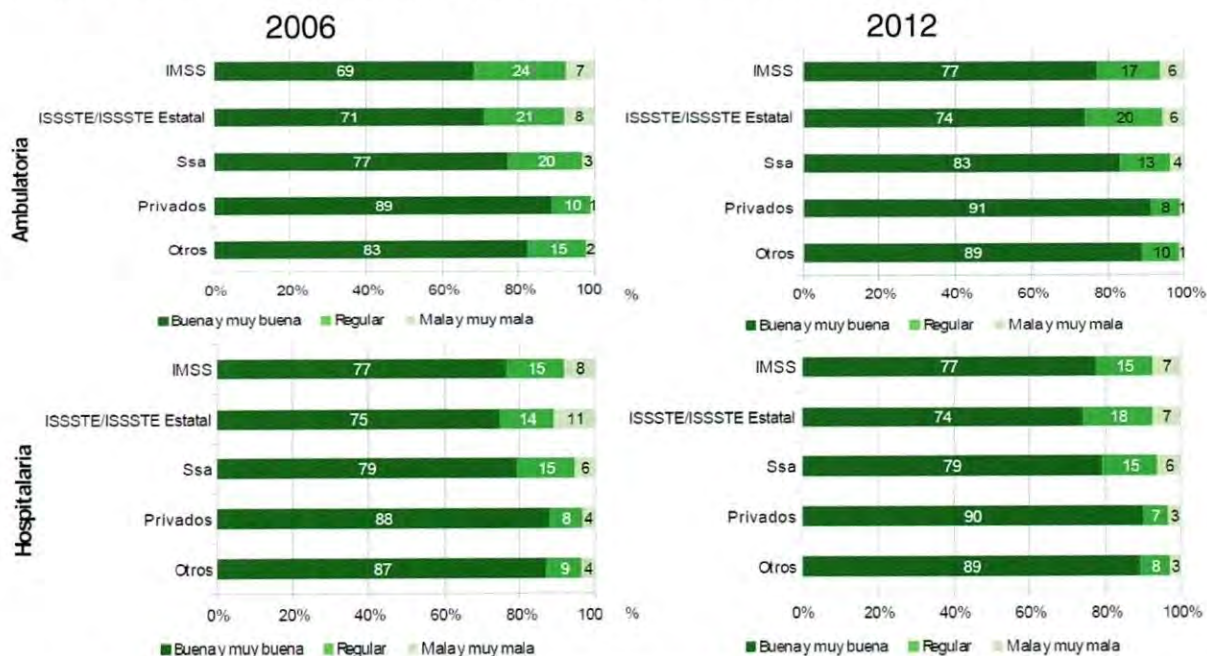


Figura 2.5. Percepción de calidad de los usuarios, México 2006 y 2012 (SS, 2013).

Por otra parte, la ENSANUT documenta que las personas que se atienden en establecimientos privados lo hacen aun contando con cobertura de aseguramiento público y que el problema principal se encuentra en el primer nivel de atención (SS, 2013).

### 2.2.3 Contexto legal de los servicios de salud (Nacionalmente e Internacionalmente)

La SSA (2011) describe en la norma PROY-NOM-027-SSA3-2011, proveniente de la NOM-206-SSA1-2002, las características y requerimientos de la infraestructura física, el equipamiento mínimo, los criterios de atención, organización y funcionamiento del servicio de urgencias en un establecimiento para la atención médica, así como del personal del área de la salud que interviene en la prestación

de los servicios, lo que conjuntamente con el cumplimiento de otras disposiciones jurídicas aplicables, permiten brindar a los usuarios la atención médica inmediata, segura y con calidad que requiere para enfrentar el estado de urgencia que lo aqueja. Estas características y requerimientos que se mencionan son:

### **Generalidades**

- El servicio de urgencias al que se refiere la presente norma, deberá contar con un médico responsable del servicio.
- En el establecimiento para la atención médica que cuente con un servicio de urgencias, el médico responsable del servicio, deberá establecer los procedimientos médico-administrativos internos, así como prever y disponer lo necesario para que dicho servicio pueda proporcionar atención médica durante las 24 horas del día, los 365 días del año.
- En el servicio de urgencias, deben estar disponibles permanentemente, al menos un médico y un elemento de enfermería para atender de forma inmediata al paciente que lo requiera.
- Para la recepción del paciente en el servicio de urgencias, se requiere que un médico valore y establezca las prioridades de atención del mismo, a efecto de identificar si se trata de una falsa urgencia, una consulta extemporánea o una urgencia verdadera, que deba ser atendida en el servicio, así como determinar si el paciente debe ser derivado a la consulta general o de especialidad, ser hospitalizado o referido a otro establecimiento de mayor grado de complejidad y poder de resolución o enviado a su domicilio.
- En el servicio de urgencias se debe contar con un directorio actualizado de establecimientos para la atención médica, con el propósito de que en su caso, puedan ser referidos aquellos pacientes que requieran de servicios de mayor grado de complejidad y poder de resolución.
- Los pacientes no deberán permanecer más de 12 horas en el servicio de urgencias por causas atribuibles a la atención médica. Durante ese lapso, se deberá establecer un diagnóstico presuntivo, su manejo y pronóstico

inicial, con la finalidad de que el médico determine las posibles acciones terapéuticas que se deberán llevar a cabo dentro y fuera de dicho servicio, para la estabilización y manejo del paciente.

- En los establecimientos de los sectores públicos, social y privado, donde se proporcione el servicio de urgencias, el responsable sanitario, representante legal o persona facultada para tal efecto, podrá solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta norma, ante los organismos acreditados y aprobados para dicho propósito.

### **Organización y funcionamiento del servicio de urgencias**

- El médico responsable del servicio de urgencias deberá:
- Establecer y supervisar la aplicación de instrumentos de control administrativo, para el aprovechamiento integral de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles;
- Asegurar que se cuente en el servicio, con los documentos impresos o electrónicos actualizados siguientes:
- Manual de organización;
- Manual de procedimientos del servicio;
- Manual de bioseguridad para el personal, respecto del manejo de RPBI y de los casos de enfermedades infecto-contagiosas como Hepatitis B y C o VIH;
- Manual de mecánica corporal para movilización de pacientes;
- Bitácoras de mantenimiento predictivo, preventivo o correctivo del equipo médico del servicio;
- Guías de práctica clínica para la atención de urgencias, mismas que deberán corresponder con el tipo de morbilidad o patologías que atiendan con mayor frecuencia;
- Diseñar, elaborar y participar en los programas de capacitación y adiestramiento del personal profesional y técnico a su cargo, con la finalidad de actualizar sus conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo de las urgencias médicas.

- Para la atención del paciente en el servicio de urgencias, será necesario que el personal médico lleve a cabo las siguientes actividades:
- Determinar las necesidades de atención de los pacientes, con base en protocolos de clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas;
- El médico tratante deberá valorar cuando menos cada 4 horas a los pacientes que se encuentran en el área de observación; el responsable del servicio corroborará esta rutina a través de las notas de evolución que deberán integrarse en el expediente clínico del paciente, de conformidad con lo que señalan las disposiciones jurídicas aplicables;
- Obtener la carta de consentimiento informado del paciente, familiar, tutor o representante legal, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.3 de esta norma;
- Solicitar, registrar y hacer el seguimiento en el expediente clínico del paciente, de las notas de interconsultas requeridas, particularmente de los pacientes que ameriten manejo quirúrgico o multidisciplinario;
- Seguimiento y vigilancia de los pacientes que fueron ingresados en el servicio, que permita garantizar la continuidad de su manejo, sobre todo con motivo de los cambios de turno;
- Informar al familiar responsable, tutor o representante legal del paciente, con la frecuencia que el caso amerite, sobre la condición de salud, manejo y tratamiento a seguir; y
- En caso de traslado del paciente a otra unidad de mayor grado de complejidad y poder de resolución, el médico del servicio, deberá elaborar la nota de referencia/traslado e integrar una copia en el expediente clínico, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida el numeral 3.3 de esta norma.

### **Infraestructura física y equipamiento del servicio de urgencias**

- El servicio se ubicará en la planta baja del establecimiento y deberá contar con accesos directos para vehículos y peatones desde el exterior del

inmueble, así como con los señalamientos suficientes que orienten a los usuarios.

- Deberá contar como mínimo con las siguientes áreas:
  - ✓ Estación de camillas y sillas de ruedas, ubicada junto al pasillo de acceso de ambulancias y vehículos, así como al módulo de recepción y control;
  - ✓ Módulo de recepción y control, ubicado de tal forma que pueda ser fácilmente identificado por los usuarios, para favorecer la recepción inmediata de la persona que será ingresada;
  - ✓ Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención, ubicados con acceso directo desde la sala de espera, el módulo de recepción y control, mismos que deberán contar como mínimo, con un área para entrevista y otra para exploración. El número de estos consultorios o cubículos debe estar en correspondencia con la demanda del servicio;
  - ✓ Área de descontaminación;
  - ✓ Área de hidratación, cuando se atiendan urgencias pediátricas;
  - ✓ Área de observación con cubículos de atención;
  - ✓ Central de enfermeras;
  - ✓ Sala de curaciones;
  - ✓ Sala o cuarto de choque;
  - ✓ Sala de espera con sanitario público, pudiendo ser compartida con otras áreas; y
  - ✓ Sanitarios para el personal.
  - ✓ Los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado que cuenten con servicio de urgencias, deberán contar con el mobiliario y equipo que se especifica en el Apéndice B (Normativo); así como lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.4 de esta norma.
  - ✓ Las dimensiones de las áreas señaladas y sus respectivos accesos, pasillos y puertas, deben ser lo suficientemente amplios, para permitir la



movilidad fácil y expedita de las camillas, equipos y del personal que interviene en la atención de los pacientes.

- ✓ El servicio de urgencias, debe contar con el apoyo de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento del establecimiento, las 24 horas del día, los 365 días del año.
- ✓ Los establecimientos para la atención médica hospitalaria, que cuenten con un servicio de urgencias, deberán tener acceso a un banco de sangre o servicio de transfusión, de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.1 de esta norma.
- ✓ El laboratorio clínico, requerido como apoyo al servicio de urgencias en los establecimientos para la atención médica, debe contar con los recursos materiales y humanos suficientes, así como con la infraestructura física y equipo mínimo, establecidos en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.2 de esta norma.
- ✓ El servicio de radiología, requerido como apoyo al servicio de urgencias en los establecimientos para la atención médica, debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.5 de esta norma.

### **Requerimientos personales del área de la salud que proporciona atención médica en el servicio de urgencias**

- Las características del personal profesional y técnico que intervenga en la atención médica de los pacientes en el servicio de urgencias, deberán ser acordes con el tipo de establecimiento, según se detalla en los Apéndices: A (Normativo) y A (Informativo).
- Los médicos especialistas en disciplinas médicas y quirúrgicas afines a la atención de urgencias, que laboren en el servicio de urgencias de cualquier tipo de establecimiento, deberán contar con certificado de especialización expedido por alguna institución de enseñanza superior o de salud reconocida oficialmente y registrado por la autoridad educativa competente.

- Los médicos no especialistas que laboren en el servicio de urgencias, deben demostrar documentalmente, que han acreditado cursos afines a la atención médica de urgencias.
- Los médicos en proceso de formación de la especialidad, únicamente podrán atender a los pacientes, bajo la supervisión de un médico del servicio de urgencias, excepto cuando se encuentre en riesgo inminente la vida del paciente.
- El personal de enfermería que labore en el servicio de urgencias, de cualquier tipo de establecimiento para la atención médica, debe demostrar documentalmente que ha acreditado cursos afines a la atención médica de urgencias.

También es de destacar que los pacientes que acuden al Servicios de urgencias Hospitalarios abarcan todas las edades, presentan un amplio espectro de patologías y cada una de ellas con un determinado nivel de gravedad. Para cumplir con estas demandas, se deben planificar los recursos de los Servicios de urgencias Hospitalarios con cierta flexibilidad, para adaptarlos a las necesidades cambiantes y cíclicas de la demanda asistencial.

## **2.3 Servicios de Salud o Servicios Hospitalarios**

### **2.3.1 Que son los servicios**

Harrington y Harrington (1997) definen el concepto de servicio como una contribución al bienestar de los demás y mano de obra útil que nos proporciona un bien tangible. En el desarrollo de este texto definimos un proceso de servicios como la generación de un bien intangible que proporciona bienestar a los clientes. Por otro lado, una organización de servicios la podemos entender como aquella que, dentro de los resultados con la interacción de sus clientes, se caracteriza por desarrollar transacciones en beneficio de éstos que proporcionan conocimientos o información a sus clientes.

Muchas organizaciones, aunque suministran un bien tangible, se distinguen en el mercado porque ofrecen un servicio adicional que las caracteriza (servicio intangible).

### **2.3.2 Que es Salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales” y no solamente la ausencia de enfermedad. Esta definición forma parte de la Declaración de Principios de la OMS desde su fundación en 1948. En la misma declaración se reconoce que la salud es uno de los derechos fundamentales de los seres humanos, y que lograr el más alto grado de bienestar depende de la cooperación de individuos y naciones y de la aplicación de medidas sociales y sanitarias. La salud debe entenderse como un estado que siempre es posible de mejorar y que implica considerar la totalidad de los individuos, relacionados entre sí y con el medio ambiental en que viven y trabajan (Parra, 2003).

### **2.3.3 Que son los servicios de salud**

Los servicios de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión (OMS, 2013).

## **2.4 Departamento de urgencias**

El servicio de urgencias es el conjunto de áreas, equipos y personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica (SSA, 2011).

En los servicios de urgencias los pacientes y familiares presentan frecuentemente una alta carga de ansiedad ante lo súbito y grave del proceso clínico que les ocupa así como una expectativa de solución rápida a su problema, que frecuentemente se ve frustrada. Por todo ello los profesionales del servicio deben tener experiencia y formación para manejar estas situaciones, dedicando tiempo a informar y adoptando una actitud empática. Por otro lado en las condiciones actuales la relación médico-paciente es difícil, y en ocasiones la confrontación excede a lo tolerable y crea una situación de auténtico riesgo para el profesional y de gran confusión para el usuario, con lo que se gesta el conflicto que lleva en algunos casos a las reclamaciones y demandas (Tudela y Modol, 2003).

### **2.4.1 Que es una urgencia**

Una urgencia se refiere a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata (SSA, 2011).

Se denomina urgencia a aquella situación que requiere atención médica inmediata. El problema de esta definición reside en que se entiende por inmediata. Existen diferentes situaciones, consideradas generalmente urgentes, que contribuyen a matizar esta definición. Dependiendo de quien considere la actuación inmediata se puede diferenciar entre lo que es una urgencia real y una urgencia sentida.

La urgencia real es una situación en la que el problema de salud implica el riesgo de perder la vida, función de un órgano o una extremidad; en el cual, no se debe esperar y requiere una atención inmediata en el servicio de urgencias. Por otro lado, urgencia sentida es una situación que requiere atención médica, pero que no

pone en peligro tu vida, la función de un órgano o una extremidad. En ese caso puedes esperar y dar prioridad a todo paciente que presente una urgencia calificada (ISSSTE, 2011).

### **2.4.2 Servicios de urgencias**

El Servicio de urgencias es una unidad operativa que recibe, califica, admite, evalúa, estabiliza e inicia la atención médica de manera inmediata, de aquellos padecimientos que así lo ameriten, cuya presentación súbita compromete la integridad, la función o la vida del paciente. El objetivo de este servicio es brindar atención médica oportuna y de calidad a toda persona que presente un problema médico o quirúrgico agudo que ponga en peligro su vida y pueda ocasionar la pérdida de un órgano o de una función. Buscamos que el Derechohabiente pueda continuar con sus actividades cotidianas (ISSSTE, 2011).

Tanto durante el horario laboral normal como durante la guardia debe estar a disposición inmediata de urgencias el especialista de Traumatología, de Cirugía, y de Anestesiología. El resto de los especialistas estarán en llamada a disposición de urgencias (Mir, 2011).

Las características de la actuación y admisión médica mencionadas por Mir (2011) en el servicio de urgencias se pueden asumir en los siguientes aspectos:

1. El objetivo fundamental es solucionar el problema por el que consulta el enfermo. El hallazgo de una patología asociada puede ser muy importante, pero no es objetivo de la actuación en urgencias.
2. La actitud ha de ser eminentemente terapéutica, reduciendo la diagnóstica a descartar afecciones que requieren tratamiento urgente.
3. Con frecuencia hay que limitarse a mantener al enfermo con vida y dar así oportunidad a realizar otras maniobras diagnósticas y/o terapéuticas diferidas.
4. Es fundamental tomar decisiones rápidamente, ya que un retraso puede poner en peligro la vida del enfermo.

5. El enfermo y los familiares tiene un alto grado de ansiedad y demandan gran información, derivado de lo imprevisto de la situación urgente.

Por lo tanto, el médico de urgencias debe tener amplios conocimientos sindrómicos de los motivos de consulta urgente, dominio de las técnicas de soporte vital, es decir intubación, cateterización de vías, colocación de sondas, punción de cavidades, reanimación cardiopulmonar, entre otras, conocimientos de la legislación y de los caminos administrativos que hay que seguir, capacidad de decisión rápida y especial sensibilidad para comprender y calmar la ansiedad que presentan el enfermo y sus familiares para informarles adecuadamente.

## **2.5 Calidad**

La calidad para Fontalvo y Vergara (2010), se define como el conjunto de características inherentes de un bien o servicio que satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes. Sin embargo, muchos autores definen la calidad desde diferentes perspectivas, en este sentido, Juran (1990) concibe la calidad como “la adecuación al uso”, también la define como “las características de un producto o servicio que le proporcionan la capacidad de satisfacer las necesidades de los clientes”.

Deming (1989) propone que la calidad en términos de la capacidad que se tiene para garantizar la satisfacción del cliente. Feigenbaum tiene una visión más integral de la calidad pues éste considera la necesidad de que exista una participación de todos los departamentos para garantizar la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes (Fontalvo, 2009).

### **2.5.1 Calidad en los servicios**

Para que las organizaciones mantengan una ventaja competitiva es necesario contar con unos indicadores que permitan establecer la medida de la calidad en los servicios suministrados. Pero medir la calidad en los servicios no es fácil, por lo que la correcta gestión de la calidad del servicio consiste en saber medirlo. Para esto es importante apoyarse permanentemente en la retroalimentación del servicio

prestado. Las actividades en la prestación del servicio deben utilizar hoy no sólo la idea de interacción con el cliente sino también la de retroalimentación, es decir, que los procesos deben poseer una retroalimentación permanente en la que los efectos generen información sobre las causas; de esta forma existirá retroacción entre acción y conocimiento en la prestación del servicio (Fontalvo y Vergara, 2010).

La clave para el logro de la calidad en el servicio que consideran Vargas y Aldana (2007) radica en prestar atención a los procesos desde su conceptualización hasta su aseguramiento y garantía, logrando que realmente satisfagan a los usuarios, no solo sus necesidades sino en los deseos y expectativas que ellos tienen dentro del contexto de la eficacia, consiguiendo que los clientes no solamente sean leales a la organización sino también, comenten su satisfacción con las personas con las cuales se relacionan diariamente.

Fontalvo y Vergara (2010) mencionan que al analizar la trilogía de Juran para garantizar la calidad en el desarrollo de cualquier actividad implica planificación, control y la mejora de la calidad. En este sentido, se puede establecer una serie de indicadores que permitan medir y controlar una determinada actividad relacionada con los procesos de prestación de servicios, para lo cual es importante considerar lo que el cliente espera cuando se le presta un servicio. Algunos criterios que se le deben cumplir al cliente en la medida que éste solicita un servicio:

- Prontitud en el servicio (porcentaje de servicios con retrasos).
- Puntualidad en la entrega (porcentaje de servicios impuntuales).
- Cumplimiento en el tiempo del ciclo del servicio (periodo promedio).
- Exactitud en el cumplimiento de los compromisos (número de clientes a los que se les genere incumplimiento, porcentaje de clientes a los que se les genere incumplimiento).
- Cumplimiento de los requisitos del servicio adquirido (número de clientes a los que se les incumple en los requisitos, número de quejas por

incumplimiento en los requisitos, número de reclamos por incumplimiento en los requisitos).

- Relación beneficio-costos (análisis comparativo de los costos de distintas empresas que cumplen los mismos requisitos para un servicio específico).
- Personal calificado para el servicio adquirido (número de quejas del personal encargado que presta el servicio, número de reclamos al personal encargado que presta el servicio).
- Cumplimiento de los plazos acordados (número de contratos que incumplen los plazos acordados, porcentaje de contratos que se incumplen).
- Amabilidad y buen trato en la prestación del servicio (número de clientes insatisfechos con la atención prestada, porcentaje de clientes insatisfechos con el servicio prestado).
- Servicio asociado a lo pactado (número de clientes insatisfechos con el servicio pactado, porcentaje de clientes insatisfechos con el servicio pactado).

De lo anterior se observa que también en los procesos de prestación del servicio se puede identificar lo que el cliente espera y la calidad de estos, lo que nos muestra que en dichos procesos también podemos identificar las características con las que se puede llenar las necesidades y expectativas.

Para estas características, Fontalvo y Vergara (2010) presentan una serie de indicadores que nos permiten determinar el cumplimiento de las características esperadas por los clientes.

De lo anterior podemos analizar que para lograr la eficiencia y eficacia en la prestación de un servicio hay que medir la calidad antes de realizar cambios en función de los requisitos establecidos y acordados con el cliente y es necesario prestar el servicio con amabilidad, respeto y sobretodo buen trato. Por consiguiente un servicio que apunte a la satisfacción del cliente debe apoyarse en un sistema de gestión de la calidad debido que a través de éste se pueden garantizar de forma sistémica y articulada el desarrollo de una serie de procesos



que al final van a contribuir con el cumplimiento de las necesidades de los clientes, lo que a su vez debe ir acompañado de una estrategia flexible y cambiante acorde con las necesidades del entorno (Fontalvo y Vergara, 2010).

CRITERIOS	FORMAS DE MEDIDA
Prontitud en el servicio	Porcentaje de servicios con retrasos
Puntualidad en la entrega	Porcentaje de servicios impuntuales
Cumplimiento en el tiempo del ciclo del servicio	Análisis comparativo del ciclo de tiempo del servicio con otras empresas.
Exactitud en el cumplimiento de los compromisos.	Número de clientes a los que se les genera incumplimiento. Porcentaje de clientes a los que se les genera incumplimiento
Cumplimiento de los requisitos del servicio adquirido.	Número de clientes a los que se les incumple en los requisitos. Número de quejas por incumplimiento en los requisitos Número de reclamos por incumplimiento en los requisitos
Relación Beneficio-costos	Análisis comparativo de los costos de distintas empresas que cumplen los mismos requisitos para un servicio específico.
Personal calificado para el servicio adquirido	Número de quejas del personal encargado que presta el servicio. Número de reclamos al personal encargado que presta el servicio
Cumplimiento de los plazos acordados	Número de contratos que incumplen los plazos acordados. Porcentaje de contratos que se incumplen
Amabilidad y buen trato en la prestación del servicio	Número de clientes insatisfechos con la atención prestada. Porcentaje de clientes insatisfechos con el servicio prestado
Servicio asociado a lo pactado	Número de clientes insatisfechos con el servicio pactado. Porcentaje de clientes insatisfechos con el servicio pactado

**Tabla 2.1.** Indicadores para el cumplimiento de las características esperadas por los clientes, basado en Fontalvo y Vergara (2010).

## **2.5.2 Herramientas para medir la calidad percibida y la calidad esperada.**

Es muy importante que toda organización establezca mecanismos con los que se puedan identificar las necesidades de los clientes, lo cual implica que se esté indagando permanentemente sobre las especificaciones establecidas. A continuación se presentan diversas herramientas de prever estas necesidades (Fontalvo y Vergara, 2010). Algunas de estas herramientas pueden ser:

- ***Cuestionarios para obtener información***

Esta quizás es una de las técnicas más empleadas por muchas organizaciones, consiste en el establecimiento de un formato-cuestionario en el que se incluyen interrogantes referentes a la satisfacción de los clientes en cuanto a servicios suministrados, relación costo-beneficio, atención al cliente, prontitud en el servicio, etc.

La efectividad de esta técnica se fundamenta en las preguntas aplicadas, la determinación de la muestra y en la utilización de la información resultante.

### ***Modelo para la medida de la calidad de servicio***

Un servicio es de calidad cuando las percepciones igualan o superan las expectativas que sobre él se habían formado; por lo tanto, para la evaluación de la calidad del servicio es necesario contar con esas expectativas y percepciones reales de los clientes teniendo en cuenta, además las expectativas y percepciones para la empresa que son el resultado de un ciclo permanente a partir de los resultados arrojados por el mismo y son nuevamente procesados para aproximarse aún más a las necesidades y expectativas de estos.

Considerando lo anterior, los directivos que lideran la gestión de la calidad no solamente deben poseer competencias para la gestión de la organización sino que también deben tener la capacidad de detectar las expectativas de sus clientes, estableciendo los procesos que puedan proporcionarle satisfacción a los clientes en el corto plazo. La gestión de expectativas se cumple si se conocen los factores que contribuyen a su formación. Parasuraman, Zeithaml y Berry (1993) identifican los siguientes elementos condicionantes:

- Comunicación: hace referencia a experiencias, recomendaciones y percepciones de otros clientes. ¿Cuántas veces nos llama la atención un producto que todos nuestros familiares y amigos nos indican que es muy bueno?
- Necesidades personales: ¿Qué servicio es el que realmente necesita el cliente?
- Experiencias anteriores: las expectativas de los clientes dependen de sus experiencias previas al servicio, por lo que es necesario lograr despertar interés, reconocer la existencia de necesidades o aceptar beneficios, argumentos para luego tomar y ejecutar la decisión.
- Comunicación externa: son indicadores ofrecidos por las empresas sobre los servicios que éstas ofrecen, como puede ser, por ejemplo, la publicidad o el precio del servicio.
- También es importante darle respuesta al siguiente interrogante ¿Cuáles son las dimensiones de la calidad?, éstas se presentan a continuación:
- Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
- Fiabilidad: Habilidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- Capacidad de respuesta: Disposición y atención mostradas por los colaboradores y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza.
- Empatía: Atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes, incluye las dimensiones originales de accesibilidad, comunicación y comprensión del cliente.

Para tener una mayor claridad de los elementos condicionantes y como abordar cada aspecto que se debe incluir, a continuación se muestra en la Tabla 2.2 los elementos de cada dimensión.

Julia y Porsche (2002) afirman que estos aspectos que se mencionaron son aplicables a la calidad del servicio de cualquier tipo de servicio y tipo de organización. Para cada aspecto, la organización debe extraer del cliente sus

expectativas y percepciones; éstas pueden medirse a través de una escala valorativa a criterio de la organización.

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>ASPECTO</b>
<b>Elementos tangibles</b>	Equipamiento de aspecto moderno Instalaciones físicas visualmente atractivas Apariencia integral de los colaboradores Elementos tangibles atractivos
<b>Fiabilidad</b>	Cumplimiento de promesas Interés en la resolución de problemas Realizar el servicio inmediatamente Concluir en el plazo prometido Ser asertivo
<b>Capacidad de respuesta</b>	Colaboradores comunicativos y asertivos Colaboradores rápidos Colaboradores dispuestos a ayudar Colaboradores que responden Colaboradores creativos y recursivos
<b>Seguridad</b>	Colaboradores que transmiten confianza Clientes seguros con su proveedor Colaboradores amables Colaboradores bien formados
<b>Empatía</b>	Atención individualizada al cliente Horario conveniente Atención personalizada de los colaboradores Preocupación por los intereses de los clientes Comprensión por las necesidades de los clientes

*Tabla 2.2. Dimensiones para la medición de la calidad del servicio, basado en Parasuraman, Zeithaml y Berry (1993).*

### 2.5.3 El modelo SERVQUAL

SERVQUAL es un instrumento que se construye con el fin de identificar los elementos que generan valor para el cliente y a partir de esta información revisar los procesos con el objeto de introducir áreas de mejora (Pascual, 2008).

SERVQUAL es un instrumento que contiene una escala multidimensional constituida por dos sub-escalas, una de expectativas y otra de percepciones (Parasuraman, et al., 1988). Esta escala posee cinco dimensiones: elementos tangibles (aparición del personal, facilidades físicas, equipo e información); confiabilidad (habilidad para proporcionar el servicio prometido con precisión y eficacia); responsabilidad (habilidad para ayudar y proporcionar el servicio rápidamente); seguridad (habilidad para inspirar confianza y credibilidad); y empatía (atención individual y personalizada). SERVQUAL mide las expectativas y percepciones del paciente a través de dos cuestionarios de 22 ítems cada uno. Cada ítem que es evaluado por medio de una escala de Likert que generalmente va del uno (1) al cinco (5), teniendo el máximo valor como totalmente de acuerdo y el mínimo valor como totalmente en desacuerdo (Calixto-Olalde, et al., 2011).

Mangkolrat (2008), en su tesis de investigación resume siete beneficios de este modelo: (1) es bueno en la obtención de las opiniones de los clientes en cuanto a servicio, (2) es capaz de alertar a la dirección de considerar la percepción de los directivos y los clientes, (3) atender las carencias de servicios pueden servir como base para la formulación de estrategias y tácticas a fin de garantizar el cumplimiento de las expectativas, (4) SERVQUAL es capaz de identificar las áreas específicas de la excelencia y debilidades, (5) es capaz de priorizar áreas de debilidad de servicio, (6) se proporciona un análisis comparativo de las organizaciones del mismo sector, (7) SERVQUAL puede rastrear la tendencia de importancia relativa de los clientes, las expectativas y las percepciones, si se aplican de forma periódica.

O'Connor, et al. (2001) han encontrado adecuado el instrumento SERVQUAL para analizar las diferencias de percepción en la comprensión de las expectativas del paciente entre los proveedores de la salud. Qin y Prybutok (2009) mencionan que las cinco dimensiones de la calidad del servicio en el instrumento SERVQUAL son significativas y fiables en un entorno de atención de salud. Por su parte, los estudios realizados por Calixto-Olalde, et al. (2011) y Cabello y Chirinos (2012) han concluido que la aplicación del modelo SERVQUAL muestra características psicométricas de validez, alta confiabilidad y aplicabilidad, haciéndola

recomendable para su uso en servicios de salud como área de urgencias o con características similares.

Sin embargo, a pesar de la extensa aplicación del SERVQUAL en servicios de salud, muchos estudios han encontrado y validado, que este instrumento ha requerido adaptaciones en su estructura para brindar mejores resultados dando lugar a conclusiones como la de Strawderman y Koubek (2006) que afirman que las cinco dimensiones de la calidad de los servicios medidos por SERVQUAL puede variar en la industria de la salud, en función de las áreas de aplicación específicas (es decir, médicos de atención primaria versus los servicios de urgencias hospitalarios). Por su parte, Qin y Prybutok (2013) afirman que según varios autores, la diferencia entre las percepciones y las expectativas para medir la calidad del servicio, se consideró inadecuada en la industria del cuidado de la salud dado que muchos pacientes no tienen expectativas de los servicios de salud antes de la visita médica.

En el estudio de Cabello y Chirinos (2012), utilizando esta herramienta, recomiendan usar una escala numérica del 1 al 7, la cual muestra tener mejor entendimiento y aceptación.

Algunos autores, realizan adaptaciones al modelo. Ramsuran-Fowdar (2005) incorpora dos dimensiones adicionales como lo son el profesionalismo/habilidad/competencia y principales resultados médicos, de igual manera incorporó ítems adicionales a las cinco dimensiones del SERVQUAL y teniendo como resultados de su investigación, que las dimensiones SERVQUAL no pueden ser replicadas por completo a los servicios de salud. Mostafa (2005) y González-Valentín, et al. (2005) se aplicó análisis factorial para investigar cómo las cinco dimensiones del instrumento SERVQUAL afectan a la calidad de servicio percibida por los pacientes y demostró que el análisis factorial extrajo una solución de tres factores y por lo tanto no confirma las cinco dimensiones genéricas del modelo SERVQUAL. Asimismo, Yesilada y Direktor (2010) aplicaron el modelo SERVQUAL para medir la satisfacción de los pacientes, tanto en los hospitales privados como públicos, aplicando análisis factorial para evaluar las dimensiones

del instrumento SERVQUAL, el cual no produjo las cinco dimensiones genéricas del modelo.

#### **2.5.4 Modelo SERVPERF**

Muchos investigadores modifican el modelo SERVQUAL para considerar más dimensiones y constructos latentes que sean fiables y válidos. Reidenback y Sondifer-Smallwood (1990) desarrollaron una versión modificada del modelo SERVQUAL considerando siete dimensiones. La aplicación de este modelo se llevó a cabo en tres hospitales diferentes para entender la relación entre los pacientes percepciones de los servicios de las habitaciones para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencia, para medir las percepciones de satisfacción global con la calidad del servicio a su cargo y para identificar pacientes disposición a recomendar los servicios hospitalarios a los demás. En su estudio identificaron la confianza del paciente y como una de las dimensiones que afectan a la satisfacción del paciente en todos los antes mencionados tres ajustes. Cronin y Taylor (1992) han criticado SERVQUAL y propusieron una escala alternativa llamada SERVPERF. Esta escala incluye todas las dimensiones de la escala SERVQUAL, pero utiliza sólo el rendimiento del servicio (percepción) como medida de la calidad de servicio percibida por el cliente en lugar de la brecha (entre las expectativas y la percepción), enfoque que tiene el modelo SERVQUAL (Siami y Gorji, 2012). Algunas ventajas del modelo SERVPERF son: requerimiento de menos tiempo para la administración del cuestionario, las medidas de valoración predicen mejor la satisfacción que las medidas de la diferencia (percepción – expectativas), y el trabajo de interpretación y análisis correspondiente es más fácil de llevar a cabo (Alteco Consultores, 2012).

La investigación realizada por Ramsaran-Fowdar (2008), concluye que dentro de los servicios de salud, SERVQUAL y SERVPERF son mediciones genéricas de la calidad del servicio, que no cubren todas las dimensiones importantes de los servicios de salud a los pacientes.

En otro estudio, después de comparar cuatro modelos diferentes de la calidad del servicio, Cronin y Taylor (1992), fundamentan empíricamente que la medición de solamente las percepciones de SERVPERF superó al instrumento SERVQUAL que utiliza la brecha entre las percepciones y las expectativas para medir la calidad. La dimensionalidad, fiabilidad y validez del instrumento SERVPERF es mejor que la de SERVQUAL y SERVPERF capta más variaciones de la calidad del servicio (Cronin y Taylor, 1992). De esta manera, Qin y Prybutok (2013), sostienen que considerar solamente las percepciones de los clientes proporciona una mejor medición de la calidad del servicio percibido que con SERVQUAL.

Se mencionan las características de cada instrumento y sobre la base de estos elementos se toman decisiones apropiadas para esta investigación.

### **2.5.5 Comparación de herramientas**

Dada la información recopilada, sobre características de los modelos en la medición de la calidad y factores relevantes en los servicios de salud a ser considerados en la adaptación de estos modelos. Los investigadores han sugerido que la medición de la calidad del servicio puede ser medida desde la percepción y de la expectativa. La literatura menciona que SERVQUAL es un modelo popular para medir la calidad del servicio. Algunos estudios realizados, afirman que mediante la aplicación de SERVQUAL, es posible obtener resultados válidos, confiables y significativos, haciéndolo recomendable en la medición de la calidad de los servicios de salud como los de urgencias médicas. Por otro lado, otros estudios han encontrado inconvenientes en el modelo, encontrando estructuras dimensionales diferentes, teniendo así que realizar adaptaciones.

Las encuestas SERVQUAL modificadas para su uso en servicios de salud, utilizadas en la medición de la satisfacción de los usuarios atendidos en urgencias, muestran características psicométricas de validez, alta confiabilidad y aplicabilidad que las hacen recomendables para su uso en establecimientos o servicios de salud con características similares. Por su parte, la escala SERVPERF ha sido desarrollada con base a SERVQUAL, conteniendo las mismas dimensiones, pero



tomando sólo la percepción de los usuarios, lo cual facilita la interpretación, hace más sencilla la aplicación y además, es capaz de explicar una mayor variación de la calidad del servicio global a través de las percepciones. Ambos modelos, han sido tomados como referencia para muchos estudios, sin embargo, han requerido adaptaciones en la aplicación para explicar mejor la calidad del servicio, resultando estructuras dimensionales diferentes, cantidad distinta de ítems o variaciones en la escala (Cisneros-Campos, León-Duarte y Taylor, 2013).

## **2.6 Instrumento de Medición**

Hernández, Fernández y Baptista (2010) definen a un instrumento de medición como un recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente. Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente (Grinnell, Williams y Unrau, 2009).

### **2.6.1 Encuestas**

Las encuestas recolectan datos de numerosos individuos para entender a la población o universo al que representan (Grinnell y Unrau, 2005). Creswell (2009) considera la encuesta como un diseño que provee un plan para efectuar una descripción numérica de tendencias, actitudes u opiniones de una población, estudiando a una muestra de ella. Por su parte, Fink (2013) define a las encuestas como métodos de recolección de información que se usan para describir, comparar o explicar conocimientos, sentimientos, valores, preferencias y conductas. Su alcance puede ser descriptivo o correlacional-causal (Hernández, Fernández y Baptista, 2010):

1. Descriptivo. Se pretende caracterizar a la población en función de las variables seleccionadas.
2. Correlacional-causal. Cuando se busca caracterizar relaciones entre variables en una población.

Usualmente su método de recolección de datos lo constituye el cuestionario, que recordemos consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

La encuesta es un diseño investigativo de relativamente bajo costo y que se implementa de manera más o menos rápida. El proceso es similar a cualquier otro tipo de estudio cuantitativo. En primer término, es necesario identificar con precisión al usuario o usuarios de la encuesta. Tal identificación implica obtener un perfil de los usuarios: ¿quiénes son? (edad, género, nivel educativo, conocimientos en materia de investigación, afiliación política, intereses y otras cuestiones que pudieran vincularse a la investigación); así como sus requerimientos: ¿qué necesidades de información tienen?, ¿cuáles son sus expectativas respecto a la encuesta?, ¿qué tipo de decisiones tomarán sobre la base de los resultados de la encuesta?, ¿de qué manera utilizarán los resultados que se obtengan?, ¿cómo va a ser clasificada la información por ellos?, ¿qué datos generales y específicos necesitan?, ¿en qué formatos desean que se les proporcione la información?, etc. Las respuestas a las preguntas anteriores ayudarán a que el investigador y los usuarios, conjuntamente, planteen de una manera más adecuada su problema de estudio y definan los tópicos que pretenden incluir en la encuesta. Los tópicos son ubicados como variables. En ocasiones, un tópico es una variable y, en otras, un tópico está conformado por diversas variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **2.6.2 Requisitos que debe cubrir un instrumento de medición**

Toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir tres requisitos esenciales: confiabilidad, validez y objetividad (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

#### **Confiabilidad**

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

## **Validez**

La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. En apariencia no es sencillo lograr la validez. Sin embargo, la situación no es tan simple cuando se trata de variables como la motivación, la calidad del servicio a los clientes, la actitud hacia un candidato político, y menos aún con sentimientos y emociones, así como de otras variables con las que trabajamos en todas las ciencias. La validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia (Gronlund, 1990; Streiner y Norman, 2008; Wiersma y Jurs, 2008; Babbie, 2009): 1) evidencia relacionada con el contenido, 2) evidencia relacionada con el criterio y 3) evidencia relacionada con el constructo. A continuación analizaremos cada una de ellas.

### *1. Evidencia relacionada con el contenido.*

La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en el que la medición representa al concepto o variable medida (Bohrnstedt, 1976).

### *2. Evidencia relacionada con el criterio.*

La validez de criterio establece la validez de un instrumento de medición al comparar sus resultados con los de algún criterio externo que pretende medir lo mismo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### *3. Evidencia relacionada con el constructo.*

La validez de constructo es probablemente la más importante, sobre todo desde una perspectiva científica, y se refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico (Grinnell, Williams y Unrau, 2009). A esta validez le concierne en particular el significado del instrumento, esto es, qué está midiendo y cómo opera para medirlo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de una hipótesis, teoría o un esquema teórico. Es un atributo que no existe aislado sino en relación con otros. No se puede ver, sentir, tocar o escuchar; pero debe ser inferido de la evidencia que tenemos en nuestras manos y que proviene de las puntuaciones del instrumento que se utiliza (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El proceso de validación de un constructo está vinculado con la teoría. No es conveniente llevar a cabo tal validación, a menos que exista un marco teórico que soporte la variable en relación con otras variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Otro tipo de validez que algunos autores consideran es la validez de expertos o face validity, la cual se refiere al grado en que aparentemente un instrumento de medición mide la variable en cuestión, de acuerdo con “voces calificadas” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Cálculo de la confiabilidad o fiabilidad**

Existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición. Todos utilizan procedimientos y fórmulas que producen coeficientes de fiabilidad. La mayoría de éstos pueden oscilar entre cero y uno, donde un coeficiente de cero significa nula confiabilidad y uno representa un máximo de confiabilidad (fiabilidad total, perfecta). Cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la medición (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **2.6.3 Tamaño de muestra**

La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

#### **Tipos de Muestra**

Básicamente categorizamos las muestras en dos grandes ramas: las muestras no probabilísticas y las muestras probabilísticas. Las muestras probabilísticas son un subgrupo de la población en el que todos los elementos de ésta tienen la misma posibilidad de ser elegidos. Por otra parte, las muestras no probabilísticas son un Subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación.

Las muestras probabilísticas son esenciales en los diseños de investigación transeccionales, tanto descriptivos como correlacionales-causales (las encuestas de opinión o surveys, por ejemplo), donde se pretende hacer estimaciones de variables en la población. Estas variables se miden y se analizan con pruebas estadísticas en una muestra, donde se presupone que ésta es probabilística y todos los elementos de la población tienen una misma probabilidad de ser elegidos. Las unidades o elementos muestrales tendrán valores muy parecidos a los de la población, de manera que las mediciones en el subconjunto nos darán estimados precisos del conjunto mayor (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### Calculo del Tamaño de Muestra

Estimación del tamaño de muestra por proporción:

$$n = \frac{Z^2 p q}{E^2}$$

**Ecuación 2.1.** *Calculo del Tamaño de Muestra (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).*

Dónde:

n = es el tamaño de la muestra;

Z = es el nivel de confianza;

p = es la variabilidad positiva;

q = es la variabilidad negativa;

E = es la precisión o el error.

En Estadística, el tamaño de la muestra es el número de sujetos que componen la muestra extraída de una población, necesarios para que los datos obtenidos sean representativos de la población (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

## 2.6.4 Procedimiento para construir un instrumento de medición

A continuación se presenta cada fase del proceso para desarrollar un instrumento o sistema de recolección de los datos descrito por Hernández, Fernández y Baptista (2010).

### Fase 1: Redefiniciones fundamentales

Al comenzar a desarrollar el o los instrumentos de medición, se sugiere contestar las siguientes preguntas: ¿Qué va a ser medido (identificación y listado de variables)?, ¿Qué o quiénes van a ser medidos?, ¿Cuándo (fechas precisas)?, ¿Dónde (lugar específico)?, ¿Nuestro propósito (coherente con el planteamiento) al recolectar los datos es?, ¿Qué tipo de datos queremos obtener? (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### Fase 2: Revisión enfocada en la literatura

Si al elaborar el marco teórico efectuamos una revisión adecuada de la literatura, esta fase suele ser innecesaria.

Al evaluar los diferentes instrumentos utilizados en estudios previos, conviene identificar el propósito del instrumento tal como fue concebido por el investigador o investigadores, y analizar si su propósito es similar al nuestro. Se recomienda considerar los siguientes elementos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010):

- Las variables que mide el instrumento o herramienta: ¿cuántas y cuáles?
- Los dominios de contenido de las variables (dimensiones, componentes o indicadores): ¿cuáles? (Mertens, 2005; Punch, 2009).
- La muestra: ¿A quién o quiénes fue administrado?, ¿qué perfil o características poseen?
- Las condiciones de aplicación: ¿en qué lugar y contexto fue utilizado?, ¿cómo y cuándo fue administrado?, ¿por quién o quiénes se aplicó?, ¿eran individuos con capacidades y entrenamiento para implementarlo, calificarlo e interpretarlo, ¿qué tiempo requiere para ser aplicado, codificado y calificado?

- La información sobre la confiabilidad: ¿de qué tipo?, ¿cómo fue establecida?, ¿qué procedimientos se utilizaron para calcularla?, ¿cómo se reportó?, ¿los resultados son aceptables y significativos?
- La información sobre la validez: ¿qué evidencia de contenido, criterio y constructo se aportó?, ¿se estableció suficiente evidencia sobre la validez total?
- La información sobre la objetividad: ¿se aplicó de manera estandarizada?
- Los recursos necesarios para administrarlo: ¿qué recursos se requieren para aplicarlo? (por ejemplo: informáticos, el costo).

Hernández, Fernández y Baptista (2010) mencionan que se deben seleccionar uno o varios instrumentos que pudieran ser apropiados para la investigación.

### **Fase 3: Identificación del dominio de las variables a medir y sus indicadores**

Esta fase se refiere a la definición del dominio de las variables que habremos de medir, fundamentándonos en la revisión de otros instrumentos. Es decir, señalar con precisión los componentes, dimensiones o factores que teóricamente integran la variable. Una vez ubicados tales factores, establecer los indicadores de cada uno (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Fase 4: Decisiones clave**

Una vez evaluados varios instrumentos (al menos un par) utilizados previamente, es necesario tomar una serie de decisiones fundamentales, que agrupamos en tres rubros (Hernández, Fernández y Baptista, 2010):

*1. Utilizar un instrumento de medición ya elaborado, adaptarlo o desarrollar uno nuevo*

En el primer caso, debemos elegir un instrumento que obviamente se encuentre y sea posible su aplicación. Asimismo, debemos seleccionar el que: a) se haya generado lo más recientemente posible; b) se cite con mayor frecuencia y amplitud en la literatura; c) reciba mejores evaluaciones por expertos de asociaciones académicas y profesionales; d) demuestre mayor confiabilidad, validez y

objetividad; e) se pueda aplicar más a nuestro planteamiento y propósito de recolección de los datos y f) se adecue mejor a nuestra muestra y contexto (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

En la segunda situación, el instrumento elegido se adapta al ambiente de nuestro estudio; es decir, se realizan algunos ajustes en la presentación, instrucciones, ítems (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Hernández, Fernández y Baptista (2010) mencionan que si ninguna de las dos opciones anteriores resulta satisfactoria, entonces tenemos que desarrollar uno propio. El instrumento puede elaborarse a partir de instrumentos previos, de nuevas concepciones e ítems, o bien, una mezcla de éstas. Para tal efecto, idealmente debe generarse un conjunto de ítems o categorías con el apoyo de un grupo de expertos.

## *2. Resolver el tipo de instrumento y formato*

La segunda decisión es simultánea a la primera cuando se utiliza un instrumento ya elaborado o adaptado, pues éste ya posee sus características y tiene un formato propio. Pero cuando se desarrolla uno nuevo, el investigador debe decidir de qué tipo será (cuestionario, hoja de observación, escala de actitudes, prueba estandarizada, etc.) y cuál será su formato (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

## *3. Determinar el contexto de administración*

Esto implica decidir en qué espacio físico se implementa (si en un aula de capacitación, en un salón de clases, en la calle, en los hogares, de manera telefónica, etc.) (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

## **Fase 5: Construcción del instrumento**

Esta etapa implica la generación de todos los ítems o reactivos y categorías del instrumento, que depende del tipo de instrumento y formato. Recordemos que un ítem es una pregunta de un cuestionario, una categoría de un sistema de observación o una estadística en un sistema de registro. Al final de esta etapa el producto es una primera versión del instrumento. Una parte muy importante de



esta versión, es cómo vamos a registrar los datos y el valor que les habremos de otorgar (codificación) (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Fase 6: Prueba piloto**

Esta prueba consiste en administrar el instrumento a personas con características semejantes a las de la muestra objetivo de la investigación. Se somete a prueba no sólo el instrumento de medición, sino también las condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados. Se analiza si las instrucciones se comprenden y los ítems funcionan de manera adecuada, se evalúa el lenguaje y la redacción. Los resultados se utilizan para calcular la confiabilidad inicial y, de ser posible, la validez tentativa del instrumento de medición. La prueba piloto se realiza con una pequeña muestra (inferior a la muestra definitiva). Los autores aconsejamos que cuando la muestra sea de 300 o más se lleve a cabo la prueba piloto con entre 30 y 60 personas, salvo que la investigación exija un número mayor. En ocasiones, el instrumento se somete a varias pruebas y se va depurando paulatinamente (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Cabe señalar que cuando se desarrolla un nuevo instrumento, es conveniente incluir un elevado número de ítems, para elegir a los que más contribuyan a la confiabilidad, validez y objetividad de éste. Desde luego, sin excedernos, sin caer en redundancias excesivas, el número o cantidad de reactivos debe ser manejable (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La inclusión de cada ítem debe estar justificada (Neuman, 2009). Por ello, se recomienda que la generación de reactivos se realice mediante una o varias sesiones con expertos (Gall, Gall y Borg, 2003), los cuales pueden ser profesores universitarios, consultores de empresas y especialistas que uno conozca (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Cuando no encontramos expertos, entonces nuestra revisión de la literatura tiene que ser exhaustiva y profunda (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Hernández, Fernández y Baptista (2010) incluyen las siguientes recomendaciones para la prueba piloto en el caso de instrumentos escritos (cuestionario, examen o prueba estandarizada):

- Es aconsejable que se dispongan espacios para comentarios de los participantes.
- Solicite a los participantes que señalen ambigüedades, opciones o categorías no incluidas, términos complejos y redacción confusa.
- Simule las condiciones reales de administración de la mejor manera posible.

### **Fase 7: Versión final**

Así, con los resultados de la prueba piloto, el instrumento de medición preliminar se modifica, ajusta y mejora (se quitan o agregan ítems, se cambian palabras, se otorga más tiempo para responder, etc.). Se tiene la versión final para administrar, la cual incluye un diseño gráfico atractivo para los participantes y de acuerdo con el medio (impreso en papel, CD, página web o blog, palm o PC, etcétera) (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Fase 8: Entrenamiento del personal**

Las personas del equipo de investigación que van a administrar y/o calificar el instrumento, ya sea que se trate de entrevistadores, observadores, encuestadores o individuos que dirijan las sesiones para aplicarlo, deben recibir un entrenamiento en varias cuestiones (Hernández, Fernández y Baptista, 2010):

- a) La importancia de su participación y su papel en el estudio.
- b) El propósito del estudio.
- c) Las personas e instituciones que patrocinan y/o realizan la investigación.
- d) La calendarización y tiempos del estudio (fechas clave de entrega de información).
- e) La confidencialidad que deben guardar respecto a la investigación y sobre todo de los participantes.
- f) La manera cómo deben vestirse si van a entrevistar o tener contacto con los participantes.
- g) El respeto y la sensibilidad que deben tener hacia los participantes.

- h) No discutir ni molestarse con los y las participantes.
- i) Establecimiento de confianza.
- j) Uso de gafetes y cartas de identificación.
- k) El instrumento de medición (estructura, orden, ítems, instrucciones para el personal y para los participantes) y las condiciones de administración.

### **Fase 9: Autorizaciones**

Antes de recolectar los datos, es necesario gestionar varias autorizaciones. En primer término, por parte de los representantes de las organizaciones a las cuales pertenecen los participantes (directivos y líderes sindicales en las empresas, directores y maestros en las escuelas, funcionarios gubernamentales, etc.). En segundo término, es conveniente obtener el consentimiento de los propios participantes, particularmente por un medio escrito. Desde luego, en encuestas en la vía pública o en los hogares, a veces esto resulta complicado y la autorización suele ser verbal. El asunto es más delicado cuando se trata de menores de edad y personas con capacidades diferentes. En este caso, el consentimiento es de los tutores y de las propias personas que se integrarán a la muestra (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Fase 10: Administración del instrumento**

Éste es el momento de la verdad, todo nuestro trabajo conceptual y de planeación se confronta con los hechos. La administración depende del tipo de instrumento que hayamos seleccionado y la experticia de todo el equipo que participa. Debemos aclarar que una cuestión es el tipo de instrumento en sí y otra el contexto de administración (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Fase 11: Preparación de los datos para el análisis**

- a) Codificarlos.
- b) Limpiarlos.
- c) Insertarlos en una base de datos (matriz).

## **2.7 Análisis Multivariado**

### **2.7.1 Análisis Factorial**

El análisis factorial es una técnica cuyo propósito es definir la estructura subyacente de un conjunto de datos, de tal manera que analiza la estructura de correlación entre las variables mediante la definición de una serie de dimensiones subyacentes llamadas Factores. Esto se realiza con un doble fin: el resumen y la reducción de los datos. A la hora de resumir se obtiene unas dimensiones que cuando son interpretadas describen los datos de una manera más sencilla; con respecto a la reducción, se pueden obtener los cálculos de las puntuaciones para cada dimensión y sustituirlos por las variables originales. La ventaja que tiene el análisis factorial es que se tratan todas las variables simultáneamente, cada una relacionada con las demás y no existe una variable dependiente y otras independientes (Rencher, 2002). El análisis factorial también puede exponerse como un análisis multivariado que consiste en una colección de métodos que pueden ser utilizados cuando múltiples mediciones son hechas sobre cada individuo u objeto en una o más muestras, o bien, como una técnica de análisis estadístico que trata de identificar la estructura de un conjunto de variables observadas. Es posible dirigirse a las mediciones tales como las variables a los individuos u objetos como unidades de investigación, de muestra, unidades experimentales u observaciones según cita Rencher (2002), quien a su vez expone que el uso de las aplicaciones de técnicas multivariadas ha sido utilizado tanto en ciencias biológicas y conductuales como otros campos de investigación. El propósito de muchos enfoques multivariados es la simplificación en la que se busca expresar que es lo que está sucediendo en términos de un reducido número de dimensiones, Esto es, reducir la redundancia entre las variables a través del uso de un pequeño número de factores. El método Multivariante intenta explicar un conjunto de variables observadas mediante un número reducido de variables que no se observan reunidas como factores.

El uso apropiado de un análisis factorial implica el estudio de las interrelaciones entre las variables que se determinan como correlaciones o covarianza

estadística, con el fin de encontrar un nuevo conjunto de variables menor en número que el de las variables originales, expresando lo que hay en común entre éstas últimas.

Cuando el número de variables originales es muy grande, con el análisis factorial se puede reducir este conjunto a otro menor de factores, reteniendo la mayor parte de la varianza de las variables originales. Esto se debe a que en el momento de recoger un gran número de variables de forma simultánea, es posible estar interesado en investigar si las preguntas de un cuestionario se agrupan de alguna forma característica. Al aplicar un análisis factorial a las respuestas de los sujetos, permite encontrar posiblemente grupos de variables con significado común, reduciendo de ésta manera el número de indicadores necesarios para explicar las respuestas de los sujetos (Rencher, 2002). A diferencia de lo que ocurre en otras técnicas como el análisis de varianza o el de regresión, en el análisis factorial cumplen todas las variables del análisis el mismo papel, esto es, que todas ellas son independientes en el sentido de que no existe con anterioridad una dependencia conceptual de unas variables sobre otras. Incluso, se puede hacer una distinción entre el análisis factorial exploratorio, donde no se conocen anteriormente los factores, sino que más bien, se determinan mediante el análisis factorial. Por otro lado estaría el análisis confirmatorio, donde se propone con anterioridad un modelo en el que haya factores que representan a las variables originales, siendo el número de éstas superior al de aquellos. Una buena solución factorial es aquella que es sencilla y fácil de interpretar (Rencher, 2002).

## **2.7.2 Procedimiento para realizar un análisis factorial**

### **a) Formular problema**

Al formular el problema se debe abordar la selección de las variables a analizarse, de igual modo los elementos de la población en la que tales variables han de ser observadas, de igual manera, la muestra debe ser representada de la población objeto de estudio y del mayor tamaño posible. Como regla general deben existir como mínimo en el tamaño de la muestra haya cuatro o cinco más observaciones

que variables. Si el tamaño de la muestra es pequeño y esta relación es menor, los resultados deben interpretarse con precaución (Rencher, 2002). También es deseable que exista un cierto grado de multicolinealidad, ya que el objetivo es identificar variables relacionadas. El análisis factorial debe tener suficientes correlaciones para poder aplicarse. Si no hay un número sustancial de correlaciones mayores de 0.3 entonces es probablemente inadecuado. Las correlaciones entre variables pueden ser analizadas mediante el cálculo de las correlaciones parciales de tal manera que si las correlaciones parciales son bajas, entonces no existen factores subyacentes verdaderos y el análisis factorial es inapropiado. Éste supuesto también se puede contrastar buscando que los valores de la diagonal de la matriz anti-imagen sean altos.

#### **b) El análisis de la matriz de correlación**

Una vez que se ha formulado el problema y se ha obtenido la matriz de los datos, el siguiente paso es realizar el examen de la matriz de correlaciones muestrales, con la finalidad de comprobar si sus características son las más adecuadas para realizar un Análisis Factorial. Si las variables están altamente correlacionadas, entonces un análisis factorial es la herramienta apropiada. Si por el contrario las correlaciones entre todas las variables son bajas, el análisis factorial tal vez no sea apropiado. Además, también debe esperarse que las variables que tienen correlación muy alta entre sí, la tengan con el mismo factor o factores (Rencher, 2002).

#### **(1) KMO (Medida de Kaiser-Meyer-Olkin)**

KMO es un índice que toma valores entre 0 y 1 y que se utiliza para comparar las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial de forma que, cuanto más pequeño sea su valor, mayor es el valor de los coeficientes de correlación parciales y, por lo tanto, menos deseable es realizar un Análisis Factorial.

Kaiser, Meyer y Olkin aconsejan que si el índice  $KMO \geq 0.75$  la idea de realizar un análisis factorial es buena, si  $0.75 > KMO \geq 0.5$  la idea es aceptable y si  $KMO < 0.5$  es inaceptable (Rencher, 2002).

### **(2) Test De Esfericidad De Barlett**

Una forma de comprobar si la matriz de correlaciones es una matriz identidad, o sea, que las intercorrelaciones entre las variables son cero, puede ser utilizando “test de esfericidad de Bartlett”, el cual consiste en una estimación de “ji-cuadrada” a partir de una transformación del determinante de la matriz de correlaciones. El test de esfericidad de Bartlett se basa en que el determinante de la matriz es un índice de la varianza generalizada de la misma. Esto quiere decir que un determinante próximo a cero indica que una o varias de las variables independientes pueden ser expresadas como una combinación lineal de otras variables independientes. Según Miquel (1996) citado por Ibarra (2010), se pueden dar como válidos aquellos resultados que presenten un valor elevado del análisis y cuya fiabilidad sea menor a 0.05. Así pues, si el estadístico del test toma valores grandes se rechaza la hipótesis nula con un cierto grado de significación. En caso de no rechazarse la hipótesis nula significaría que las variables no están intercorrelacionadas y en este supuesto debería reconsiderarse la aplicación de un Análisis Factorial.

### **(3) Análisis mediante Alfa de Cronbach**

En psicometría, el Alfa de Cronbach es un coeficiente que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida, y cuya denominación Alfa fue realizada por Cronbach en 1951, aunque sus orígenes se encuentran en los trabajos de hoy dentro de la Teoría Clásica de los Test (TCT) es también conocido como el método de consistencia interna y es el camino más habitual para estimar la fiabilidad de pruebas, escalas o test, cuando se utilizan conjuntos de ítems o reactivos que se espera midan el mismo atributo o campo de contenido. La principal ventaja de ese método es que requiere solo una administración de la prueba; además, los principales coeficientes de estimación basados en este

enfoque son sencillos de computar y están disponibles como opción de análisis en los programas estadísticos más conocidos, como SPSS, (que es el programa a considerar para este estudio). Dentro de esta categoría de coeficientes, Alfa de Cronbach es, sin duda, el más ampliamente utilizado por los investigadores (Ledesma, et al., 2002).

Es bueno advertir que el alfa de Cronbach puede llegar a alcanzar valores negativos si llegan a existir parejas de ítems negativamente correlacionados. El alfa de Cronbach no es un estadístico al uso, por lo que no viene acompañado de ningún p-valor que permita rechazar la hipótesis de fiabilidad en la escala. No obstante, cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 o 0,8 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala (Cronbach, 1951).

### **c) Determinar el número de factores**

La matriz factorial puede presentar un número de factores superior al necesario para explicar la estructura de los datos originales. Generalmente, hay un conjunto reducido de factores, los primeros, que contienen casi toda la información. Los otros factores suelen contribuir relativamente poco. Uno de los problemas que se plantean consiste en determinar el número de factores que conviene conservar, puesto que de lo que se trata es de cumplir el principio de parsimonia.

#### **(1) Método de componentes principales**

Éste método consiste en estimar las cargas factoriales mediante las puntuaciones tipificadas de los primeros componentes principales y la matriz de cargas factoriales mediante las correlaciones de las variables originales con dichos componentes. Éste método tiene la ventaja de que siempre proporciona una solución. El método de componentes principales consiste en realizar una combinación lineal de las variables, de tal manera que el primer componente principal sea la combinación que más varianza explique, el segundo la siguiente



mayor y que a su vez está correlacionado con el primero y así sucesivamente (Cuadras, 2007). Cuadras (2007) añade lo siguiente:

**Analizar:** Permite especificar tanto una matriz de correlaciones como una matriz de covarianzas. Si las variables están en diferente escala se utiliza la matriz de correlaciones y la matriz de covarianzas en caso de ser lo contrario.

**Extraer:** puede elegirse tanto factores como autovalores igual o mayor al valor 1. Esto se conoce como “La Regla de Kaiser”. También puede indicarse un número concreto de factores a extraer.

**Mostrar:** ofrece la solución sin rotar y el gráfico de los factores obtenidos.

#### d) Rotación de los factores

La matriz factorial indica, como se ha dicho, la relación entre los factores y las variables. Sin embargo, a partir de la matriz factorial muchas veces resulta difícil la interpretación de los factores.

Generalmente resulta difícil de interpretar la matriz factorial inicial, pues no queda claro en que factor satura cada variable. Para resolver este problema, facilitando la interpretación, se realizan las rotaciones factoriales. La rotación consiste en girar los ejes factoriales. La solución inicial extrae los factores según su importancia, de tal manera que el primer factor explica la mayor parte de la varianza (y por lo tanto estará en función de más variables) y los siguientes factores van explicando progresivamente menor porcentaje de varianza. Con la rotación se distribuye la varianza en otros factores para lograr un patrón de factores más simple y más significativo (Rencher, 2002). La rotación factorial pretende seleccionar la solución más sencilla e interpretable.

En síntesis consiste en hacer girar los ejes de coordenadas, que representan a los factores, hasta conseguir que se aproxime al máximo a las variables en que están saturados. La saturación de factores transforma la matriz factorial inicial en otra denominada matriz factorial rotada, de más fácil interpretación. La matriz factorial rotada es una combinación lineal de la primera y explica la misma cantidad de varianza inicial (Rencher, 2002).

Existen varios métodos de rotación, tres de ellos ortogonales, mediante los cuales se respeta la independencia entre factores de la solución inicial según Kaiser (1985); citado en Claro (2009). Estos métodos son:

- **Varimax.** Método de rotación ortogonal que minimiza el número de variables que obtienen saturaciones altas en cada factor. De esta manera se pretende simplificar la interpretación de los factores optimizando la solución por columna.
- **Quartimax.** Método de rotación ortogonal que minimiza el número de factores necesarios para explicar cada variable. Simplifica la interpretación de los factores optimizando la solución por columna.
- **Equamax.** Método de rotación que es combinación del método Varimax, que simplifica los factores, y el método Quartimax, que simplifica las variables. Se minimiza tanto el número de variables que saturan alto en un factor como el número de factores necesarios para explicar la variable.
- **Factorparsimax.** Especifica una rotación factorial ortogonal parsimax, la cual corresponde a una rotación Orthomax de gama número de variables.

#### e) Interpretación de factores

La interpretación de los factores se basa en las correlaciones estimadas de los mismos con las variables originales del problema. Para efectos prácticos, en la interpretación de los factores se sugieren los dos siguientes pasos:

1. Identificar las variables cuyas correlaciones con el factor son las más elevadas en valor absoluto.
2. Intentar dar un nombre a los factores. El nombre debe asignarse de acuerdo con la estructura de sus correlaciones con las variables. Si dicha correlación es positiva, la relación entre el factor y dicha variable es directa. Analizando con qué variables tiene una relación fuerte, es posible en muchos casos hacerse una idea más o menos clara de cuál es el significado de un factor.

Una ayuda en la interpretación de los factores puede ser representar gráficamente los resultados obtenidos. La representación se hace tomando los factores en pares. Cada factor representa un eje de coordenadas. A estos ejes se les denomina *ejes factoriales*. Sobre estos ejes se proyectan las variables originales. Las coordenadas vienen dadas por los respectivos coeficientes de correlación entre la variable y el factor de forma que las variables saturadas en un mismo factor aparecen agrupadas. Esto puede ayudar a descubrir la estructura latente de este factor. Las variables al final de un eje son aquellas que tienen correlaciones elevadas sólo en ese factor y, por consiguiente, lo describen. Las variables cerca del origen tienen correlaciones reducidas en ambos factores. Las variables que no están cerca de ninguno de los ejes se relacionan con ambos factores. Se puede ordenar la matriz factorial de tal forma que las variables con cargas altas para el mismo factor aparezcan juntas. La eliminación de las cargas factoriales bajas también facilita la interpretación de los resultados, al suprimir información redundante. El investigador debe decidir a partir de qué valor deben eliminarse las cargas factoriales, aunque una carga factorial de 0.3 es sugerida por varios autores (Rencher, 2002).

## 2.8 Estudios Previos

- **Hospital Pediátrico Universitario en la Habana, Cuba.**

En un estudio realizado por Rodríguez, et al. (2009) en un Hospital Pediátrico Universitario en La Habana, Cuba, se llevó a cabo el desarrollo de un instrumento, que permite medir las dimensiones de calidad de los servicios en los departamentos de urgencias y cirugía general, en el cual se identificó que los factores que los pacientes otorgaron mayor importancia fueron *seguridad* y *fiabilidad*. Las dimensiones de calidad del servicio en las que los usuarios reportaron menor nivel de satisfacción fueron: *elementos tangibles* y *capacidad de respuesta*. En este estudio se tuvo como resultado que el 91.75% de los usuarios en el Servicio de urgencias y el 98.96% de los usuarios en el Servicio de Cirugía General encuestados, expresaron estar satisfechos de forma general con los servicios

recibidos, y esto se debe a que las dimensiones de calidad que los usuarios le atribuyeron mayor importancia coinciden con que son las dimensiones que presentan mayor nivel de satisfacción.

- **Emergency department patient satisfaction survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran.**

En el estudio de Soleimanpour, et al. (2011), menciona que la satisfacción del paciente es un indicador importante de la calidad de la atención y prestación de servicios en el departamento de emergencia (ED). El objetivo del artículo fue evaluar la satisfacción del paciente en urgencias en el Hospital de Imam Reza en Tabres, Irán. Los resultados del estudio indican que la necesidades de intervenciones, basadas en evidencia, en los servicios de atención de urgencias son atención médica, atención de enfermería, cortesía del personal, comodidad física y tiempo de espera de. Los esfuerzos en el Departamento de urgencias deben centrarse en acortar intervalos de espera y mejorar las percepciones de los pacientes, además de mejorar la limpieza general de la sala de emergencias.

### 3 METODOLOGÍA

Derivado del análisis de modelos e instrumentos de medición de la calidad de los servicios, se encuentra la popularidad de aplicación y simplicidad de los modelos SERVQUAL, SERVPERF y otros instrumentos desarrollados. Sin embargo, tomando en cuenta que ambos requieren modificaciones en su aplicación a servicios de salud, se recomienda que para obtener resultados significativos en la medición de la calidad de los servicios desde la satisfacción de los usuarios, se debe diseñar y desarrollar un instrumento que considere sólo las percepciones de los pacientes y a su vez considere aspectos particulares del hospital en donde se requiere aplicar realizando adaptaciones y validando finalmente su confiabilidad.

A continuación se presentan las fases de la metodología adoptada para realizar este estudio de medición de la calidad de los servicios en el área de urgencias del Hospital, tomando para ello como base el proceso para la construcción de un instrumento de medición de Hernández, Fernández y Baptista (2010), ya que en él se desarrollan los requisitos necesarios que un instrumento debe cubrir para recolectar apropiadamente datos cuantitativos considerando confiabilidad, validez y objetividad.

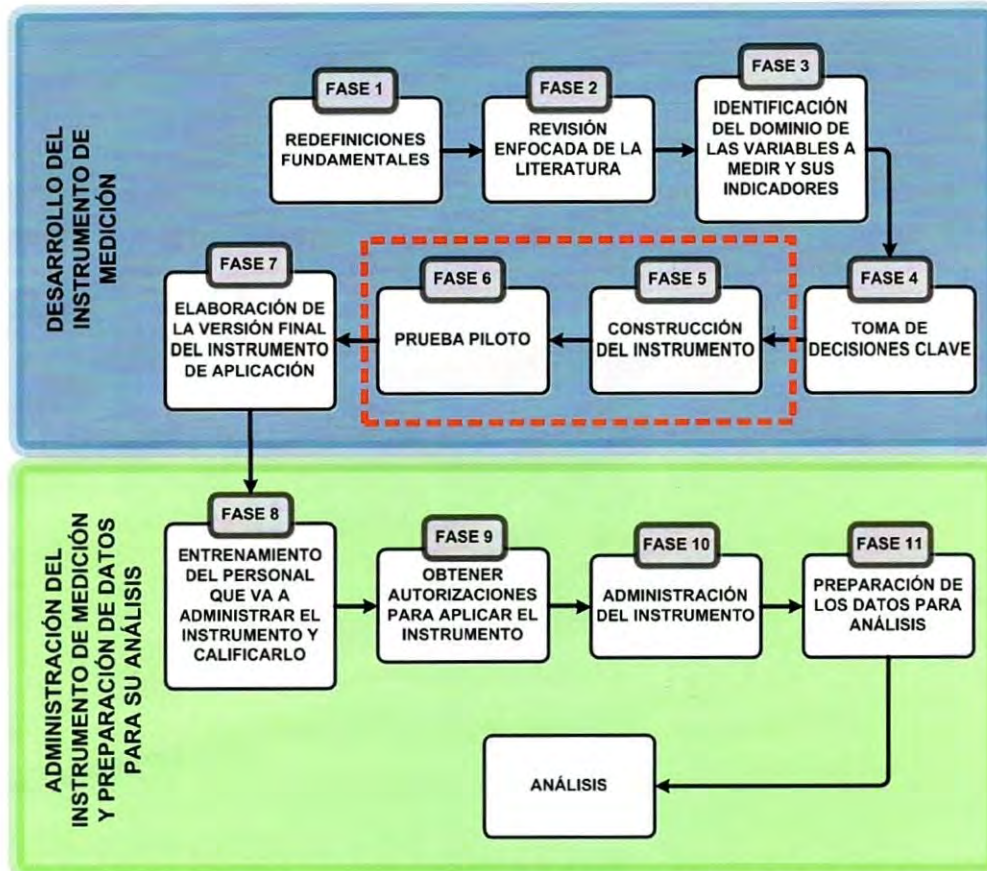


Figura 3.1. Estructura de la Metodología retomada de Hernández, Fernández y Baptista (2010).

### Fase 1: Redefiniciones fundamentales

Al comenzar a desarrollar el o los instrumentos de medición, se sugiere contestar las siguientes preguntas: ¿Qué va a ser medido (identificación y listado de variables)?, ¿Qué o quiénes van a ser medidos?, ¿Cuándo (fechas precisas)?, ¿Dónde (lugar específico)?, ¿Nuestro propósito (coherente con el planteamiento) al recolectar los datos es?, ¿Qué tipo de datos queremos obtener? (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### Fase 2: Revisión enfocada en la literatura

Si al elaborar el marco teórico efectuamos una revisión adecuada de la literatura, esta fase suele ser innecesaria.

Al evaluar los diferentes instrumentos utilizados en estudios previos, conviene identificar el propósito del instrumento tal como fue concebido por el investigador o

investigadores, y analizar si su propósito es similar al nuestro. Se recomienda considerar los siguientes elementos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010):

- Las variables que mide el instrumento o herramienta: ¿cuántas y cuáles?
- Los dominios de contenido de las variables (dimensiones, componentes o indicadores): ¿cuáles? (Mertens, 2005, Punch, 2009).
- La muestra: ¿A quién o quiénes fue administrado?, ¿qué perfil o características poseen?
- Las condiciones de aplicación: ¿en qué lugar y contexto fue utilizado?, ¿cómo y cuándo fue administrado?, ¿por quién o quiénes se aplicó?, ¿eran individuos con capacidades y entrenamiento para implementarlo, calificarlo e interpretarlo, ¿qué tiempo requiere para ser aplicado, codificado y calificado?
- La información sobre la confiabilidad: ¿de qué tipo?, ¿cómo fue establecida?, ¿qué procedimientos se utilizaron para calcularla?, ¿cómo se reportó?, ¿los resultados son aceptables y significativos?
- La información sobre la validez: ¿qué evidencia de contenido, criterio y constructo se aportó?, ¿se estableció suficiente evidencia sobre la validez total?
- La información sobre la objetividad: ¿se aplicó de manera estandarizada?
- Los recursos necesarios para administrarlo: ¿qué recursos se requieren para aplicarlo? (por ejemplo: informáticos, el costo).

Sobre la base de tales elementos, se seleccionan uno o varios instrumentos que pudieran ser apropiados para nuestra investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Fase 3: Identificación del dominio de las variables a medir y sus indicadores**

Esta fase se refiere a la definición del dominio de las variables que habremos de medir, fundamentándonos en la revisión de otros instrumentos. Es decir, señalar con precisión los componentes, dimensiones o factores que teóricamente integran

la variable. Una vez ubicados tales factores, establecer los indicadores de cada uno (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

#### **Fase 4: Decisiones clave**

Una vez evaluados varios instrumentos (al menos un par) utilizados previamente, es necesario tomar una serie de decisiones fundamentales, que agrupamos en tres rubros (Hernández, Fernández y Baptista, 2010):

##### *1. Utilizar un instrumento de medición ya elaborado, adaptarlo o desarrollar uno nuevo*

En el primer caso, debemos elegir un instrumento que obviamente se encuentre disponible (“esté a la mano” y podamos utilizarlo sin violar ningún derecho de autoría) y sea posible su aplicación (al respecto, debemos cuestionarnos si en realidad podemos aplicarlo). Asimismo, debemos seleccionar el que: a) se haya generado lo más recientemente posible; b) se cite con mayor frecuencia y amplitud en la literatura; c) reciba mejores evaluaciones por expertos de asociaciones académicas y profesionales; d) demuestre mayor confiabilidad, validez y objetividad; e) se pueda aplicar más a nuestro planteamiento y propósito de recolección de los datos; f) se adecue mejor a nuestra muestra y contexto, y g) empate en mayor medida con las aptitudes que tenemos (que estemos más calificados para utilizarlo). Solamente deben seleccionarse instrumentos que reporten fiabilidad, validez y objetividad; ya que no es posible confiar en una forma de medir que carezca de este tipo de evidencia clara y precisa. Cabe señalar que algunos instrumentos se han validado para contextos latinoamericanos y españoles (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

En la segunda situación, el instrumento elegido se adapta al ambiente de nuestro estudio; es decir, se realizan algunos ajustes en la presentación, instrucciones, ítems (preguntas, categorías de observación, etc.). Éste es el caso de instrumentos que se traducen y validan (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Si ninguna de las dos opciones anteriores resulta satisfactoria, entonces tenemos que desarrollar uno propio. Éste puede elaborarse a partir de instrumentos previos, de nuevas concepciones e ítems, o bien, una mezcla de éstas. Para tal



efecto, idealmente debe generarse un conjunto de ítems o categorías para los indicadores de cada dimensión, con el apoyo de un grupo de expertos (en una o varias sesiones del tipo denominado “tormenta de ideas”). Posteriormente, someter a los ítems a evaluación de otros expertos y redactar la introducción e instrucciones (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### *2. Resolver el tipo de instrumento y formato*

La segunda decisión es simultánea a la primera cuando se utiliza un instrumento ya elaborado o adaptado, pues éste ya posee sus características y tiene un formato propio. Pero cuando se desarrolla uno nuevo, el investigador debe decidir de qué tipo será (cuestionario, hoja de observación, escala de actitudes, prueba estandarizada, etc.) y cuál será su formato, esto depende de sus características físicas (tamaño, colores, tipo de fuente, especificaciones de papel y aspectos similares). Por ejemplo, no es lo mismo un cuestionario escrito en papel que un cuestionario en un disco compacto o una página web, e incluso que un cuestionario en una palm o computadora u ordenador portátil (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### *3. Determinar el contexto de administración*

Esto implica decidir en qué espacio físico se implementa (si en un aula de capacitación, en un salón de clases, en la calle, en los hogares, de manera telefónica, etc.). Desde luego, la naturaleza de los datos buscados y el tipo de instrumento elegido nos ayudan en ello, ya sabemos que si deseamos datos escritos y vamos a utilizar un cuestionario, que puede administrarse en distintos contextos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

## **Fase 5: Construcción del instrumento**

Esta etapa implica la generación de todos los ítems o reactivos y categorías del instrumento, que depende de su tipo y formato. Recordemos que un ítem es, por ejemplo, una pregunta de un cuestionario, una categoría de un sistema de observación o una estadística en un sistema de registro. Al final de esta etapa el producto es una primera versión del instrumento. Una parte muy importante de

esta versión, es cómo vamos a registrar los datos y el valor que les habremos de otorgar (codificación) (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Fase 6: Prueba piloto**

Esta prueba consiste en administrar el instrumento a personas con características semejantes a las de la muestra objetivo de la investigación. Se somete a prueba no sólo el instrumento de medición, sino también las condiciones de aplicación y los procedimientos involucrados. Se analiza si las instrucciones se comprenden y los ítems funcionan de manera adecuada, se evalúa el lenguaje y la redacción. Los resultados se utilizan para calcular la confiabilidad inicial y, de ser posible, la validez tentativa del instrumento de medición. La prueba piloto se realiza con una pequeña muestra (inferior a la muestra definitiva). Los autores aconsejamos que cuando la muestra sea de 300 o más se lleve a cabo la prueba piloto con entre 30 y 60 personas, salvo que la investigación exija un número mayor. En ocasiones, el instrumento se somete a varias pruebas y se va depurando paulatinamente (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Cabe señalar que cuando se desarrolla un nuevo instrumento, es conveniente incluir un elevado número de ítems, para elegir a los que más contribuyan a la confiabilidad, validez y objetividad de éste. Desde luego, sin excedernos, sin caer en redundancias excesivas, el número o cantidad de reactivos debe ser manejable (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La inclusión de cada ítem debe estar justificada (Neuman, 2009). Por ello, se recomienda que la generación de reactivos se realice mediante una o varias sesiones con expertos (Gall, Gall y Borg, 2003), los cuales pueden ser profesores universitarios, consultores de empresas y especialistas que uno conozca (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Cuando no encontramos expertos, entonces nuestra revisión de la literatura tiene que ser exhaustiva y profunda (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Como ya se comentó, la prueba piloto evalúa todo el procedimiento de medición. Parte fundamental de la prueba piloto consiste en charlar con los participantes para recoger sus opiniones con respecto al instrumento y al contexto de aplicación

(por ejemplo, lo consideran largo o corto, comprensible, obstrusivo o no, etc.) (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Hernández, Fernández y Baptista (2010), incluyen las siguientes recomendaciones para la prueba piloto en el caso de instrumentos escritos (cuestionario, examen o prueba estandarizada):

- Es aconsejable que se dispongan espacios para comentarios de los participantes.
- Solicite a los participantes que señalen ambigüedades, opciones o categorías no incluidas, términos complejos y redacción confusa.
- Tome en cuenta y evalúe lo escrito por los participantes durante todo el proceso.
- Esté atento a que no se presenten “patrones tendenciosos” por efecto del instrumento en: a) el orden de las preguntas, b) el orden de las opciones de respuesta, c) tendencias en las respuestas (por ejemplo: que siempre tiendan a estar de acuerdo o en contra de todo, sin que realmente sea su opinión; o que respondan “no sé” a una buena parte de las preguntas; que dejen de contestar a varios ítems).
- Simule las condiciones reales de administración de la mejor manera posible (por ejemplo, si el cuestionario va a enviarse por correo, la prueba piloto debe hacerse por este medio: se les manda y posteriormente, pero de manera inmediata, se les reúne en grupo para comentar; o al menos, se simulan las condiciones en el grupo: a los participantes se les entrega el cuestionario en un sobre postal, el cual abren y leen).

### **Fase 7: Versión final**

Al revisar los resultados de la prueba piloto, el instrumento de medición preliminar se modifica, ajusta y mejora (se quitan o agregan ítems, se cambian palabras, se otorga más tiempo para responder, etc.). Se tiene la versión final para administrar, la cual incluye un diseño gráfico atractivo para los participantes y de acuerdo con

el medio (impreso en papel, CD, página web o blog, palm o PC, etcétera) (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Fase 8: Entrenamiento del personal**

Las personas del equipo de investigación que van a administrar y/o calificar el instrumento, ya sea que se trate de entrevistadores, observadores, encuestadores o individuos que dirijan las sesiones para aplicarlo, deben recibir un entrenamiento en varias cuestiones (Hernández, Fernández y Baptista, 2010):

- l) La importancia de su participación y su papel en el estudio.
- m) El propósito del estudio.
- n) Las personas e instituciones que patrocinan y/o realizan la investigación.
- o) La calendarización y tiempos del estudio (fechas clave de entrega de información).
- p) La confidencialidad que deben guardar respecto a la investigación y sobre todo de los participantes. Ésta no puede romperse bajo ninguna circunstancia.
- q) La manera cómo deben vestirse si van a entrevistar o tener contacto con los participantes.
- r) El respeto y la sensibilidad que deben tener hacia los participantes (por ejemplo, no discriminar ni utilizar lenguaje que pudiera resultar ofensivo).
- s) No discutir ni molestarse con los y las participantes (ellos y ellas nos están haciendo un favor).
- t) Establecimiento de confianza.
- u) Uso de gafetes y cartas de identificación.
- v) El instrumento de medición (estructura, orden, ítems, instrucciones para el personal y para los participantes) y las condiciones de administración.

Durante el entrenamiento, el personal que habrá de aplicar y/o calificar las respuestas o mediciones, debe realizar varios ensayos a la vista de todos (de entrevista, observación, aplicación de prueba, etc.), para así corregir aquellas situaciones que puedan afectar la objetividad y el correcto desempeño en la recolección de los datos.

El entrenamiento puede llevarse a cabo mediante una o más sesiones, según sea el caso. Se recomienda —al menos— una reunión previa al inicio de la recolección de los datos y una después de que se terminó el levantamiento de la información. Durante la sesión o sesiones se motiva al personal, se escuchan sus sugerencias y se responden inquietudes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Fase 9: Autorizaciones**

Antes de recolectar los datos, es necesario gestionar varias autorizaciones. En primer término, por parte de los representantes de las organizaciones a las cuales pertenecen los participantes (directivos y líderes sindicales en las empresas, directores y maestros en las escuelas, funcionarios gubernamentales, etc.). En segundo término, es conveniente obtener el consentimiento de los propios participantes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Fase 10: Administración del instrumento**

Éste es el momento de la verdad, todo nuestro trabajo conceptual y de planeación se confronta con los hechos. La administración depende del tipo de instrumento que hayamos seleccionado y la experticia de todo el equipo que participa. Debemos aclarar que una cuestión es el tipo de instrumento en sí y otra el contexto de administración (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Fase 11: Preparación de los datos para el análisis**

- a) Codificarlos.
- b) Limpiarlos.
- c) Insertarlos en una base de datos (matriz).

### **Análisis**

El análisis estadístico se realizará mediante el paquete estadístico SPSS, realizando un análisis factorial, definiendo alfa de Cronbach, la correlación entre los datos y así concretar la validez de los mismos.

Una vez que los datos se han codificado, transferido a una matriz, guardado en un archivo y "limpiado" de errores, el investigador procede a analizarlos.

En la actualidad, el análisis cuantitativo de los datos se lleva a cabo por computadora u ordenador. Ya casi nadie lo hace de forma manual ni aplicando fórmulas, en especial si hay un volumen considerable de datos. Por otra parte, en la mayoría de las instituciones de educación media y superior, centros de investigación, empresas y sindicatos se dispone de sistemas de cómputo para archivar y analizar datos. Por ello, se centra en la interpretación de los resultados de los métodos de análisis cuantitativo.

El análisis de los datos se efectúa sobre la matriz de datos utilizando un programa computacional, el cual nos permitirá entender el comportamiento de cada una de las variables alrededor de los componentes seleccionados y entender cuáles de esta destacan para realizar propuestas de mejora de acuerdo a la hipótesis planteada. En el capítulo de Resultados veremos paso a paso el proceso de este análisis.

## 4 RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de cada una de las fases de la metodología, mostrando una descripción y explicación de cada respuesta.

### 4.1 Fase 1: Redefiniciones fundamentales

Con la finalidad establecer concretamente nuestras variables y particularidades del estudio, se contestan las siguientes preguntas:

#### ***¿Qué va a ser medido?***

En este estudio se mide la calidad del servicio brindado por el departamento de urgencias del Hospital General del ISSSTE “Dr. Fernando Ocaranza”.

#### ***¿Qué o quiénes van a ser medidos?***

Es medida la percepción de los pacientes que ingresan y tienen acceso a los servicios de urgencias del Hospital General del ISSSTE “Dr. Fernando Ocaranza”.

#### ***¿Cuándo?***

La medición de la calidad está comprendida del mes de Marzo de 2013 a Agosto de 2013.

#### ***¿Dónde?***

La medición tiene lugar dentro de las instalaciones del Hospital General del ISSSTE “Dr. Fernando Ocaranza”.

#### ***¿Cuántas personas serán encuestadas?***

Utilizando las formula del tamaño de muestra, mencionada en el marco de referencia, podemos decir que:

---

Para el tamaño de la muestra, se consideró que el tamaño de la población es de 200,000 derechohabientes. Este número fue tomado de acuerdo al promedio de consultas realizadas en 4 años anteriores dado por el departamento de Estadística del mismo hospital. Por lo tanto, con un nivel de confianza del 95%, el tamaño de muestra a considerar es de 384 encuestas. Considerando este valor, se toman

100 encuestas para realizar la prueba piloto, las cuales serán validadas para realizar la versión final del instrumento de medición.

***¿Cuál es nuestro propósito al recolectar los datos?***

Obtener información sobre la percepción de los pacientes del Hospital General del ISSSTE “Dr. Fernando Ocaranza”, sobre la calidad del servicio que reciben.

***¿Qué tipo de datos queremos obtener?***

Una manifestación de los pacientes de manera escrita y cuantitativa sobre su percepción de la calidad del servicio a través de una escala de valoración, que permita conocer la satisfacción de los derechohabientes sobre el departamento de urgencias.

Como resultado de responder estas preguntas, se tienen las redefiniciones más importantes para proseguir en el estudio.

## **4.2 Fase 2: Revisión enfocada en la literatura**

En esta fase se habla sobre instrumentos utilizados en estudios previos, mencionando sus características identificando su propósito comparado con el de este estudio. Para completar la Fase 2, en el Marco de Referencia se habla acerca de los diferentes instrumentos utilizados para poder medir la calidad en los servicios, como son SERVQUAL, SERVPERF y las diferentes adaptaciones que se han realizado en ellos para la aplicación a los servicios de salud.

## **4.3 Fase 3: Identificación del dominio de las dimensiones a medir**

Esta fase es prácticamente simultánea a la anterior y simplemente se refiere a la definición del dominio de las dimensiones que habremos de medir, fundamentándonos en la revisión de otros instrumentos. Es decir, señalar con precisión las variables que teóricamente integran a las diferentes dimensiones que queremos utilizar medir la calidad del servicio. Las dimensiones identificadas para medir la calidad del servicio se presentan en la siguiente Tabla 4.1:



		AUTOR									
	Papsuraman, et al. (1988)	Papsuraman, et al. (1986)	Fitzpatrick, R. (1991)	Bowers (1994)	Mowen, Licata y Mophaal (1993)	Mira, et al. (1998)	Rebull, et al. (2003)	Chang, et al. (2006)	Brahmbhatt, Baser y Joshi (2011)	Cabello y Chirinos (2012)	Cim y Plybutok (2013)
Elementos Tangibles	Tangibilidad	Instalaciones	Información	Tangibles	Empatía	Confort	Profesionales Medicos	Aspectos Físicos	Fiabilidad	Confiabilidad	
Fiabilidad	Fiabilidad	Habilidad	Fiabilidad	Confiabilidad	Capacidad de respuesta	Competencia profesional	Profesionales cuidado	Seguridad	Capacidad de Respuesta	Sensibilidad	
Capacidad de Respuesta	Capacidad de Respuesta	Continuidad	Capacidad de Respuesta	Seguridad, Garantía	Cortesía	Accesibilidad	Profesionales servicio	Fiabilidad (Seguridad)	Seguridad	Garantía	
Seguridad	Competencia	Burocracia	Accesibilidad	Sensibilidad	Fiabilidad	Información	Espacio, Instalaciones	Empatía	Empatía	Empatía	
Empatía	Cortesía	Informatividad	Empatía	Empatía	Tangibilidad	Confianza		Proceso	Aspectos Tangibles	Tangibles	
	Información	Humanidad	Cuidados	Items de Satisfacción	Competencia profesional	Trato		Politica		Seguridad	
	Credibilidad	Atención a los problemas psicosociales				Satisfacción general				Interacción	
	Seguridad	Calidad general								Profesionalism o	
	Accesibilidad	Costo								Accesibilidad	
	Empatía									Comunicación	
										Disponibilidad	
										Calidad técnica	
										Eficiencia	
		VARIABLES									

Tabla 4.1. Dimensiones para medir la calidad del servicio por varios autores. Fuente: Elaboración propia.

#### **4.4 Fase 4: Decisiones clave**

Una vez evaluados varios instrumentos (al menos un par) vistos previamente, es necesario tomar una serie de decisiones fundamentales, que agrupamos en tres rubros:

*1. Utilizar un instrumento de medición ya elaborado, adaptarlo o desarrollar uno nuevo.*

Para este apartado, se desarrolló un propio instrumento de medición a partir de la revisión bibliográfica. Para este instrumento, se seleccionaron artículos generados lo más recientemente posible, citados con mayor frecuencia, con mejores evaluaciones por expertos de asociaciones académicas y profesionales, que demostraron mayor validez, y se adecuaban mejor en contexto. Al ser seleccionados se tomaron los reactivos o ítems con mayor relevancia de cada uno de los artículos seleccionados. En el caso de estar en inglés u otro idioma, se realizó su traducción y redacción.

*2. Resolver el tipo de instrumento y formato.*

El tipo de instrumento es de tipo cuestionario, el cual se presenta en el Anexo 7.1. Este cuestionario se presentó de manera escrita, administrado por una persona previamente entrenada para poder aplicarlo y contestar cualquier duda que pudiera surgir al paciente.

*3. Determinar el contexto de administración.*

El espacio físico en donde se aplicó el cuestionario es el área de urgencias, en el cual se administró la herramienta justamente después de que el paciente terminó el servicio adquirido y que quiso contestar la encuesta voluntariamente.

#### **4.5 Fase 5: Construcción del instrumento**

Después de identificar las variables a utilizar, su formato de aplicación y su forma de administración. Se procedió a realizar la agrupación de los reactivos o ítems que se determinaron con mayor relevancia dentro de los factores de estudio en el instrumento. Una vez formulado el contenido del instrumento, se agregó una clara

y breve descripción de cada uno de los factores dando una definición para proporcionar un mayor entendimiento al encuestado.

Por otra parte se añadieron reactivos que describieran el perfil de la persona encuestada. Asimismo se incluyó en la primera página del instrumento, una introducción explicativa en la cual se definió el objetivo de este estudio y la importancia de la participación de los encuestados.

#### **4.6 Fase 6: Prueba piloto**

La prueba piloto se administró al derechohabiente o familiar que posee una dificultad de salud. Se ha tomado en cuenta las condiciones de aplicación y procedimientos involucrados en el momento de administrar el instrumento, analizando si las instrucciones se comprendieron y los reactivos o ítems funcionaron de manera adecuada. El cuestionario que se aplicó a un tamaño de muestra piloto de 100 derechohabientes, el cual se encuentra en el Anexo 7.1.

#### **4.7 Fase 7: Versión final**

Al realizar un análisis de los resultados obtenidos en la prueba piloto, se puede concluir que de las 25 preguntas se obtuvo una reducción de ítems, quedando así el cuestionario final con 22 preguntas alrededor de los 4 componentes que son: Fiabilidad, Empatía, Capacidad de Respuesta y Tangibles. El cuestionario final que se aplicó al tamaño de muestra de 384 derechohabientes, el cual se encuentra en el Anexo 7.2.

#### **4.8 Fase 8: Entrenamiento del personal**

Dado que la aplicación del instrumento la realiza el mismo investigador sin el apoyo de trabajadores sociales o personal de la institución, por lo que los criterios de aplicación ya son conocidos y no se requiere un entrenamiento. Esta fase consistió en el adiestramiento de la aplicación del instrumento. Los criterios que se utilizaron fueron dar una breve presentación del origen y objetivo de la encuesta, y así mismo una explicación del funcionamiento del instrumento.

## **4.9 Fase 9: Autorizaciones**

Antes de realizar la aplicación de este tema de investigación, se tuvo la autorización del director del hospital y de los diferentes encargados de los departamentos que conforman el hospital, y que tiene relación a las actividades que se realizan en urgencias. Además se informó y explico el objetivo de la investigación y el instrumento utilizado a los diferentes jefes que laboran en los diferentes horarios en urgencias, esto se realizó con la finalidad de no contar con ningún contratiempo en la administración del instrumento.

Por otra parte se obtuvo el consentimiento por medio escrito para la aplicación del instrumento, esto con motivo de identificación ante los prestadores de servicio en turno y a los derechohabientes.

## **4.10 Fase 10: Administración del instrumento**

Esta fase consistió en el adiestramiento de la aplicación del instrumento. Los criterios que se utilizaron fueron dar una breve presentación del origen y objetivo de la encuesta, y así mismo una explicación del funcionamiento del instrumento.

Éste es el momento de la verdad, todo nuestro trabajo conceptual y de planeación se confronta con los hechos. La administración depende del tipo de instrumento que hayamos seleccionado y la experticia de todo el equipo que participa. Debemos aclarar que una cuestión es el tipo de instrumento en sí y otra el contexto de administración (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

## **4.11 Fase 11: Preparación de los datos para el análisis**

- a) Codificarlos.
- b) Limpiarlos.
- c) Insertarlos en una base de datos (matriz).

## 4.12 Análisis

El análisis que se realizó considera aspectos estadísticos y multivariados mediante el cual se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics para realizar análisis factorial, el cual nos permitirá realizar la validación del cuestionario y verificar la correlación que tienen cada una de las variables entre sí mismas. Además se realizó un análisis de frecuencias el cual permitió verificar cuales son las preguntas que más afectaron a la satisfacción de cada paciente. En base a los resultados obtenidos, se realizó la propuesta a los variables con mayor relevancia. A continuación se mostrarán los resultados del análisis factorial y estadístico en la aplicación de esta herramienta.

### 4.12.1 Análisis factorial

La tabla 4.2 expone la matriz de correlación inter-ítem en la que podemos observar que todos los ítems presentan una fuerte relación entre sí, ya que la correlación entre algunas de las variables es mayor que 0.30 por lo que no se sugiere eliminar ningún ítem.

Matriz de correlaciones inter-elementos																						
	F1	F2	F3	F4	F5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	C13	C14	C15	C16	T17	T18	T19	T20	T21	T22
F1	1	0.502	0.45	0.492	0.561	0.527	0.513	0.553	0.432	0.355	0.428	0.509	0.558	0.418	0.35	0.511	0.286	0.279	0.145	0.203	0.285	0.264
F2	0.502	1	0.462	0.456	0.564	0.485	0.484	0.498	0.429	0.49	0.532	0.382	0.5	0.53	0.52	0.46	0.208	0.28	0.217	0.186	0.22	0.34
F3	0.45	0.462	1	0.661	0.582	0.504	0.546	0.582	0.34	0.393	0.415	0.537	0.527	0.523	0.334	0.507	0.297	0.271	0.158	0.239	0.22	0.2
F4	0.492	0.456	0.661	1	0.614	0.574	0.52	0.6	0.469	0.431	0.587	0.465	0.468	0.478	0.401	0.514	0.339	0.242	0.213	0.272	0.205	0.276
F5	0.561	0.564	0.582	0.614	1	0.559	0.602	0.63	0.499	0.445	0.577	0.482	0.624	0.498	0.419	0.566	0.315	0.314	0.226	0.19	0.21	0.303
E6	0.527	0.485	0.504	0.574	0.559	1	0.594	0.642	0.535	0.566	0.627	0.49	0.575	0.38	0.469	0.562	0.244	0.242	0.203	0.201	0.189	0.261
E7	0.513	0.484	0.546	0.52	0.602	0.594	1	0.595	0.507	0.522	0.52	0.509	0.588	0.441	0.448	0.567	0.3	0.357	0.107	0.248	0.323	0.327
E8	0.553	0.498	0.582	0.6	0.63	0.642	0.595	1	0.486	0.454	0.539	0.547	0.596	0.503	0.495	0.599	0.277	0.299	0.162	0.152	0.207	0.265
E9	0.432	0.429	0.34	0.469	0.499	0.535	0.507	0.486	1	0.487	0.576	0.417	0.58	0.312	0.396	0.539	0.269	0.309	0.133	0.216	0.324	0.326
E10	0.355	0.49	0.393	0.431	0.445	0.566	0.522	0.454	0.487	1	0.657	0.479	0.506	0.367	0.62	0.505	0.224	0.266	0.234	0.314	0.237	0.243
E11	0.428	0.532	0.415	0.587	0.577	0.627	0.52	0.539	0.576	0.657	1	0.419	0.525	0.407	0.489	0.586	0.294	0.325	0.325	0.346	0.259	0.404
E12	0.509	0.382	0.537	0.465	0.482	0.49	0.509	0.547	0.417	0.479	0.419	1	0.548	0.276	0.412	0.538	0.264	0.251	0.096	0.3	0.298	0.238
C13	0.558	0.5	0.527	0.468	0.624	0.575	0.588	0.596	0.58	0.506	0.525	0.548	1	0.412	0.46	0.641	0.233	0.362	0.157	0.217	0.37	0.291
C14	0.418	0.53	0.523	0.478	0.498	0.38	0.441	0.503	0.312	0.367	0.407	0.276	0.412	1	0.44	0.48	0.289	0.212	0.257	0.18	0.211	0.215
C15	0.35	0.52	0.334	0.401	0.419	0.469	0.448	0.495	0.396	0.62	0.489	0.412	0.46	0.44	1	0.471	0.146	0.221	0.181	0.276	0.218	0.228
C16	0.511	0.46	0.507	0.514	0.566	0.562	0.567	0.599	0.539	0.505	0.586	0.538	0.641	0.48	0.471	1	0.304	0.322	0.189	0.237	0.325	0.325
T17	0.286	0.208	0.297	0.339	0.315	0.244	0.3	0.277	0.269	0.224	0.294	0.264	0.233	0.289	0.146	0.304	1	0.36	0.096	0.161	0.288	0.258
T18	0.279	0.28	0.271	0.242	0.314	0.242	0.357	0.299	0.309	0.266	0.325	0.251	0.362	0.212	0.221	0.322	0.36	1	0.146	0.156	0.304	0.316
T19	0.145	0.217	0.158	0.213	0.226	0.203	0.107	0.162	0.133	0.234	0.325	0.096	0.157	0.257	0.181	0.189	0.096	0.146	1	0.239	0.126	0.269
T20	0.203	0.186	0.239	0.272	0.19	0.201	0.248	0.152	0.216	0.314	0.346	0.3	0.217	0.18	0.276	0.237	0.161	0.156	0.239	1	0.302	0.324
T21	0.285	0.22	0.22	0.205	0.21	0.189	0.323	0.207	0.324	0.237	0.259	0.298	0.37	0.211	0.218	0.325	0.288	0.304	0.126	0.302	1	0.38
T22	0.264	0.34	0.2	0.276	0.303	0.261	0.327	0.265	0.326	0.243	0.404	0.238	0.291	0.215	0.228	0.325	0.258	0.316	0.269	0.324	0.38	1

Tabla 4.2. Matriz De Correlaciones Entre Variables de Calidad en el Servicio de Urgencias.

Según la tabla 4.3 podemos observar la correlación ítem-total de los datos el cual muestra que todos los ítems muestran una correlación ítem-total por arriba del límite permitido.

Estadísticos total-elemento					
Variables	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
F1	73.94	227.26	0.639	0.496	0.924
F2	74.43	226.643	0.653	0.523	0.924
F3	74.03	230.892	0.65	0.612	0.924
F4	74.18	228.022	0.692	0.615	0.923
F5	74.08	227.622	0.731	0.621	0.922
E6	73.78	230.942	0.699	0.606	0.923
E7	73.94	230.717	0.716	0.57	0.923
E8	74.15	228.207	0.721	0.629	0.922
E9	73.97	231.505	0.634	0.494	0.924
E10	73.94	230.905	0.649	0.606	0.924
E11	74.13	229.116	0.737	0.669	0.922
E12	73.64	234.64	0.623	0.517	0.924
C13	73.83	232.938	0.726	0.628	0.923
C14	74.7	228.278	0.584	0.487	0.925
C15	73.9	232.731	0.591	0.509	0.925
C16	74.02	230.24	0.726	0.58	0.923
T17	75.14	237.476	0.402	0.263	0.928
T18	74.26	236.808	0.429	0.271	0.928
T19	74.72	240.694	0.285	0.194	0.931
T20	74.08	240.697	0.364	0.268	0.929
T21	74.54	236.619	0.403	0.312	0.928
T22	74.61	235.34	0.448	0.331	0.928

**Tabla 4.3.** Matriz De Correlación Total de Calidad en el Servicio de Urgencias.

Al realizar la eliminación de las variables F2, F6 y T2 de la prueba piloto que se encuentra en el Anexo 7.1 se obtuvo 0.928 del Alfa de Cronbach, teniendo como resultado cuestionario validado y alta fiabilidad en la escala.

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	No. de elementos
0.928	0.932	22

**Tabla 4.4.** Alfa de Cronbach de Calidad en el Servicio de Urgencias.

## Análisis de la matriz de correlación anti-Imagen y KMO

En la tabla 4.5 Se muestra la matriz de las correlaciones parciales negativas fuera de la diagonal, cuyos valores cercanos a cero indican que las correlaciones son aprobadas. La diagonal describe los índices de KMO para cada variable, que muestran también niveles aceptables, por lo que podemos concluir que es posible continuar con la estimación de los índices del KMO y la prueba de Bartlett.

Matriz de Correlación Anti-Imagen											
	F1	F2	F3	F4	F5	E6	E7	E8	E9	E10	E11
F1	.957a	-0.182	0.104	-0.092	-0.108	-0.138	-0.052	-0.084	0	0.088	0.068
F2	-0.182	.947a	-0.1	0.054	-0.143	-0.013	0.002	0.032	-0.036	-0.07	-0.117
F3	0.104	-0.1	.912a	-0.385	-0.089	-0.056	-0.11	-0.089	0.15	-0.031	0.136
F4	-0.092	0.054	-0.385	.936a	-0.146	-0.095	0.011	-0.099	-0.116	0.073	-0.22
F5	-0.108	-0.143	-0.089	-0.146	.963a	0.038	-0.158	-0.103	-0.037	0.072	-0.13
E6	-0.138	-0.013	-0.056	-0.095	0.038	.960a	-0.156	-0.206	-0.092	-0.13	-0.182
E7	-0.052	0.002	-0.11	0.011	-0.158	-0.156	.970a	-0.085	-0.059	-0.134	0.039
E8	-0.084	0.032	-0.089	-0.099	-0.103	-0.206	-0.085	.962a	-0.018	0.104	-0.048
E9	0	-0.036	0.15	-0.116	-0.037	-0.092	-0.059	-0.018	.963a	-0.061	-0.146
E10	0.088	-0.07	-0.031	0.073	0.072	-0.13	-0.134	0.104	-0.061	.918a	-0.337
E11	0.068	-0.117	0.136	-0.22	-0.13	-0.182	0.039	-0.048	-0.146	-0.337	.930a
E12	-0.176	0.018	-0.219	0.003	-0.018	0.002	-0.027	-0.152	-0.007	-0.157	0.084
C13	-0.126	-0.023	-0.129	0.13	-0.201	-0.079	-0.037	-0.067	-0.203	-0.056	0.018
C14	-0.074	-0.22	-0.217	-0.043	-0.049	0.101	-0.054	-0.126	0.04	0.004	0.028
C15	0.07	-0.202	0.156	-0.058	0.019	-0.024	-0.009	-0.157	0.019	-0.35	0.054
C16	-0.048	0.078	-0.035	0.015	-0.013	-0.033	-0.053	-0.08	-0.091	0.002	-0.161
T17	-0.051	0.072	-0.015	-0.098	-0.067	0.002	0.001	0.009	-0.032	-0.037	-0.021
T18	-0.017	-0.033	-0.056	0.069	-0.001	0.084	-0.098	-0.043	-0.03	-0.006	-0.058
T19	0.003	0.008	0.006	-0.009	-0.076	-0.054	0.142	0.02	0.074	-0.061	-0.127
T20	-0.04	0.088	-0.079	-0.06	0.06	0.059	-0.033	0.131	0.017	-0.054	-0.137
T21	-0.064	0.025	0.001	0.027	0.116	0.087	-0.086	0.07	-0.094	0.018	0.029
T22	0.022	-0.155	0.074	-0.006	-0.012	0.019	-0.082	-0.023	-0.046	0.109	-0.127

	E12	C13	C14	C15	C16	T17	T18	T19	T20	T21	T22
F1	-0.176	-0.126	-0.074	0.07	-0.048	-0.051	-0.017	0.003	-0.04	-0.064	0.022
F2	0.018	-0.023	-0.22	-0.202	0.078	0.072	-0.033	0.008	0.088	0.025	-0.155
F3	-0.219	-0.129	-0.217	0.156	-0.035	-0.015	-0.056	0.006	-0.079	0.001	0.074
F4	0.003	0.13	-0.043	-0.058	0.015	-0.098	0.069	-0.009	-0.06	0.027	-0.006
F5	-0.018	-0.201	-0.049	0.019	-0.013	-0.067	-0.001	-0.076	0.06	0.116	-0.012
E6	0.002	-0.079	0.101	-0.024	-0.033	0.002	0.084	-0.054	0.059	0.087	0.019
E7	-0.027	-0.037	-0.054	-0.009	-0.053	0.001	-0.098	0.142	-0.033	-0.086	-0.082
E8	-0.152	-0.067	-0.126	-0.157	-0.08	0.009	-0.043	0.02	0.131	0.07	-0.023
E9	-0.007	-0.203	0.04	0.019	-0.091	-0.032	-0.03	0.074	0.017	-0.094	-0.046
E10	-0.157	-0.056	0.004	-0.35	0.002	-0.037	-0.006	-0.061	-0.054	0.018	0.109
E11	0.084	0.018	0.028	0.054	-0.161	-0.021	-0.058	-0.127	-0.137	0.029	-0.127
E12	.940a	-0.08	0.214	-0.059	-0.139	-0.05	0.04	0.05	-0.138	-0.064	0.005
C13	-0.08	.952a	0.026	-0.04	-0.197	0.119	-0.102	0.014	0.026	-0.166	0.033
C14	0.214	0.026	.920a	-0.158	-0.153	-0.124	0.068	-0.144	-0.005	-0.04	0.055
C15	-0.059	-0.04	-0.158	.923a	-0.062	0.088	-0.012	0.021	-0.113	-0.021	0.023
C16	-0.139	-0.197	-0.153	-0.062	.971a	-0.035	-0.008	0.006	0.04	-0.044	-0.046
T17	-0.05	0.119	-0.124	0.088	-0.035	.911a	-0.235	0.049	0.006	-0.136	-0.065
T18	0.04	-0.102	0.068	-0.012	-0.008	-0.235	.931a	-0.05	0.027	-0.085	-0.109
T19	0.05	0.014	-0.144	0.021	0.006	0.049	-0.05	.869a	-0.119	-0.015	-0.146
T20	-0.138	0.026	-0.005	-0.113	0.04	0.006	0.027	-0.119	.885a	-0.14	-0.163
T21	-0.064	-0.166	-0.04	-0.021	-0.044	-0.136	-0.085	-0.015	-0.14	.899a	-0.206
T22	0.005	0.033	0.055	0.023	-0.046	-0.065	-0.109	-0.146	-0.163	-0.206	.909a

Tabla 4.5. Matriz De Correlación Parciales Negativas de Calidad en el Servicio de Urgencias.

KMO y prueba de Bartlett		
Medida de adecuación		0.941
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	4331.123
	gl	231
	Sig.	0

*Tabla 4.6. KMO de Calidad en el Servicio de Urgencias.*

El test de KMO (Medida de adecuación) nos muestra la relación de los coeficientes de correlación observados entre las variables. Teniendo un valor de 0.941, implica que la relación entre las variables es alta ya que entre mayor se acerca al 1, mejor relación tendrán las variables. El estadístico de la prueba de esfericidad de Bartlett es de 4331.123, lo que significa un p-valor menor a 0.001, siendo menor a 0.05, indica que se acepta la hipótesis nula, se puede aplicar el análisis factorial y probablemente si existen relaciones significativas entre las variables o ítems. Por lo que se procede a realizar el análisis factorial que determine la posible estructura de dicha relación entre las variables.

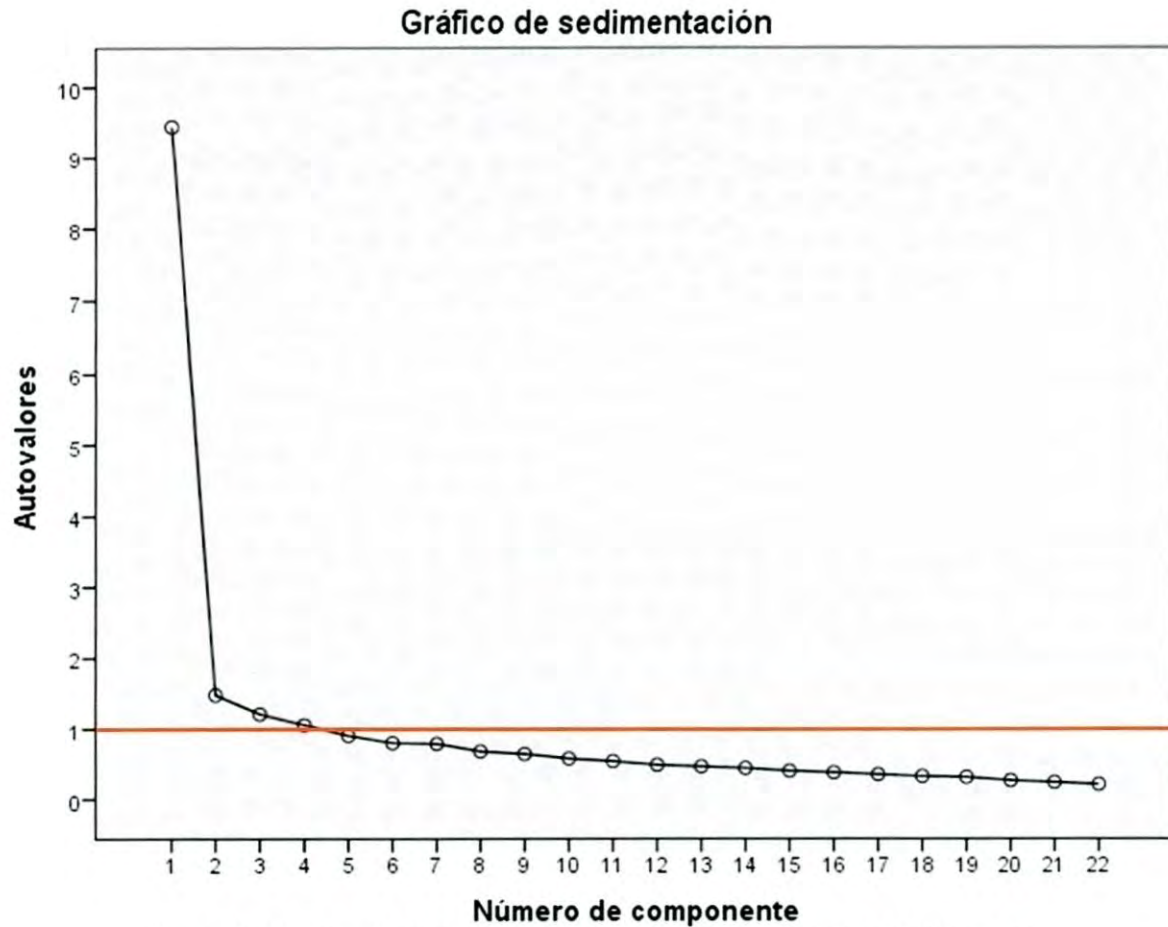
### **Extracción, selección y rotación de factores**

Para determinar los factores que componen los constructos de la Calidad en el Servicio de Urgencias, se realizó un análisis factorial exploratorio por componentes principales y rotación Varimax. Para seleccionar el número de factores se utilizó el método que consiste en el número de autovalores más grande que el promedio de éste. Para la matriz de correlaciones el promedio es uno.

Se analizaron los autovalores originales, en donde el número de factores es igual al número de variables o ítems según la tabla 4.8, que al rotarlos, se obtuvieron cuatro factores. Es importante recordar que se dejan de extraer los factores cuando el autovalor de estos sea menor que uno; ya que, cuando el autovalor es menor que uno significa que dicho factor explica menos varianza que una variable original.

Para mostrar los factores obtenidos, podemos observar en el gráfico de la Figura 4.1 que la línea horizontal divide los autovalores mayores a uno. Estos valores son los que nos dan la mayor información requerida.





**Figura 4.1.** Matriz de Sedimentación de Calidad en el Servicio de Urgencias.

En la Figura 4.1 se puede observar que los factores se muestran en orden decreciente de varianza explicada, obteniéndose cuatro factores. Además, en la Tabla 4.7 se puede apreciar que es posible explicar el 60.048% de la varianza total utilizando los cuatros factores obtenidos.

Varianza total explicada						
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	9.448	42.947	42.947	9.448	42.947	42.947
2	1.487	6.761	49.708	1.487	6.761	49.708
3	1.216	5.527	55.235	1.216	5.527	55.235
4	1.059	4.813	60.048	1.059	4.813	60.048
5	0.906	4.117	64.165			
6	0.8	3.638	67.803			
7	0.787	3.579	71.382			
8	0.678	3.083	74.465			
9	0.642	2.917	77.382			
10	0.576	2.619	80.001			
11	0.538	2.444	82.445			
12	0.485	2.204	84.65			
13	0.463	2.104	86.754			
14	0.441	2.003	88.757			
15	0.402	1.825	90.582			
16	0.378	1.72	92.303			
17	0.35	1.591	93.893			
18	0.324	1.474	95.368			
19	0.311	1.414	96.781			
20	0.263	1.195	97.976			
21	0.237	1.078	99.054			
22	0.208	0.946	100			

**Tabla 4.7.** Matriz De Varianza Total Explicada de Calidad en el Servicio de Urgencias.

En las Tabla 4.8 se muestra la varianza explicada después de la rotación de la estructura tetra factorial.

Cargas factoriales rotadas			
Factores	Total	% de la	
		varianza	% acumulado
1	4.826	21.938	21.938
2	4.502	20.462	42.4
3	2.362	10.738	53.138
4	1.52	6.91	60.048

**Tabla 4.8.** Matriz Con Cargas Rotadas de 4 Factores.

El primer factor explica una cantidad muy significativa, ya que podemos observar que tal factor de la estructura tetra factorial, obtiene un porcentaje ligeramente mayor en relación con los otros factores, ya que explica un 21.938% de la varianza común. El segundo factor a explica, en la estructura tetra un 20.462%. El tercero factor muestra en la estructura tetrafactorial un porcentaje del 10.738% de la

varianza. Por último, tenemos el cuarto factor que explica un 6.91% de la varianza de la estructura tetra factorial.

#### **Varianza común de los factores rotados**

Para evaluar la adecuación de la solución factorial, puede utilizarse otro indicador extrayendo la comunalidad de los ítems, encontrando mediante este procedimiento, el valor de la varianza en común que tiene cada uno de los ítems para con los demás. Dichas comunalidades se exponen en la Tabla 4.9, para la estructura tetra factorial. Rodríguez, et al. (2001) mencionan que las comunalidades son valores que oscilan entre 0 y 1. Cuando se aproxima a 1 indica que la variable queda totalmente explicada por los factores comunes; mientras que si se aproxima a 0, los factores no explicarán nada la variabilidad de las variables. Por lo tanto, cuando tenemos variables con una comunalidad menor a 0.50 podrían ser consideradas como carentes de explicación suficiente, aunque también mencionan que es a criterio del investigador.

En la Tabla 4.9 de la estructura tetra factorial, se estima que todos los ítems del cuestionario muestran una comunalidad superior a dicho criterio, excepto los ítems 18 y 20 carecen de la explicación de varianza en relación con el criterio anteriormente expuesto, sin embargo por motivos de análisis literario se agregaran estos ítems al cuestionario.

<b>Comunalidades con 4 factores</b>		
<b>Variables</b>	<b>Inicial</b>	<b>Extracción</b>
F1	1	0.532
F2	1	0.538
F3	1	0.64
F4	1	0.629
F5	1	0.674
E6	1	0.642
E7	1	0.622
E8	1	0.687
E9	1	0.559
E10	1	0.689
E11	1	0.681
E12	1	0.548
C13	1	0.664
C14	1	0.61
C15	1	0.592
C16	1	0.613
T17	1	0.547
T18	1	0.461
T19	1	0.677
T20	1	0.468
T21	1	0.591
T22	1	0.547

*Tabla 4.9. Matriz De Comunalidad de 4 Factores.*

### **Análisis de las cargas factoriales**

La carga factorial corresponde a una correlación entre las variables y los factores obtenidos. Los coeficientes de la matriz indican la intensidad de la relación de las variables con el factor. Es importante señalar que el signo del coeficiente no interviene en su interpretación. En la Tabla 4.10 se muestra las matrices de cargas factoriales no rotadas de la estructura tetrafactorial:

<b>Matriz de componentes</b>				
	<b>Componente</b>			
<b>Variables</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>F1</b>	<b>0.692</b>	<b>-0.114</b>	<b>-0.196</b>	<b>0.033</b>
<b>F2</b>	<b>0.699</b>	<b>-0.081</b>	<b>0.169</b>	<b>0.121</b>
<b>F3</b>	<b>0.704</b>	<b>-0.22</b>	<b>-0.156</b>	<b>0.267</b>
<b>F4</b>	<b>0.741</b>	<b>-0.149</b>	<b>-0.014</b>	<b>0.241</b>
<b>F5</b>	<b>0.782</b>	<b>-0.172</b>	<b>-0.067</b>	<b>0.17</b>
<b>E6</b>	<b>0.761</b>	<b>-0.202</b>	<b>0.096</b>	<b>-0.113</b>
<b>E7</b>	<b>0.767</b>	<b>-0.069</b>	<b>-0.136</b>	<b>-0.106</b>
<b>E8</b>	<b>0.781</b>	<b>-0.263</b>	<b>-0.077</b>	<b>0.05</b>
<b>E9</b>	<b>0.687</b>	<b>0.057</b>	<b>-0.035</b>	<b>-0.286</b>
<b>E10</b>	<b>0.7</b>	<b>0.011</b>	<b>0.347</b>	<b>-0.279</b>
<b>E11</b>	<b>0.771</b>	<b>0.102</b>	<b>0.27</b>	<b>-0.052</b>
<b>E12</b>	<b>0.68</b>	<b>-0.077</b>	<b>-0.145</b>	<b>-0.243</b>
<b>C13</b>	<b>0.777</b>	<b>-0.072</b>	<b>-0.123</b>	<b>-0.201</b>
<b>C14</b>	<b>0.626</b>	<b>-0.123</b>	<b>0.083</b>	<b>0.442</b>
<b>C15</b>	<b>0.643</b>	<b>-0.063</b>	<b>0.363</b>	<b>-0.206</b>
<b>C16</b>	<b>0.774</b>	<b>-0.04</b>	<b>-0.057</b>	<b>-0.094</b>
<b>T17</b>	<b>0.428</b>	<b>0.291</b>	<b>-0.44</b>	<b>0.292</b>
<b>T18</b>	<b>0.456</b>	<b>0.367</b>	<b>-0.34</b>	<b>0.05</b>
<b>T19</b>	<b>0.302</b>	<b>0.34</b>	<b>0.507</b>	<b>0.462</b>
<b>T20</b>	<b>0.381</b>	<b>0.49</b>	<b>0.273</b>	<b>-0.09</b>
<b>T21</b>	<b>0.423</b>	<b>0.551</b>	<b>-0.271</b>	<b>-0.19</b>
<b>T22</b>	<b>0.462</b>	<b>0.573</b>	<b>0.019</b>	<b>0.066</b>

*Tabla 4.10. Matriz de Componentes Antes de Rotar.*

No obstante, para facilitar la interpretación es posible utilizar la matriz rotada. De la comparación de matrices de cargas rotadas y de no rotadas, se puede observar que en el caso de las primeras, predominan valores más altos y más bajos.

En la Tabla 4.11, correspondiente a la estructura tetra factorial, se observa que la mayoría de las variables muestran cargas estadísticamente significativas y se han resaltado las más altas.

Matriz de componentes rotados				
Variables	Componente			
	1	2	3	4
F1	0.575	0.362	0.26	-0.052
F2	0.524	0.428	0.082	0.269
F3	0.749	0.233	0.151	0.04
F4	0.694	0.316	0.14	0.17
F5	0.704	0.375	0.17	0.095
E1	0.508	0.614	0.064	0.061
E2	0.512	0.521	0.295	-0.04
E3	0.68	0.461	0.112	-0.012
E4	0.28	0.617	0.315	-0.008
E5	0.22	0.756	0.074	0.252
E6	0.371	0.612	0.199	0.36
E7	0.385	0.557	0.269	-0.131
C1	0.464	0.598	0.293	-0.074
C2	0.694	0.137	0.057	0.326
C3	0.252	0.682	-0.015	0.252
C4	0.492	0.542	0.274	0.038
T1	0.423	-0.103	0.597	0.037
T2	0.249	0.108	0.621	0.035
T3	0.182	0.021	0.06	0.8
T4	-0.081	0.356	0.357	0.455
T5	-0.004	0.258	0.722	0.053
T6	0.083	0.207	0.58	0.4

*Tabla 4.11. Matriz De Componentes Rotados de Calidad en el Servicio de Urgencias a 4 Componentes.*

El primer factor de acuerdo con la Tabla 4.11, es un factor que se compone por los ítems: F1, F2, F3, F4, F5, E3 y C2. Con respecto a la rotación que se realizó, los ítems desde F1 hacia F5 forman parte del factor Fiabilidad, dicho factor se formó por la revisión bibliográfica. Sin embargo con la respuesta de los derechohabientes encuestados se decidió agregar los ítems E3 y C2,

correspondientes a la comprensión de las necesidades del paciente y el tiempo de espera para ser atendido. Es importante mencionar que en la prueba piloto y en el diseño final de cuestionario se explicaron cada uno de los factores investigados de la literatura, por lo que lo que los encuestados asociaron la definición del factor Fiabilidad con los ítems que se obtuvieron por medio de la rotación. Por esta razón, se continuó manejando el nombre de Fiabilidad para esta dimensión.

El segundo factor contiene en su estructura los siguientes ítems E1, E2, E4, E5, E6, E7, C1, C3 y C4. Como se puede observar, las mayorías de los ítems corresponden al factor usado previamente llamado Empatía, el cual muestra la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar, y respondiendo correctamente a sus reacciones emocionales. Además, se incorporaron los ítems C1, C3 y C4.

Para los siguientes factores, se tuvo que descomponer el factor Tangibles, previamente realizado con la revisión literaria, en dos factores llamados Infraestructura y Acceso los cuales se describen más en detalle a continuación. En relación con la composición del tercer factor, éste se compone por los ítems T1, T2, T5, T6, en los cuales se refleja la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, materiales y cualquier recurso tangible utilizado en la atención médica. Por esta razón, se ha decidido nombrar a este factor Infraestructura.

Por último los ítems T3 y T4 componen al factor llamado Acceso, el cual muestra la entrada o paso por donde se entra o se llega a un sitio y muestran las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y llegar a urgencias.

#### **4.12.2 Análisis estadístico**

Al haber comprobado que la fue validada con el análisis factorial realizado previamente, en este apartado veremos ahora los resultados de cada una de las preguntas con análisis estadístico descriptivo y la frecuencia para visualizar el comportamiento de respuesta de las personas acerca la Satisfacción que tienen sobre la Calidad en el Servicio de Urgencias.

## FIABILIDAD

Para los niveles del componente Fiabilidad, se obtuvieron los siguientes resultados:

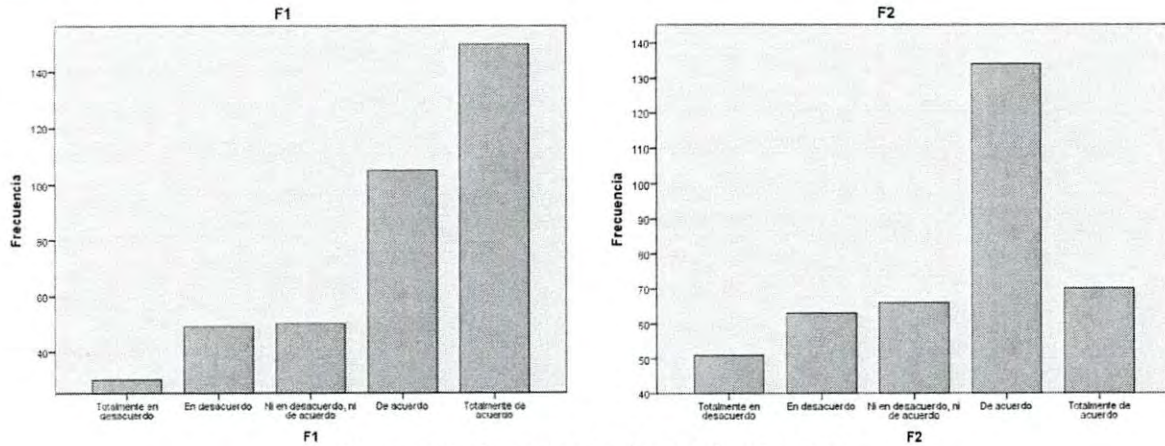


Figura 4.2. Frecuencia de reactivo F1 y F2.

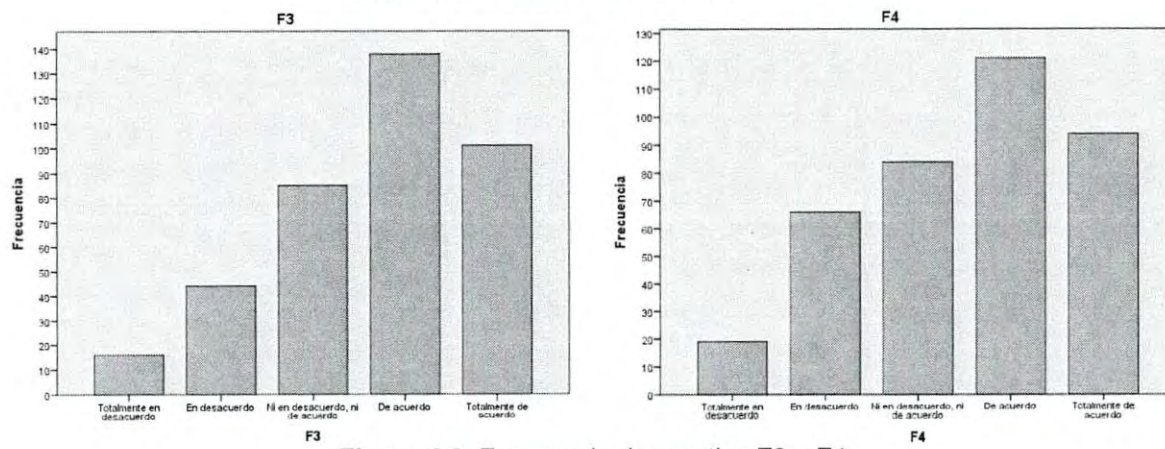


Figura 4.3. Frecuencia de reactivo F3 y F4.

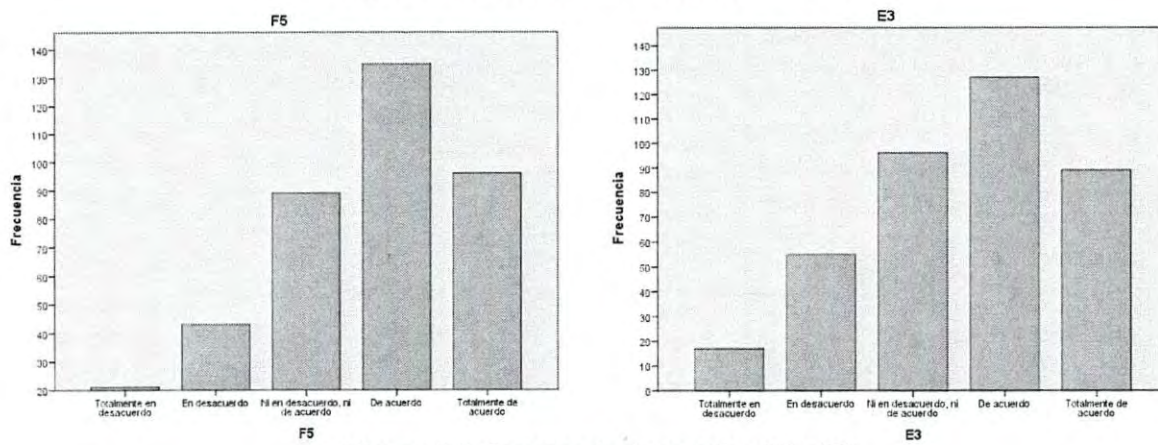
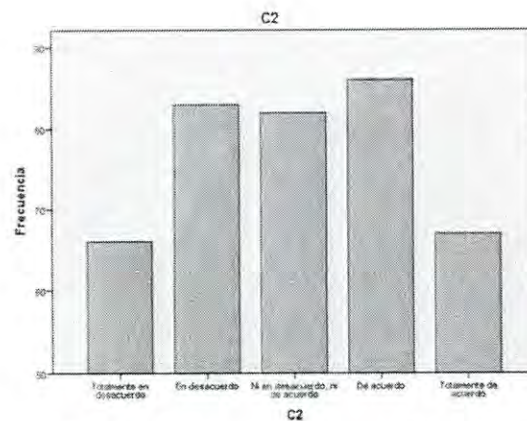


Figura 4.4. Frecuencia de reactivo F5 y E3.





**Figura 4.5.** Frecuencia de reactivo C2.

Como se observa, los reactivos del componente Fiabilidad (F1, F2, F3, F4, F5, E3 Y C2) muestran un comportamiento distinto, ya que la variable F1 muestra una tendencia hacia “Totalmente de acuerdo” explicado por un 66.4% del total de los encuestados. Este porcentaje de personas encuestadas que obtuvieron el servicio de Urgencias, no tuvieron la necesidad de volver a ir otra vez al área de Urgencias por alguna molestia, medicamento, entre otros padecimientos. Las variables F2, F3, F4 y F5 muestran un comportamiento “De acuerdo” explicado por un 53.1% para F2, 62.2% para F3, 56% para F4 y 60.2% para F5, por lo cual en estos puntos se puede ver que existe tendencia de agrado en el tiempo que invierten los doctores en analizar al paciente al momento de ser atendido (F2), se tiene una idea clara en paciente-doctor sobre el padecimiento que se detecta (F3), parte del personal de urgencias tienen interés en solucionar los problemas que se le presentan al paciente (F4), y tienen consideración en la prioridad de pacientes de acuerdo a su gravedad (F5). Por otra parte, tenemos un comportamiento diferente de las variables E3 y C2. En la tendencia de la variable E3, explicada por 33.1% de los encuestados, se observa que existe una actitud positiva que comprende las necesidades médicas que necesitan en el momento en que se está siendo uso del servicio de Urgencias. La mayoría de los encuestados han contestado “De acuerdo”, sin embargo la gráfica muestra que la siguiente respuesta contestada fue “Ni en desacuerdo, ni de acuerdo” explicada por un 25% de los encuestados, creando así una necesidad de atención a esta variable. Por último, la variable C2 muestra una tendencia explicada con un 65.4% entre las respuestas de “En

desacuerdo”, “Ni en desacuerdo, ni de acuerdo” y “De acuerdo”, lo cual crea una alerta de atención a esta variable.

## EMPATÍA

Para los niveles del componente Empatía, se obtuvieron los siguientes resultados:

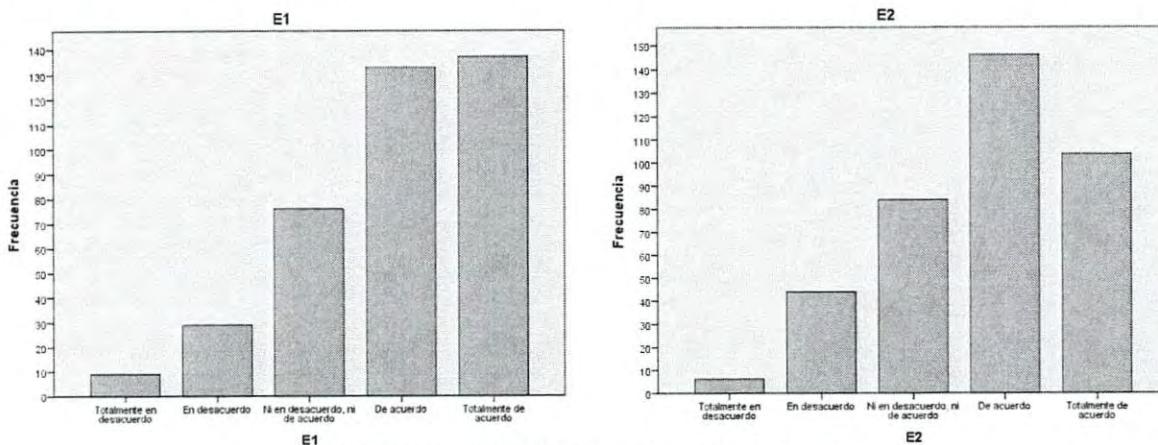


Figura 4.6. Frecuencia de reactivo E1 y E2.

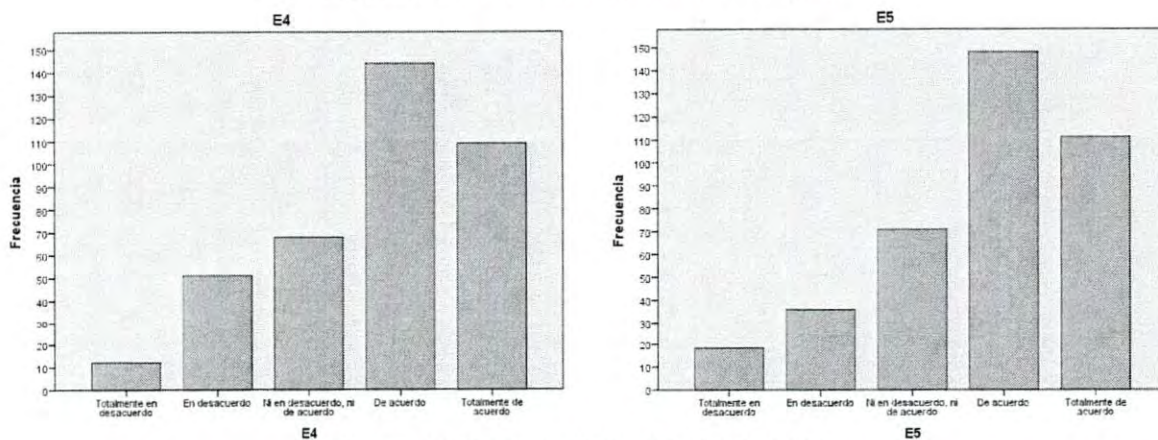


Figura 4.7. Frecuencia de reactivo E4 y E5.

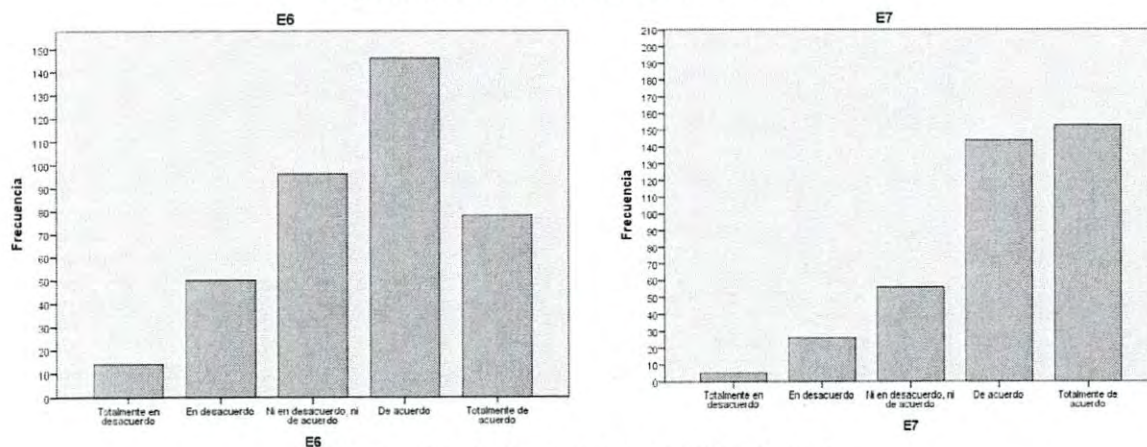
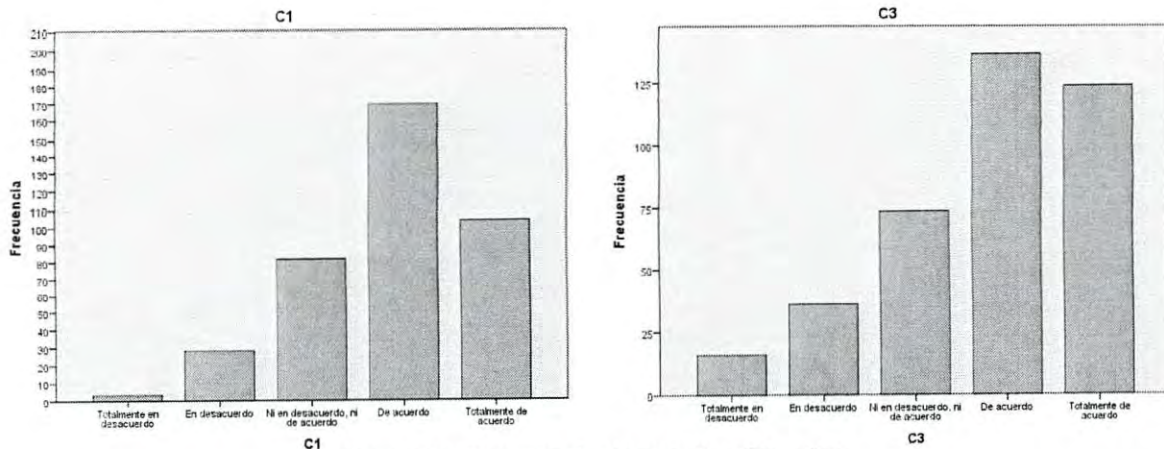
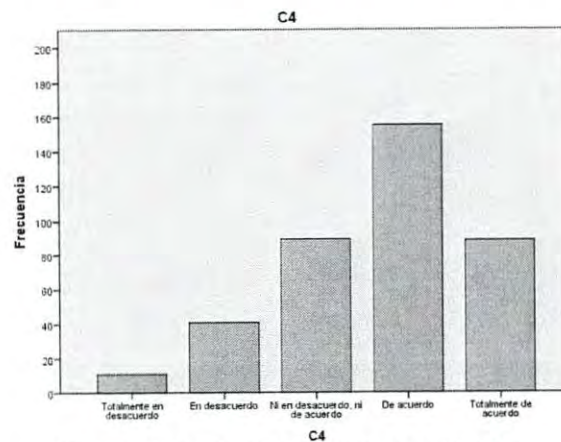


Figura 4.8. Frecuencia de reactivo E6 y E7.



**Figura 4.9.** Frecuencia de reactivo C1 y C3.



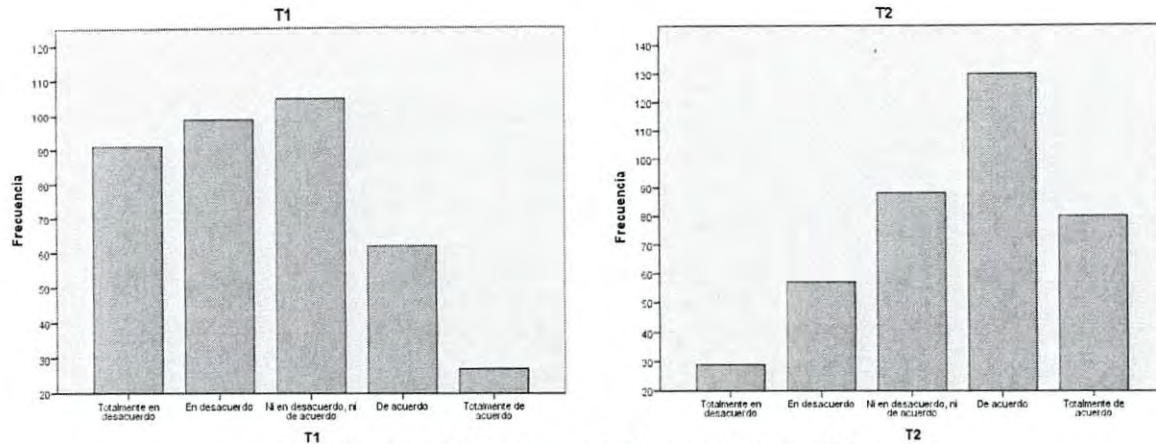
**Figura 4.10.** Frecuencia de reactivo C4.

Como se puede observar, los reactivos del componente Empatía (E1, E2, E4, E5, E6, E7, C1, C3 y C4) muestran diferentes tendencias. Las variables E1 y E7 muestran una fuerte tendencia hacia “Totalmente de acuerdo”, La variable E1 con un 70.3% muestra que las personas encuestadas recibieron un trato amable, de respeto y paciencia. Por otro lado la variable E7 con un 77.3% muestra que los médicos explicaban con palabras fáciles de entender el problema de salud, los análisis que se tienen que realizar y los tratamientos que se tiene que tomar. La variable C3 muestra un comportamiento que oscila entre las respuesta “De acuerdo” y “Totalmente de Acuerdo” explicada con un 67.4%, con lo que con esto podemos explicar que la atención en el módulo de recepción, por lo general es rápida.

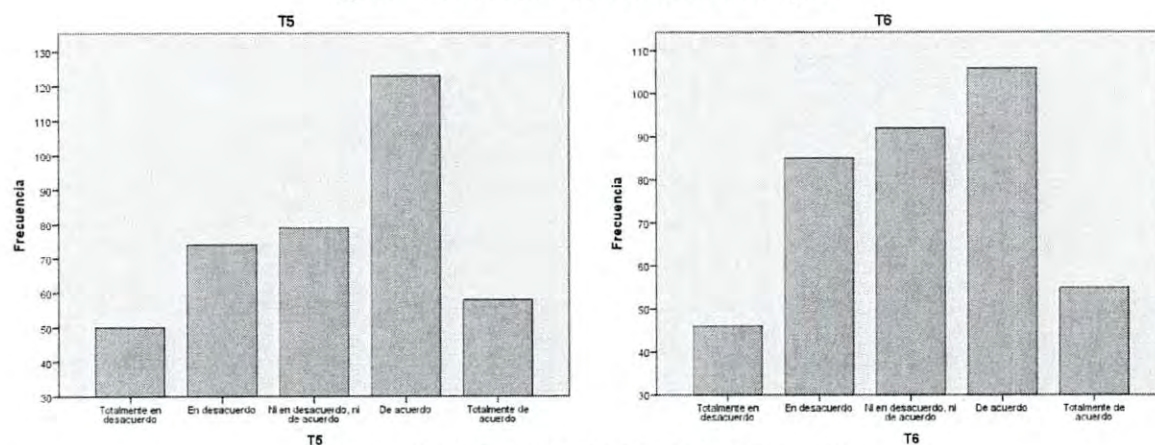
Por último, las variables E2, E4, E5, E6, C1 y C4 manifiestan una tendencia de estar en la respuesta “De acuerdo”, con lo cual podemos percibir que la mayoría del personal realiza de manera correcta las actividades de las variables pero sigue faltando que el resto del personal las desarrolle en su totalidad, por ello no se llega a una respuesta “Totalmente de acuerdo”. La variable E2 en su respuesta “De acuerdo” explica un 38% de los encuestados, sin embargo un 34.9% explica tener un comportamiento en “Desacuerdo” que un “Totalmente de acuerdo”. La variable E4 muestra un comportamiento similar explicando con la respuesta “De acuerdo” un 37.5% de los encuestados, sin embargo se tiene una inclinación de estar en “Desacuerdo” con un 34.1%. La variable E5, E6, C4 muestran un comportamiento similar de tener una inclinación a la respuesta en “Desacuerdo”. La variable C1 tiene la misma respuesta “De acuerdo” con un 44% de los encuestados, sin embargo no se llega a obtener una respuesta “Totalmente de acuerdo” porque se tiene un 29.2% de personas encuestadas que no están de acuerdo, por lo que se concluye que se tiene una área de oportunidad para mejorar el servicio que se brinda. Dentro de las actividades que hay que mejorar, se tiene que el personal de urgencia brinde una mejor atención individualizada, mejorar la atención por parte de las enfermeras y técnicos paramédicos, mejorar la atención por parte del personal administrativo de Urgencias, falta mostrar interés en solucionar cualquier dificultad médica que se presente por parte de los administrativos y de las enfermería, que el personal médico de Urgencias muestra la capacidad, experiencia y la seguridad para atender al paciente de manera adecuada, y que el personal dedique el tiempo necesario para la atención al problema de salud del paciente.

## **INFRAESTRUCTURA**

Para los niveles del componente Infraestructura, se obtuvieron los siguientes resultados:



**Figura 4.11.** Frecuencia de reactivo T1 y T2.



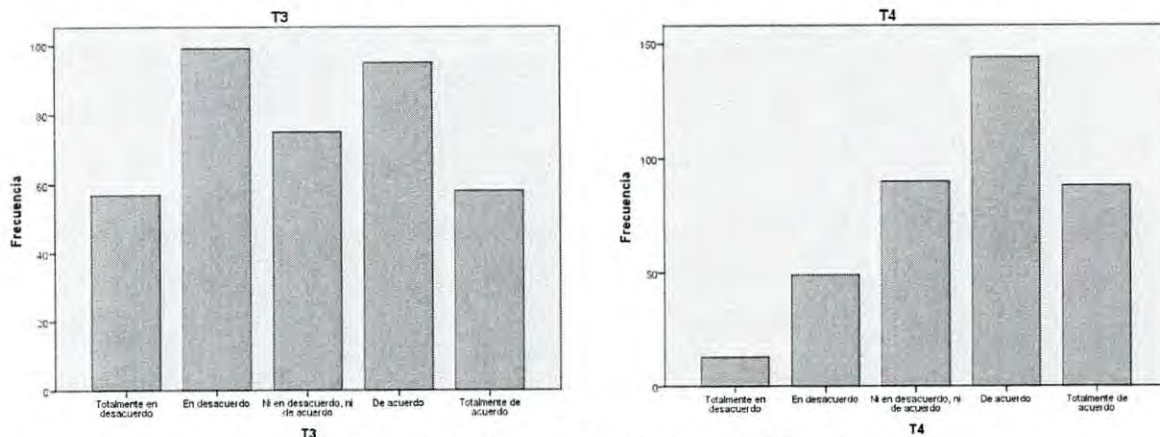
**Figura 4.12.** Frecuencia de reactivo T5 y T6.

Al revisar los reactivos del componente Infraestructura (T1, T2, T5, y T6) muestran comportamientos diferentes. La variable T1 muestra una tendencia a la respuesta “Totalmente en desacuerdo” con un 23.7% de los encuestados afirmando que las instalaciones no están en buen estado y no son adecuadas para las que acuden al servicio de Urgencias. En la variable T2 se observa que el 33.9% de los encuestados están “De acuerdo” con las apariencia cuidada y limpia del personal, sin embargo la siguiente respuesta es “Ni en desacuerdo, ni de acuerdo” explicado por un 22.9%, por lo que falta una limpieza más pulcra para crear esa tendencia de respuesta. El comportamiento de respuesta de la variable T5 muestra con un 32% que las personas están “De acuerdo” con el acceso al área de urgencias pero se puede mejorar para que cualquier paciente que tenga cualquier padecimiento pueda entrar sin problemas. Este oportunidad se muestra ya que un 52.9% de los encuestados tienden estar en desacuerdo, comparado con el 15.1% de los

“Totalmente de acuerdo”. Por último, la variable T6 manifiesta con un 27.6% para “De acuerdo”, 24% para “Ni en desacuerdo, ni de acuerdo” y 22.1% para “En desacuerdo”, que el área de Urgencias tiene una falta de personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes.

## ACCESO

Para los niveles del componente Acceso, se obtuvieron los siguientes resultados:



**Figura 4.13.** Frecuencia de reactivo T3 y T4.

En el análisis que se realizó en componente Acceso (T3 y T4) se observan diferentes comportamientos. La variable T3 muestra una tendencia a la respuesta “En Desacuerdo”, con esto los encuestados afirman con un 25.8%, además tomando en cuenta el porcentaje acumulado de las respuestas “Totalmente en desacuerdo”, “En Desacuerdo” y “Ni en desacuerdo, ni de acuerdo”, nos da un porcentaje de 60.2% con el que confirmamos la tendencia de que los pacientes no cuentan con estacionamientos cerca de la entrada de urgencias. Por otra parte, la variable T4 muestra una tendencia a la respuesta de “De acuerdo” con un 37.5%.

### 4.12.3 Relación de factores con el perfil de la persona encuestada

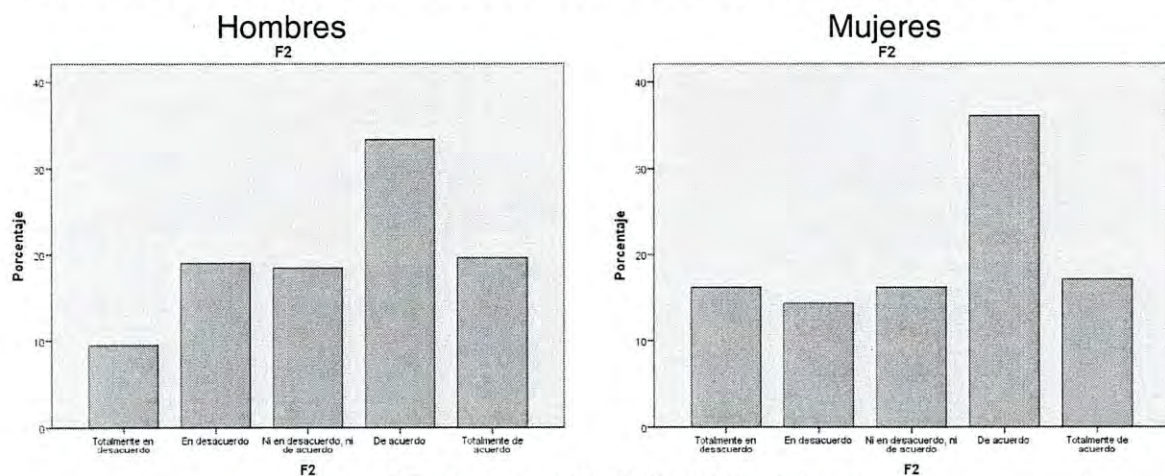
Después de ver las tendencias generales de las variables de los factores extraídos, ahora veremos cómo se relacionan las variables de Sexo, Rango de edad, y Tipo de derechohabencia en los diferentes factores para ver el

comportamiento de los diferentes perfiles de persona y obtener que variables son las que tienen mayor impacto en la medición de la calidad del servicio. Para la variable de nivel de estudios, solamente se encuestó a los acompañantes de los grupos de personas de primaria, secundaria y preparatoria, quienes tenían afiliación con el ISSSTE, si eran personas mayores de edad se realizó directamente con ellos.

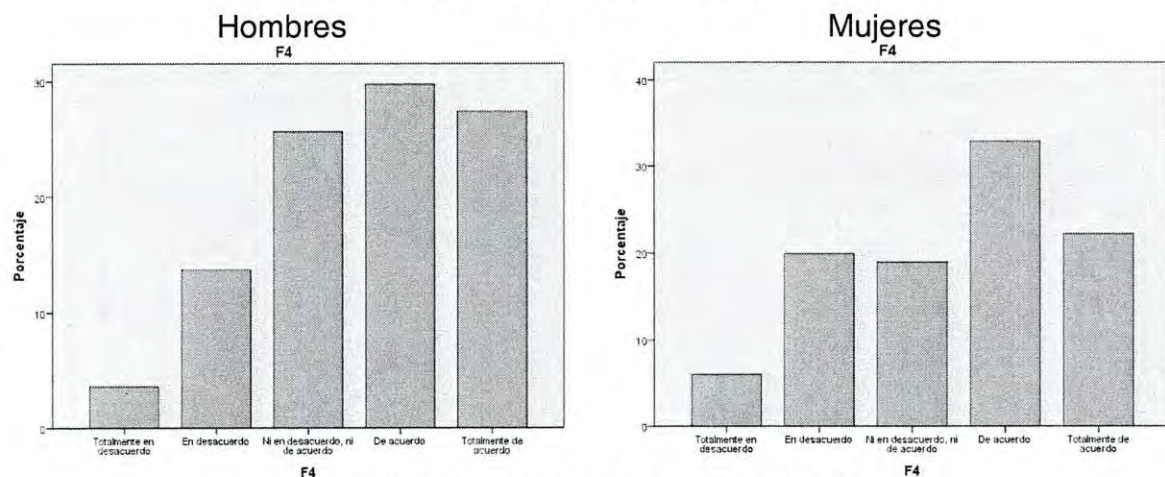
## FIABILIDAD

- Variable Sexo

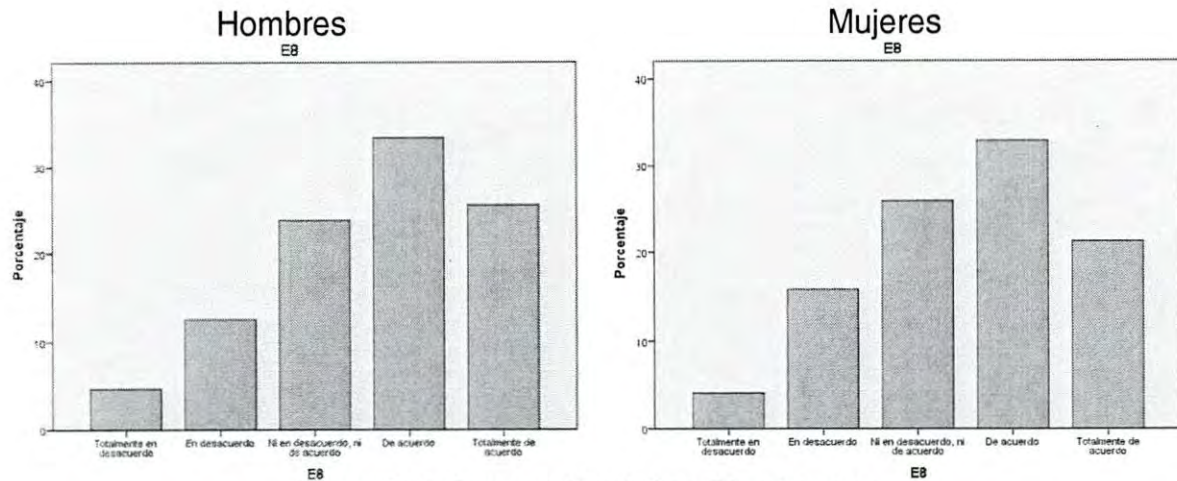
Al haber analizado en los diferentes sexos la dimensión Fiabilidad podemos ver que los ítems que mayor variación se presentaron fueron F2, F4, E3 y C2.



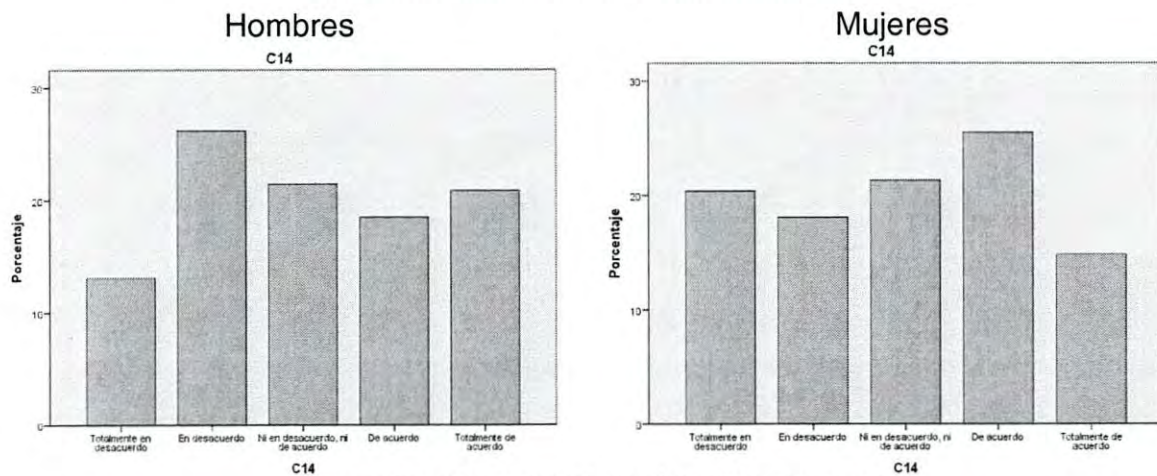
**Figura 4.14.** Comparación de ítem F2 entre sexo.



**Figura 4.15.** Comparación de ítem F4 entre sexo.



**Figura 4.16.** Comparación de ítem E3 entre sexo.



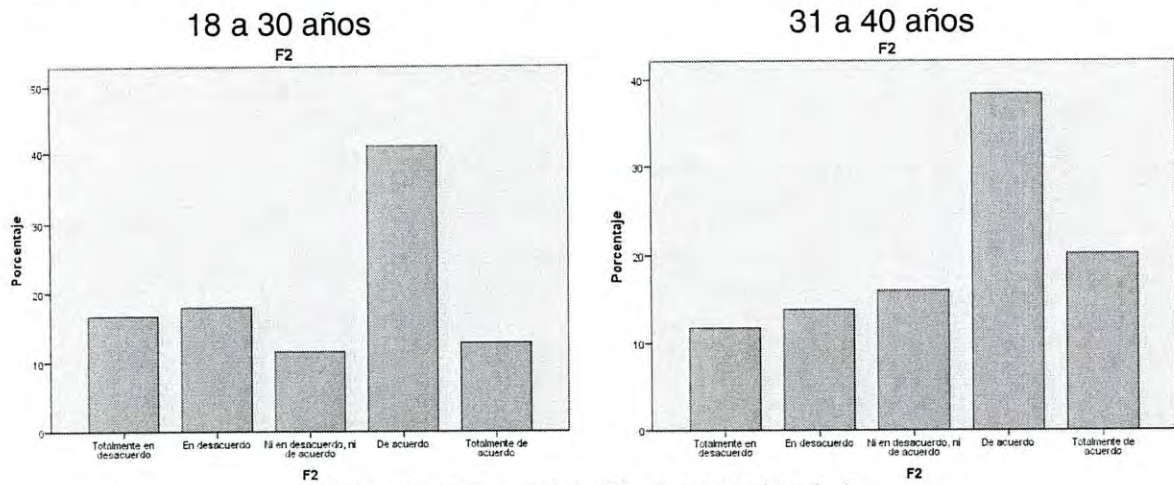
**Figura 4.17.** Comparación de ítem C2 entre sexo.

El ítem F2 presenta desconcierto por parte de ambos sexos, esto explicado por 47% para hombres y 46.8% para mujeres. Pero la tendencia a la respuesta “de acuerdo” es evidente y es presentado por un 53% y 53.2% respectivamente. En el ítem F4 se observa que las mujeres tienden a mostrar un mayor criterio en desacuerdo, presentado por un 44.9% de inconformidad en comparación al 42.9% de los hombres. El ítem E3 desconcierto por parte de ambos sexos, esto explicado por 41.1% para hombres y 45.8% para mujeres. Por lo que la tendencia hacia la respuesta “de acuerdo” es de 58.9% y 54.2% respectivamente. Por último, tenemos el ítem C2 mostrando en ambos ítems un notable desacuerdo por parte de ambos sexos, esto explicado por un 60.7% por parte de los hombres y 59.7% por parte de las mujeres.

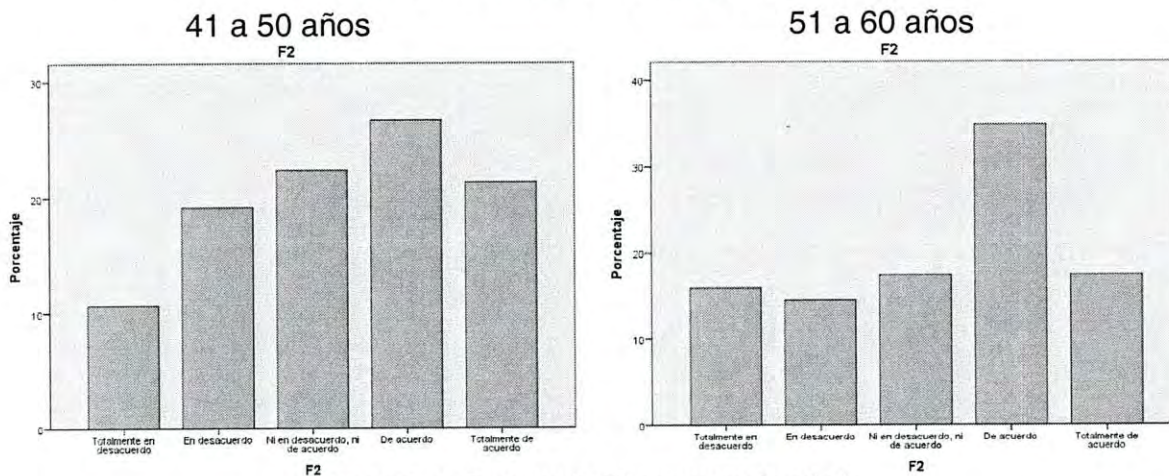


- Variable Rango de Edad

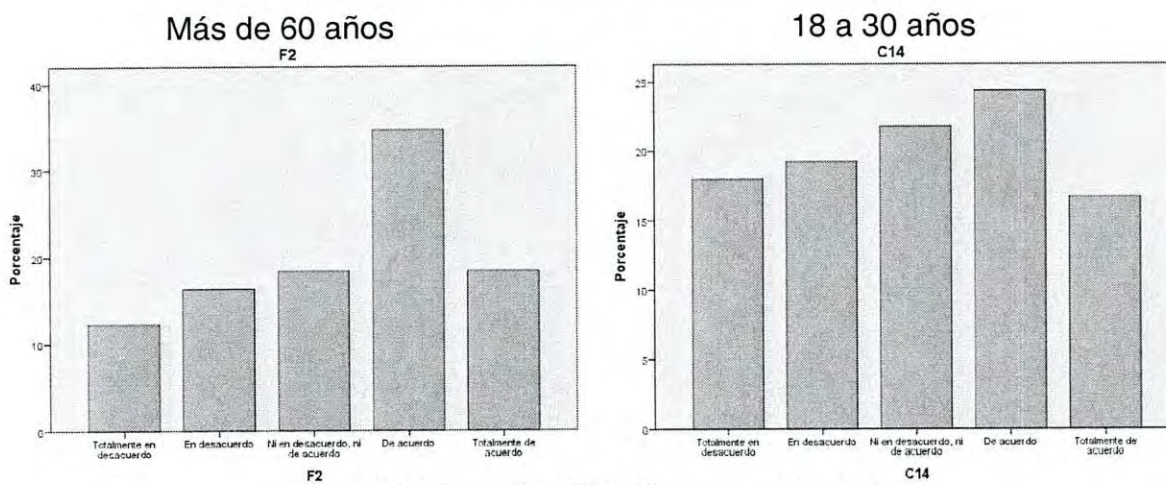
El análisis del variable rango de edad se obtuvo nuevamente los factores F2 y C2.



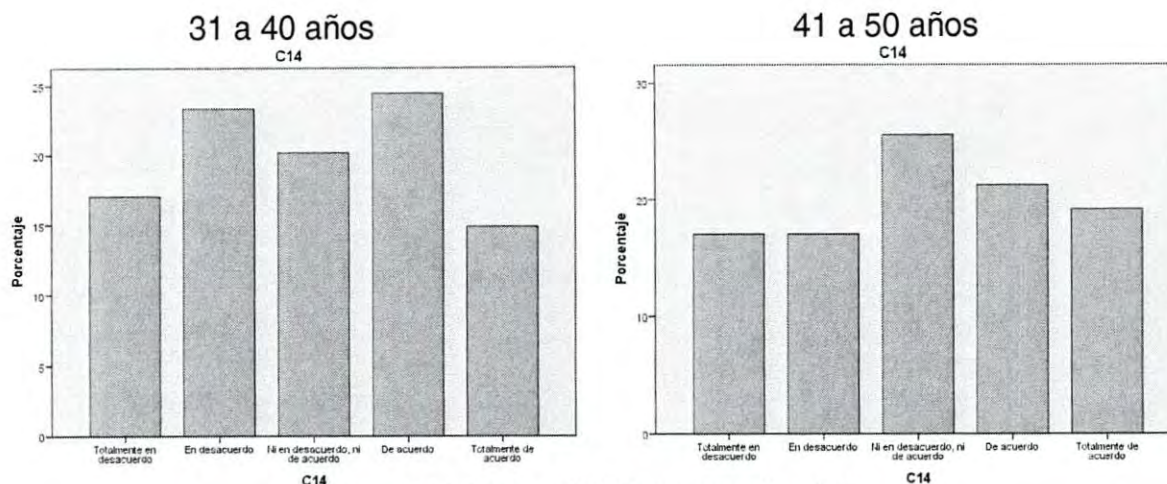
**Figura 4.18.** Porcentaje F2 en rango de edad.



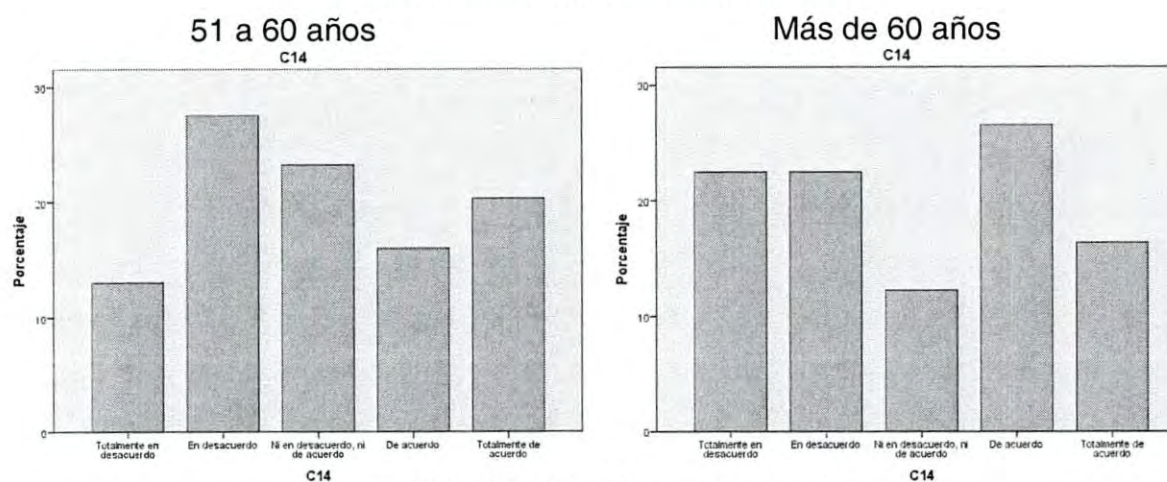
**Figura 4.19.** Porcentaje F2 en rango de edad.



**Figura 4.20.** Porcentaje F2 y C2 en rango de edad.



**Figura 4.21.** Porcentaje C2 en rango de edad.

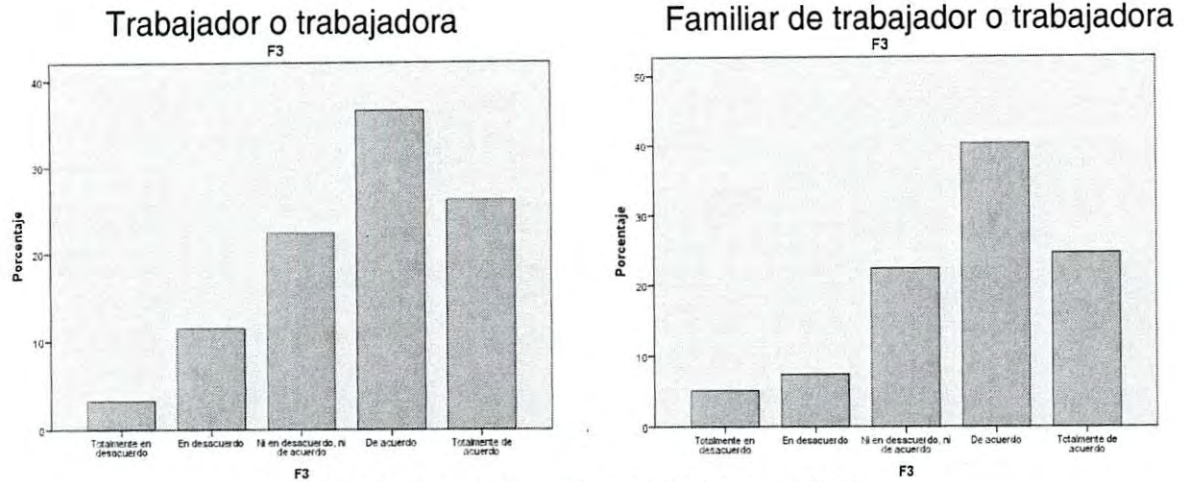


**Figura 4.22.** Porcentaje C2 en rango de edad.

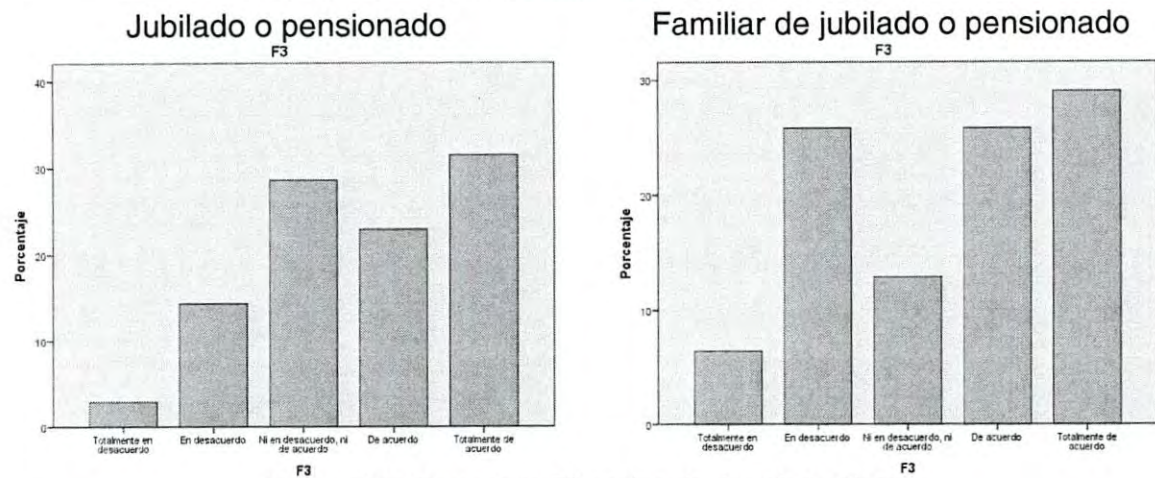
Alrededor de las distintas edades, el ítem F2 presenta una ligera tendencia a la respuesta “de acuerdo”, sin embargo, la edad con mayor descontento fue 41 a 50 años presentado por 52.1%. Por otra parte, el ítem C2 muestra, en cada uno de las diferentes edades, evidentes grados de inconformidad. Esto se puede representar en el grupo de 18 a 30 años con un 59%, 31 a 40 años con 60.6%, 41 a 50 años con 59.6%, 51 a 60 años con 63.8% y Más de 60 años con 57.1%.

- Variable Tipo de derechohabiente

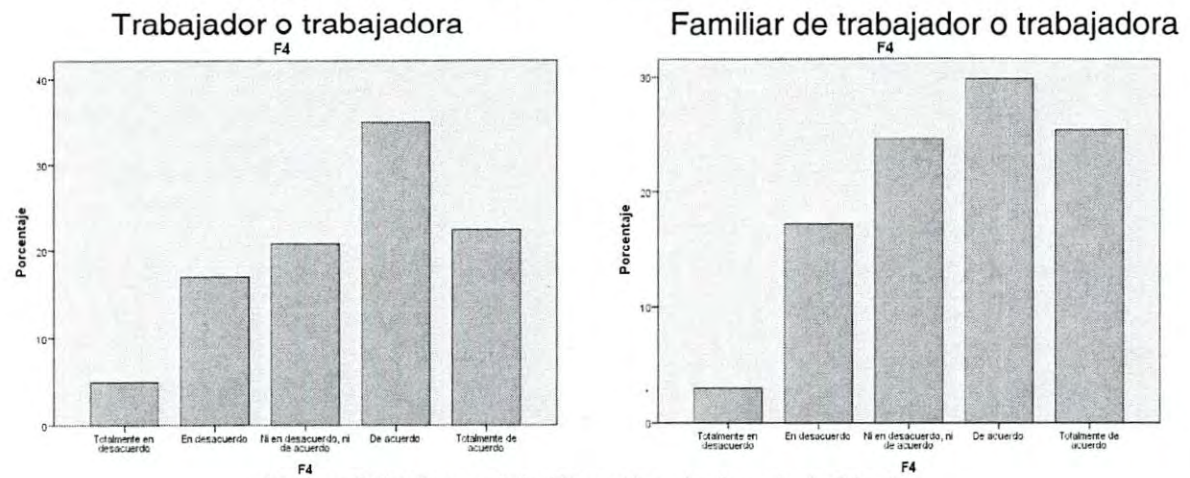
En el análisis del variable Tipo de derechohabiente, los ítems F3, F4, E3, y C2 fueron los factores con mayor variación.



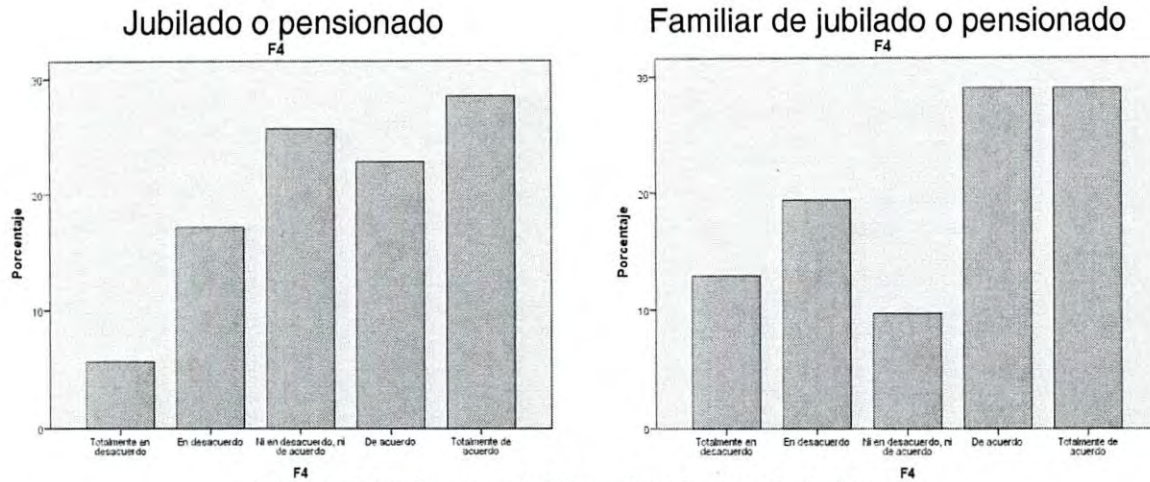
**Figura 4.23.** Porcentaje F3 en tipo de derechohabiente.



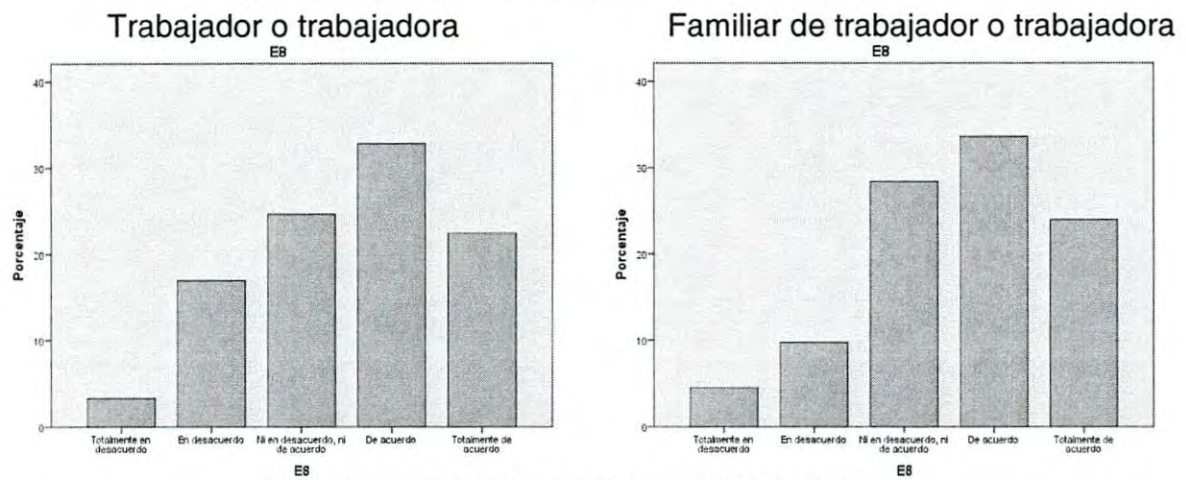
**Figura 4.24.** Porcentaje F3 en tipo de derechohabiente.



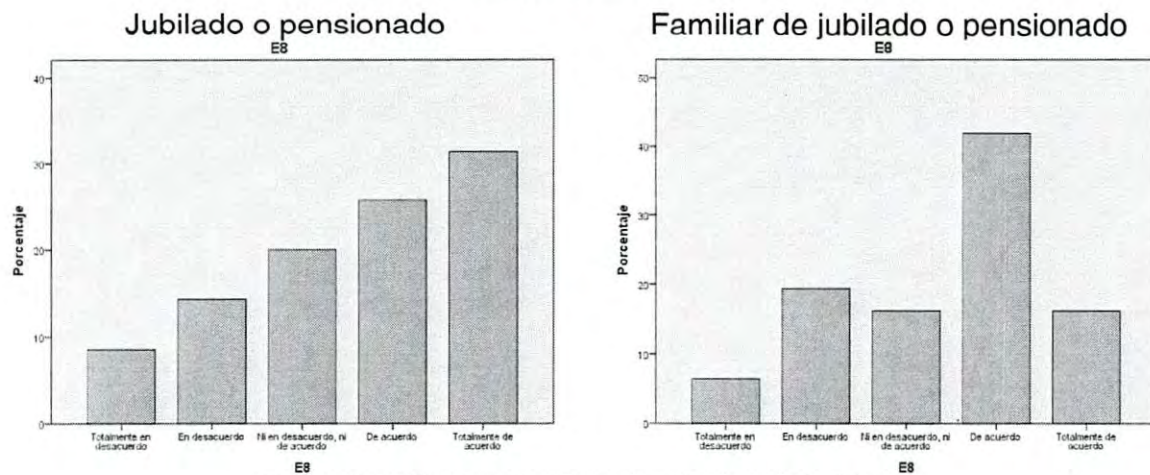
**Figura 4.25.** Porcentaje F4 en tipo de derechohabiente.



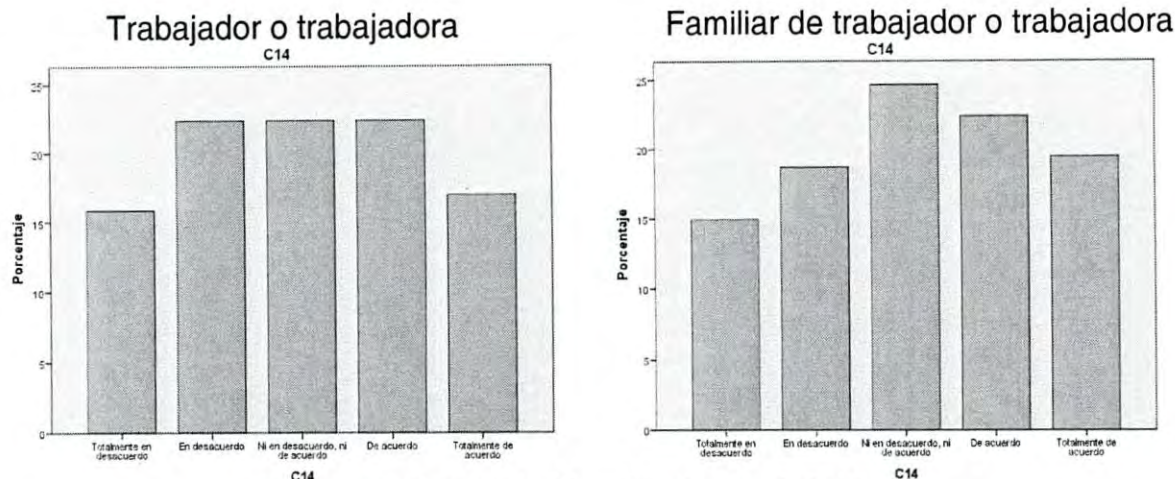
**Figura 4.26.** Porcentaje F4 en tipo de derechohabiente.



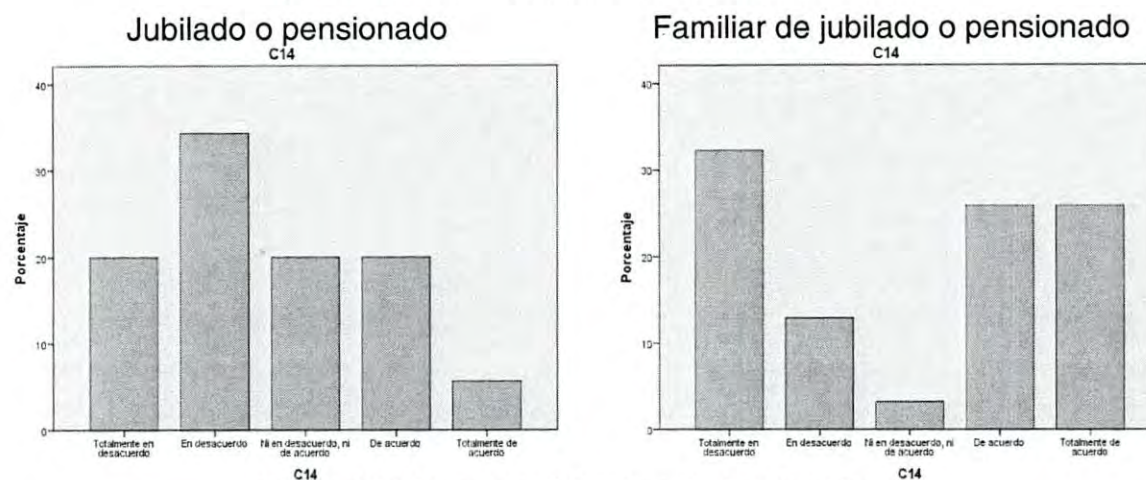
**Figura 4.27.** Porcentaje E3 en tipo de derechohabiente.



**Figura 4.28.** Porcentaje E3 en tipo de derechohabiente.



**Figura 4.29.** Porcentaje C2 en tipo de derechohabiente.



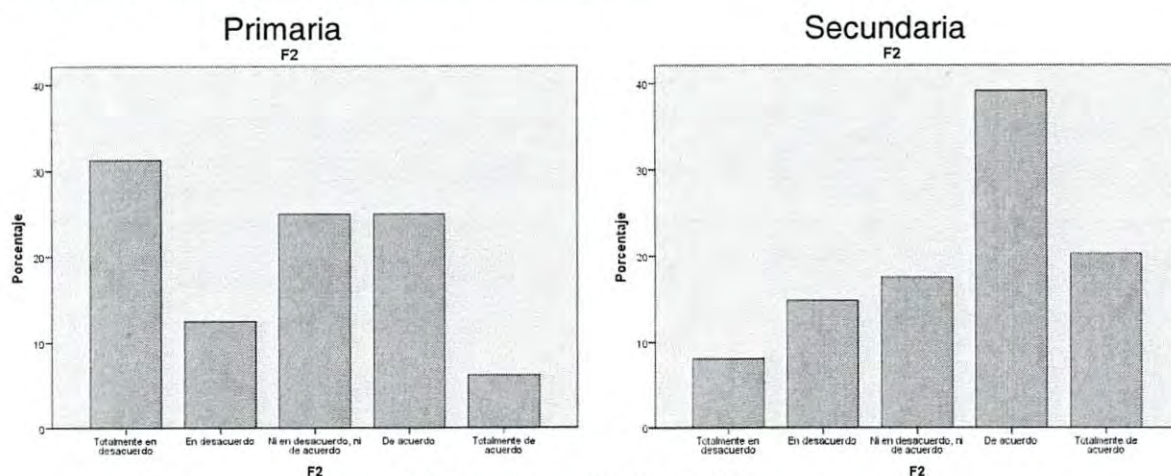
**Figura 4.30.** Porcentaje C2 en tipo de derechohabiente.

En el ítem F3, los trabajadores o trabajadoras y familiar de trabajadores o trabajadoras tuvieron una muy parecida tendencia de respuesta inclinada a estar “de acuerdo”, esto representado por 62.8% y 64.9% respectivamente. Sin embargo los jubilados o pensionados, y familiares de jubilados o pensionados tuvieron un respuesta con una falta conformidad. Los jubilados o pensionados y familiares de jubilados o pensionados muestran 54.3% y 54.8% de conformidad respectivamente. En el ítem F4 todos los tipo de derechohabiente presentaron una respuesta “de acuerdo”, que fluctuaba entre los 51% y 59%, sin embargo el grupo más afectado fue las persona jubiladas o pensionadas presentándose un 48.6% de inconformidad en este ítem. El ítem E3 tuvo un comportamiento parecido al ítem F4, donde cada uno de los tipos de derechohabencia mostraba una respuesta inclinada a “de acuerdo” con una fluctuación del 55% al 58%. Sin

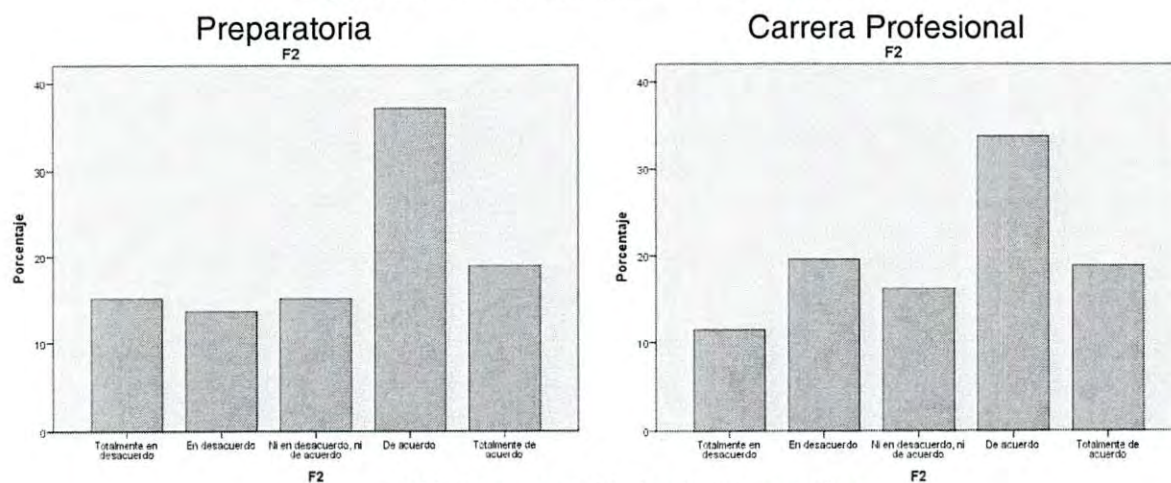
embargo, el grupo de derechohabientes más afectado en este ítem fueron los trabajadores, presentando una inconformidad del 44.8%. Por último, en el ítem C2, los resultados obtenidos muestran que disconformidad alrededor en todos los grupos de derechohabencia. Los grupos con menor disconformidad fueron Familiar de trabajador y Familiar de jubilado o pensionado, presentando un 58.2% y 48.4% de respectivamente. Por otra parte los grupos de trabajadores y jubilados o pensionados fueron los más afectados presentando 60.7% y 74.3% de disconformidad respectivamente.

- Variable Nivel de Estudios

En el análisis de los rangos de edad se observó que permanecen con mayor variación los ítems F2 y C2. A continuación se observara el comportamiento en los rangos de edad más significativos de estos ítems.



**Figura 4.31.** Porcentaje F2 de nivel de estudios.



**Figura 4.32.** Porcentaje F2 de nivel de estudios.

RSC T-140121

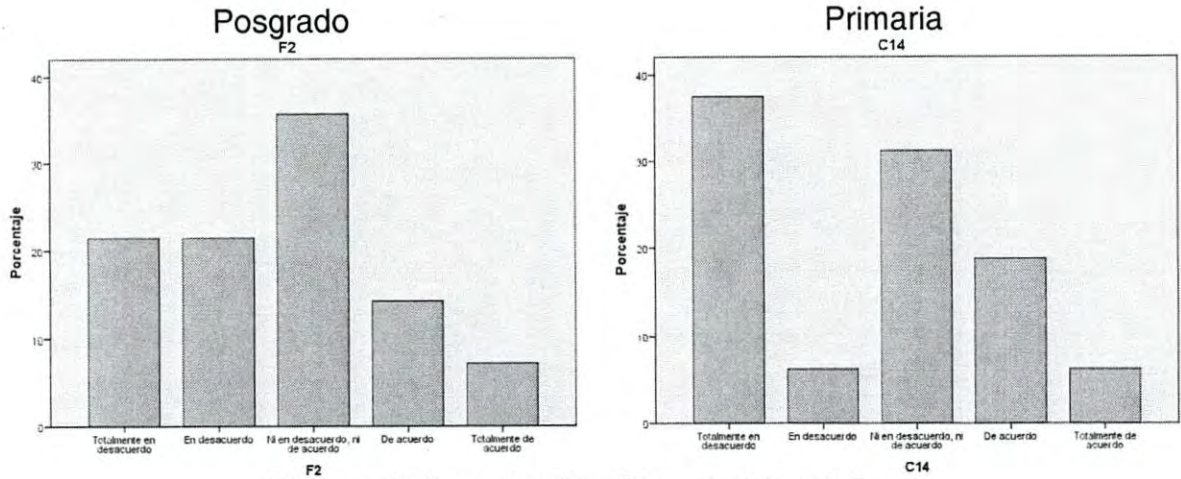


Figura 4.33. Porcentaje F2 y C2 en nivel de estudios.

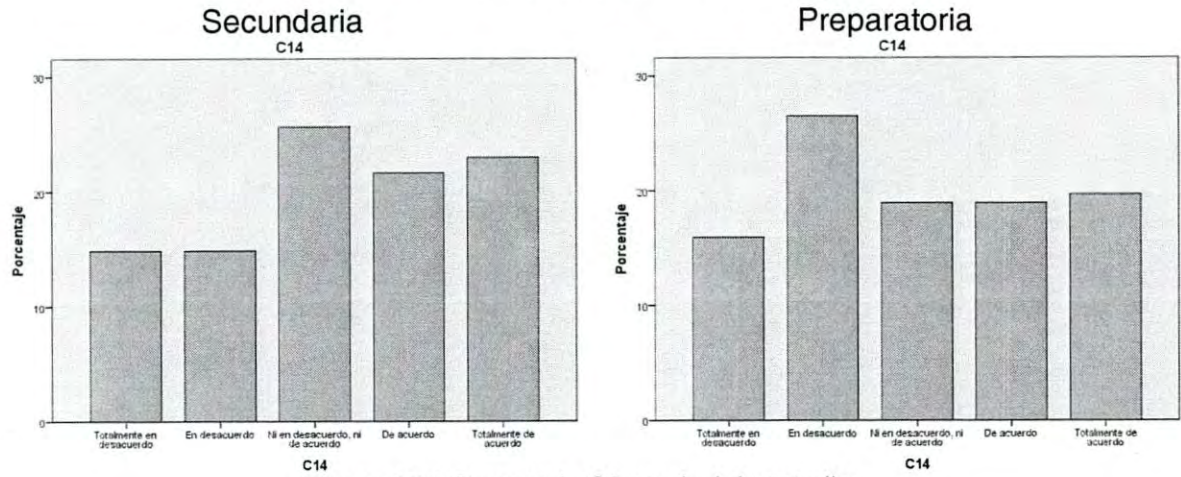


Figura 4.34. Porcentaje C2 en nivel de estudios.

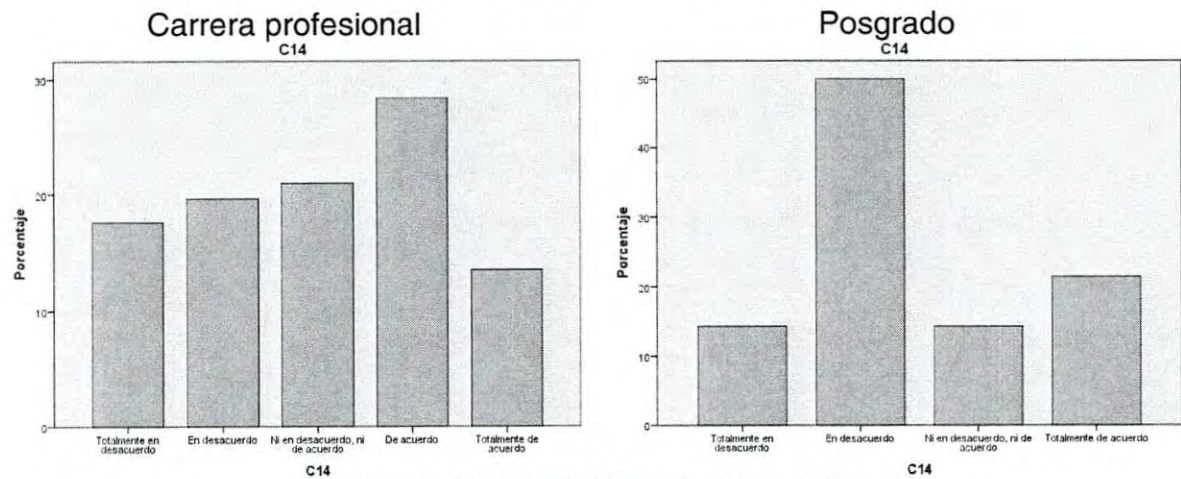


Figura 4.35. Porcentaje C2 en nivel de estudios.

El ítem F2 presenta altos índices en desacuerdo por parte de los encuestados y se ve reflejado en el grupo de primaria con un 68.8%, de igual manera el grupo de posgrado presenta desconcierto con un 78.6%. El resto de los grupos como secundaria, preparatoria y carrera profesional, presentaron inconformidad con este ítem fluctuando alrededor de 40 – 48%. Por otra parte, el ítem C2 muestra alrededor de los grupos una tendencia a la respuesta “en desacuerdo”, expresado por 75% del grupo primaria, 55.4% del grupo secundaria, 61.4% del grupo preparatoria, 58.1% del grupo carrera profesional y 78.6% del grupo posgrado.

## EMPATÍA

- Variable Sexo

En la dimensión Empatía, los ítems con mayor variación fueron E5, E6, C3 y C4.

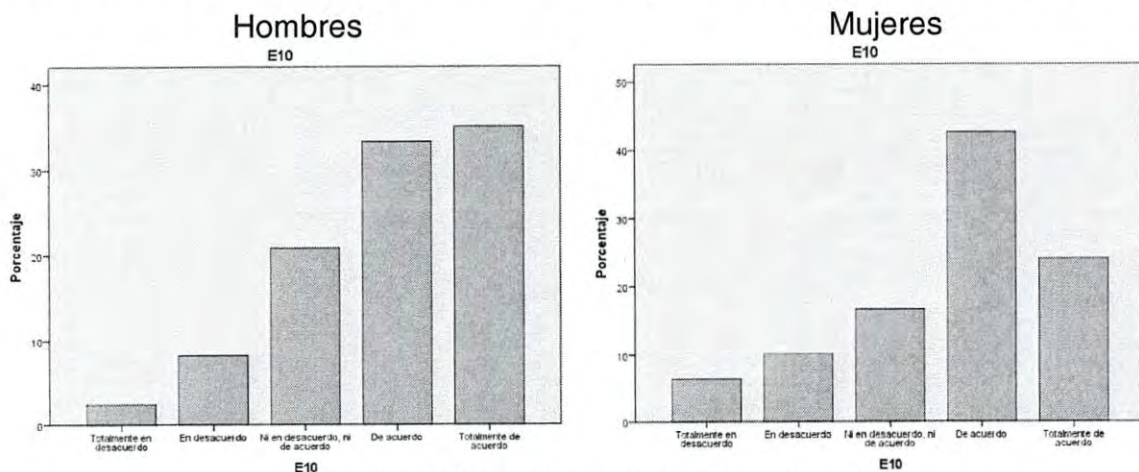


Figura 4.36. Comparación de ítem E5 entre sexo.

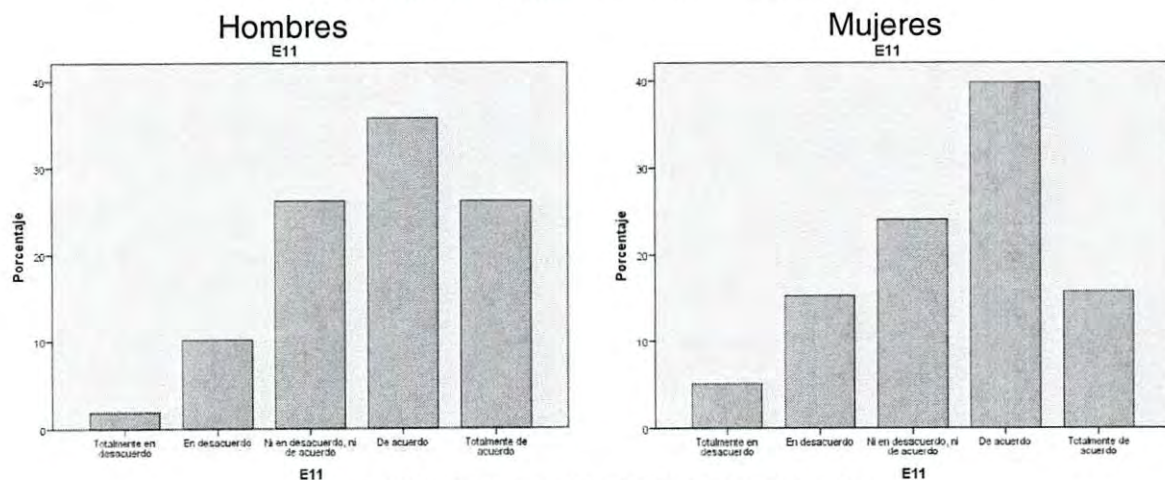
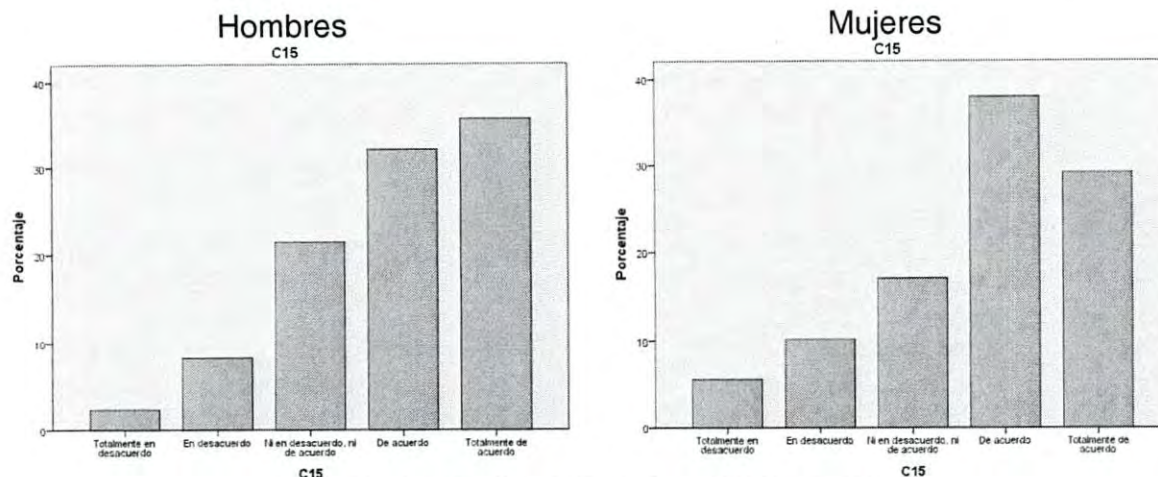
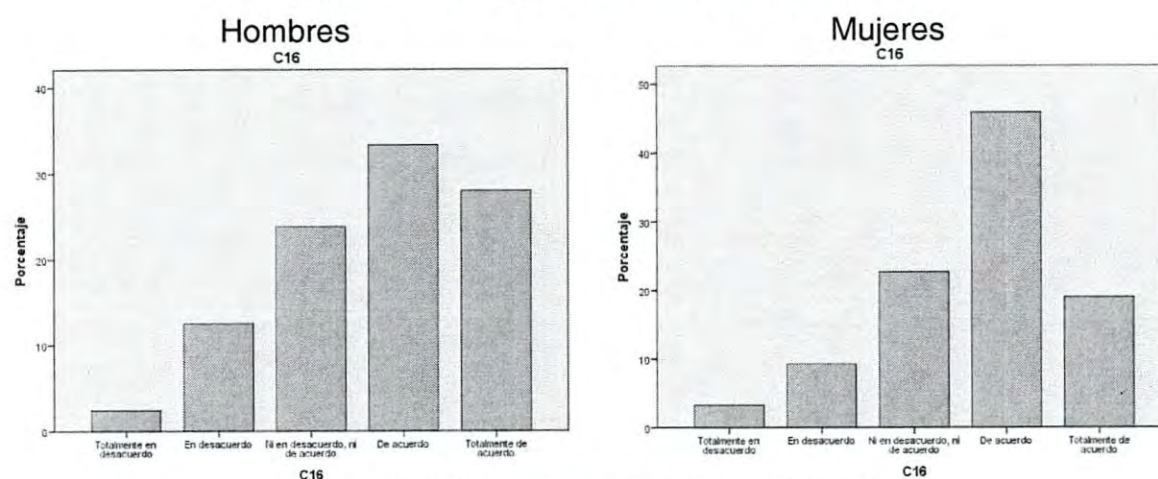


Figura 4.37. Comparación de ítem E6 entre sexo.





**Figura 4.38.** Comparación de ítem C3 entre sexo.

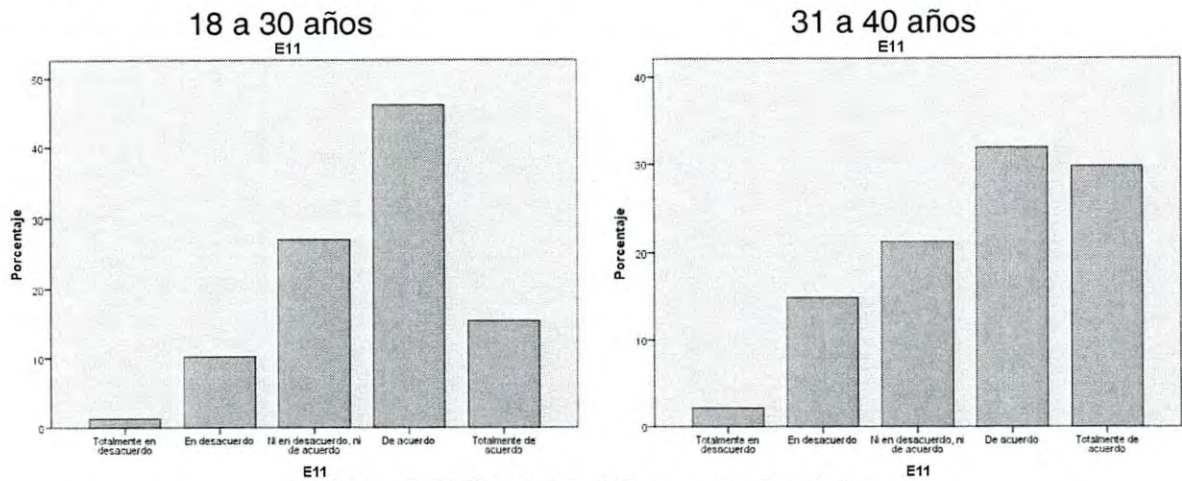


**Figura 4.39.** Comparación de ítem C4 entre sexo.

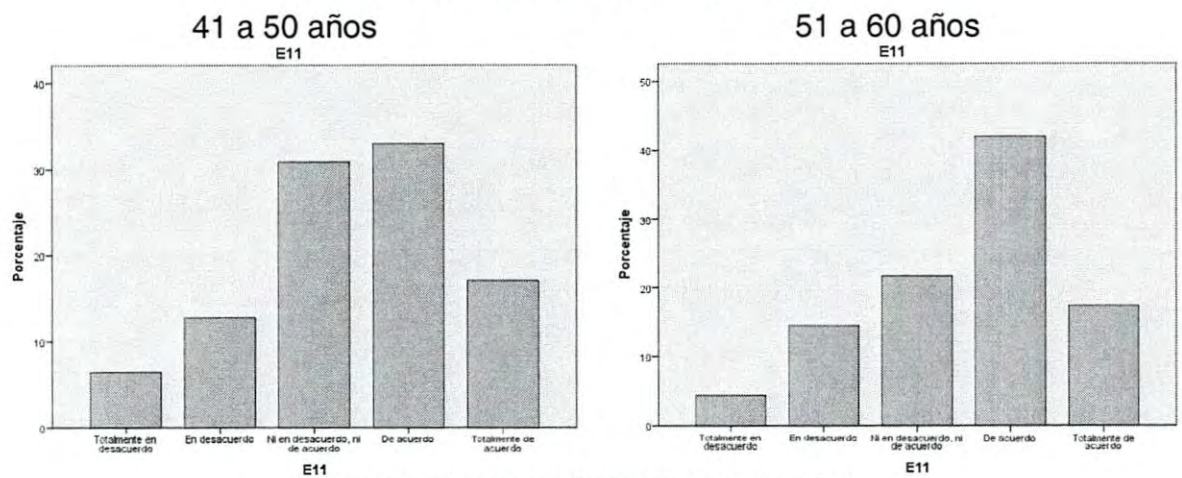
Todos los ítems de este componente presentan tendencia hacia la respuesta “de acuerdo”, sin embargo los encuestados han inconformidad manifestados en los porcentajes expuestos en los ítems, en donde el ítem E5 revela un 31.5% y 33.3% de inconformidad por parte de los hombres y mujeres respectivamente. El ítem E6 muestra desconcierto con un 38.1% por parte de los hombres y 44.4% por parte de las mujeres, siendo este el ítem más afectado. El ítem C3 evidencia, por parte de los hombres 32.1% y por parte de las mujeres 32.9%, un grado de inconformidad. Por último, el ítem C4 muestra un 38.7% y 35.2% de hombres y mujeres respectivamente inconformes con el servicio.

- Variable Rango de Edad

El análisis de los rangos de edad muestra que el ítem con variación es E6.



**Figura 4.40.** Porcentaje E6 en rango de edad.



**Figura 4.41.** Porcentaje E6 en rango de edad.



**Figura 4.42.** Porcentaje E6 en rango de edad.

El ítem E6 muestra que el grupo con mayor inconformidad es 41 a 50 años evidenciado con un 50%. Los grupos de 18 a 30 años, 31 a 40 años, 51 a 60 años y Más de 60 años, muestran un atendencia hacia la respuesta “de acuerdo” con un 38.5%, 38.3%, 40.6% y 38.8% de inconformidad.

- Variable Tipo de derechohabiente

En el análisis de los rangos de edad se observó que permanecen con mayor variación los ítems E2, E4, E6 Y C4. A continuación se observara el comportamiento en los rangos de edad más significativos de estos ítems.

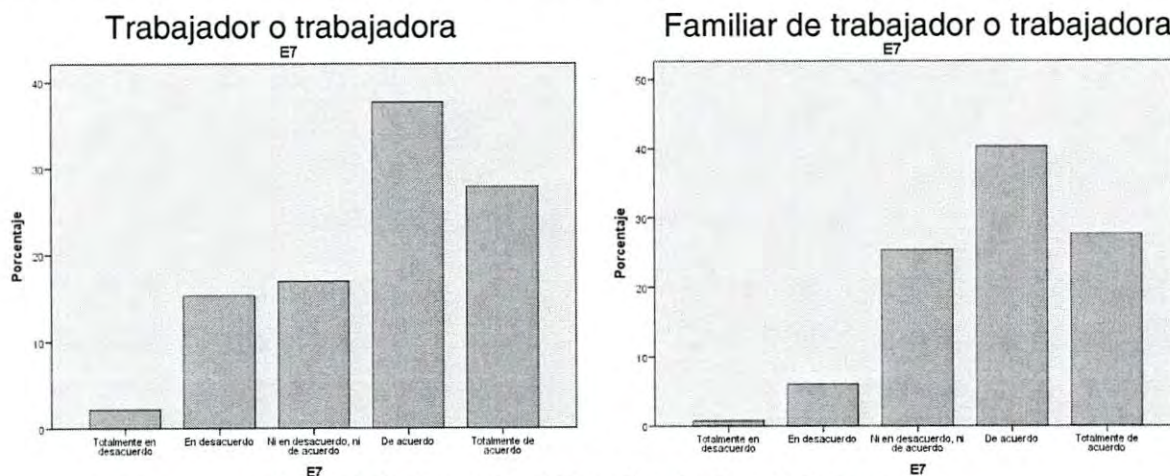


Figura 4.43. Porcentaje E2 en tipo de derechohabiente.

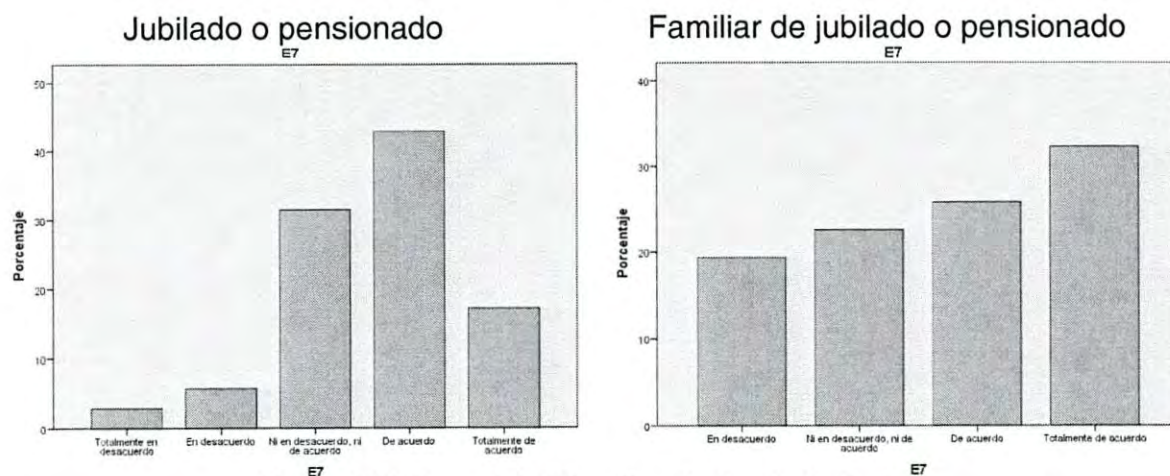


Figura 4.44. Porcentaje E2 en tipo de derechohabiente.

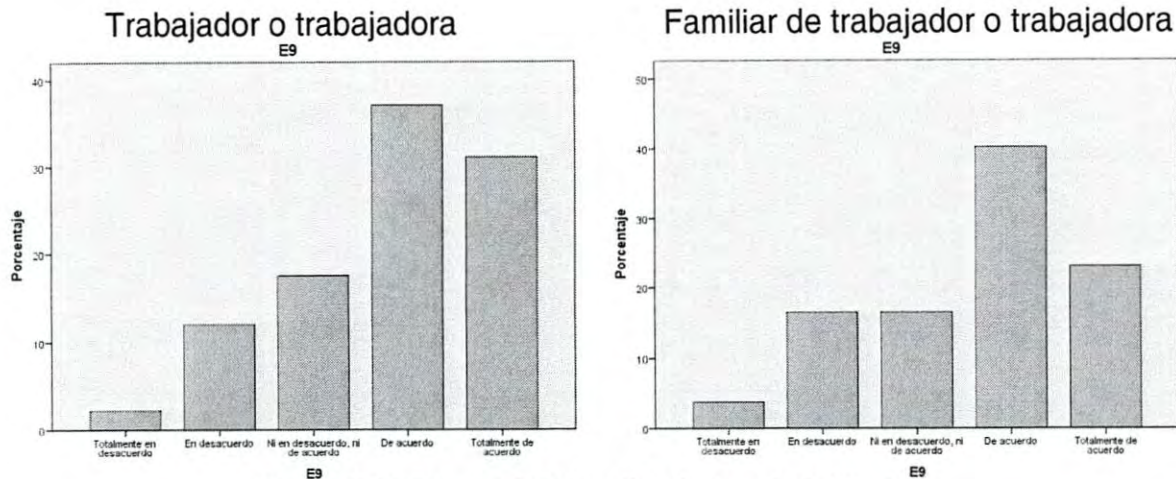


Figura 4.45. Porcentaje E4 en tipo de derechohabiente.

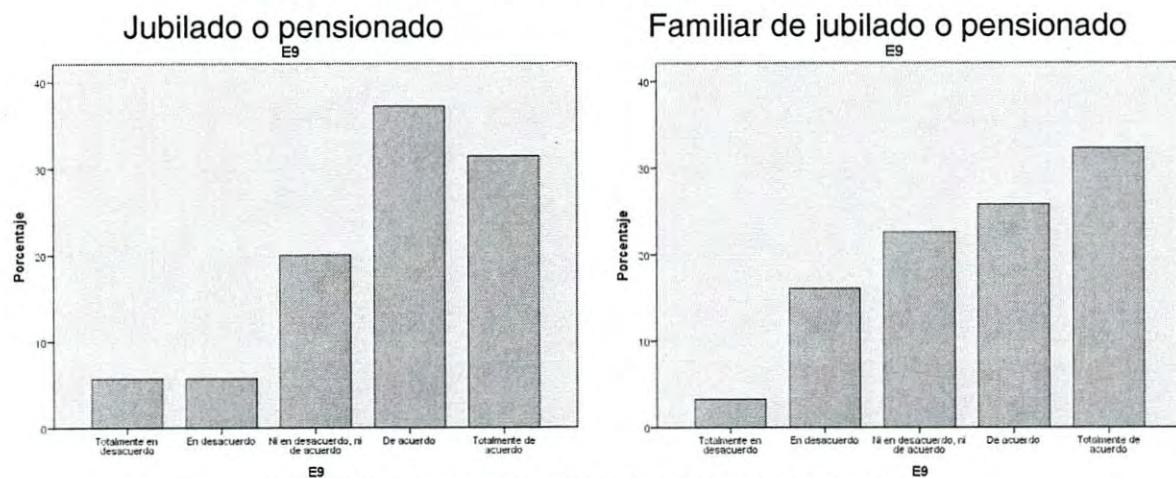


Figura 4.46. Porcentaje E4 en tipo de derechohabiente.

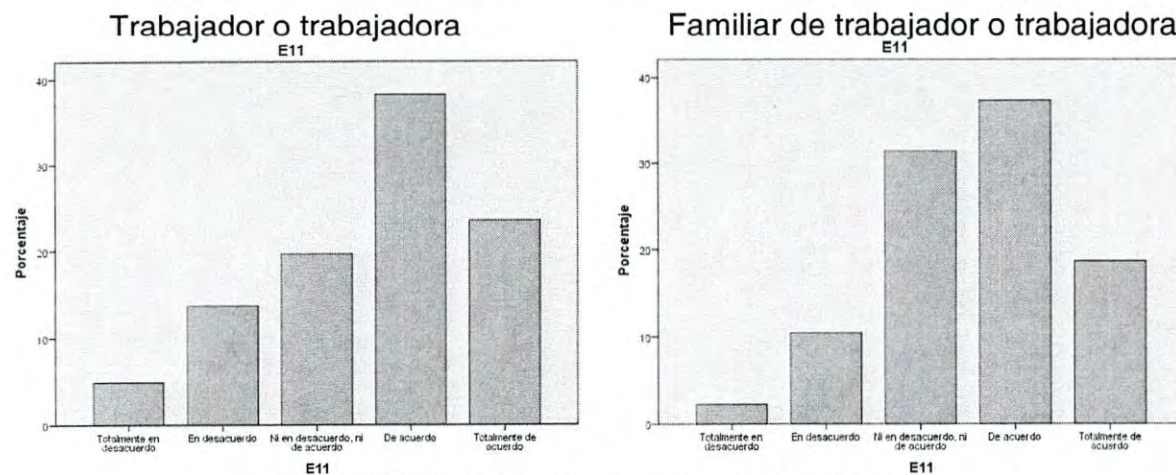
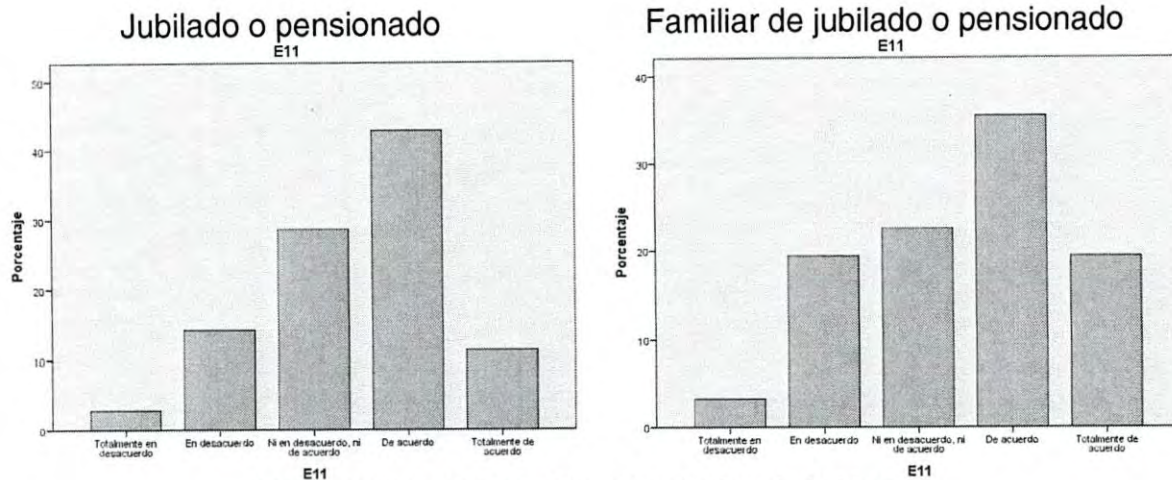
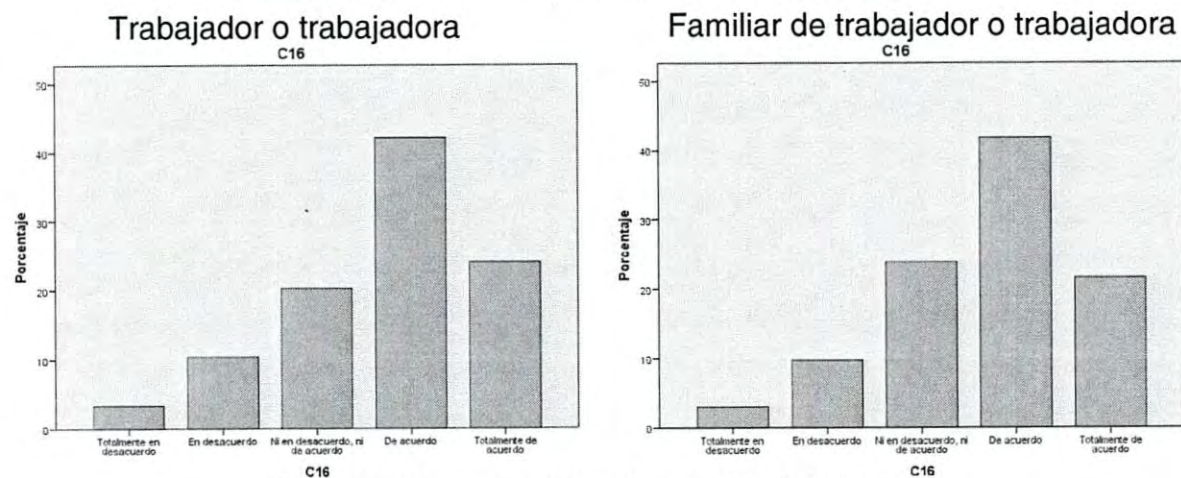


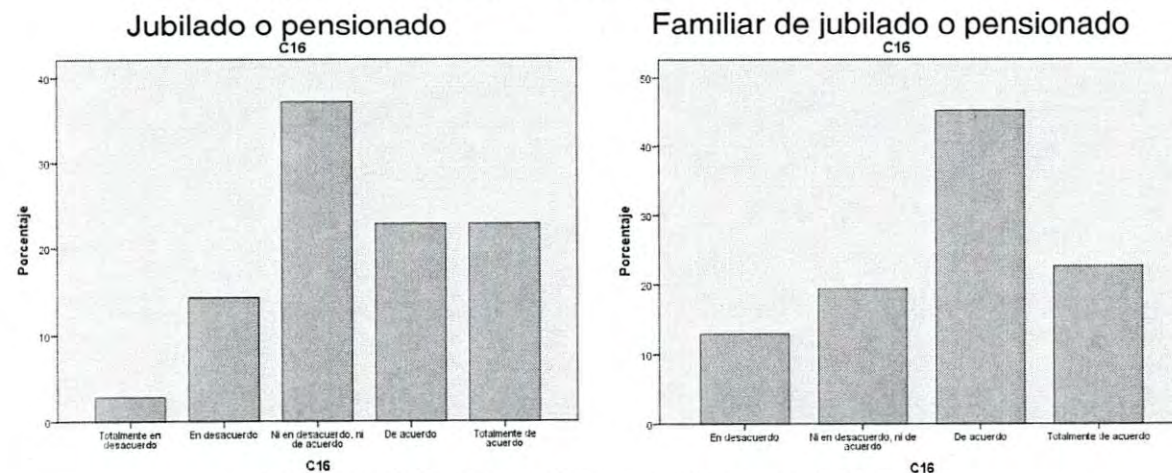
Figura 4.47. Porcentaje E6 en tipo de derechohabiente.



**Figura 4.48.** Porcentaje E6 en tipo de derechohabiente.



**Figura 4.49.** Porcentaje C4 en tipo de derechohabiente.



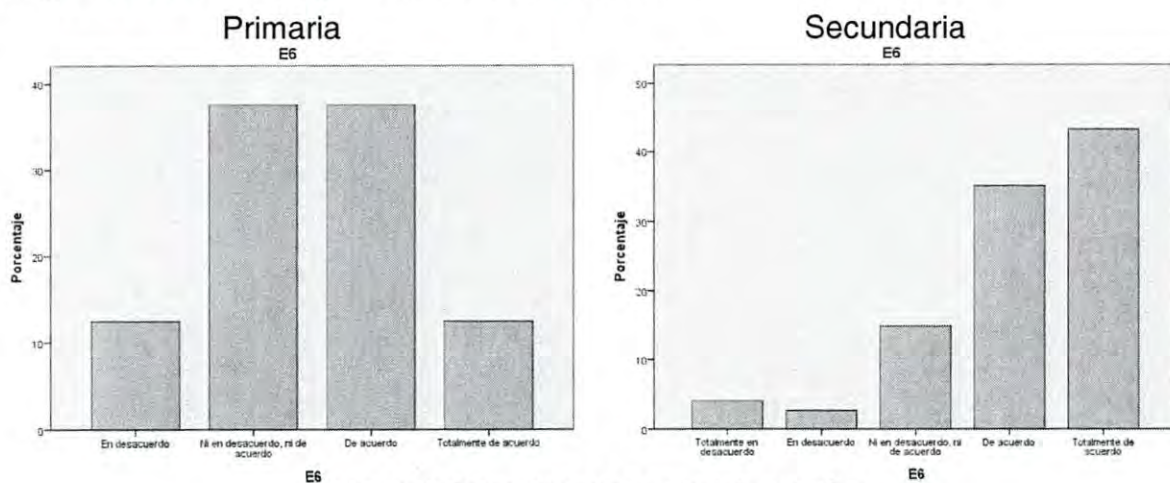
**Figura 4.50.** Porcentaje C4 en tipo de derechohabiente.

El ítem E2 presenta en los grupos de persona de trabajador y familiar de trabajador un 34.4% y un 32.1% de inconformidad, lo cual presentaron una

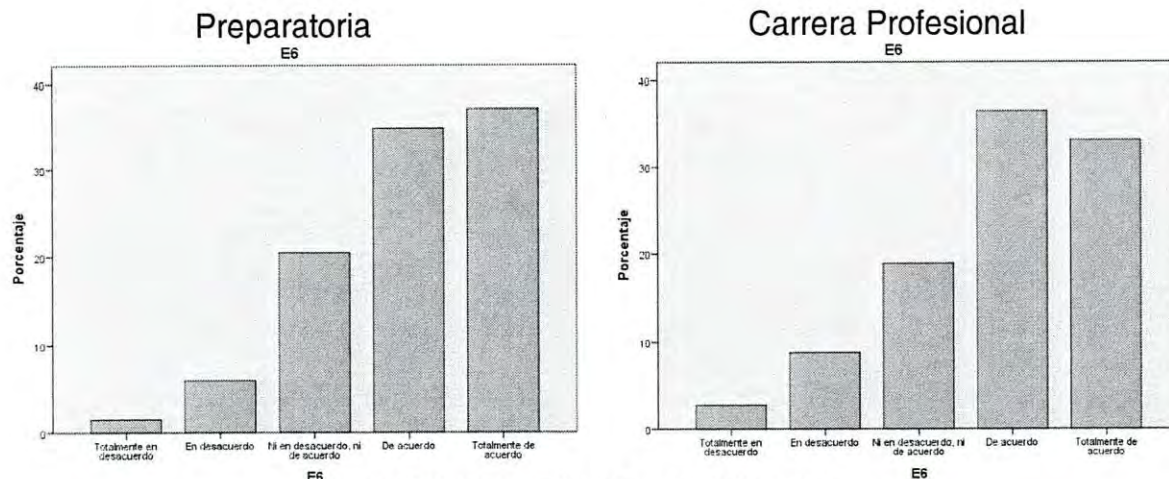
tendencia a la respuesta “de acuerdo” señalada por 65.6% y 67.9% respectivamente. Por otra parte, el grupo de jubilado o pensionado y familiar de jubilado o pensionado, mostraron 40% y 41.9% de descontento respectivamente. Para el ítem E4 muestra un tendencia similar entre los grupos de trabajador, familiar de trabajador y jubilado o pensionado, esto es debido a presentar inconformidad con un 31.7%, 36.6%, 31.4% respectivamente. No obstante, el grupo de familiar de jubilado o pensionado mostro un mayor índice de desconcierto simbolizado por un 41.9%. Además, El ítem E6 muestra que el grupo trabajador muestra un disconformidad de 38.3%, en comparación al resto de grupos: familiar de trabajador, jubilado o pensionado, y familiar de jubilado o pensionado, los cuales muestran un 44%, 45.7% y 45.2% correspondientemente. Finalmente, el ítem C4 presenta un tendencia a la respuesta “en desacuerdo” semejante entre los grupos de trabajador, familiar de trabajador y familiar de jubilado o pensionado reflejado en un 33.9%, 36.6% y 32.3% respectivamente. Sin embargo, el grupo con la mayor inconformidad fue jubilado o pensionado, representado por un 54.3%.

- Variable Nivel de Estudios

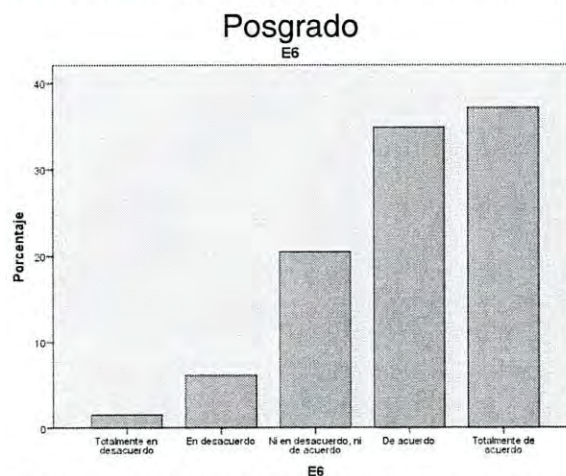
En el análisis de nivel de estudios se observó que permanecen con mayor variación es el ítem E1. A continuación se observara el comportamiento en los rangos de edad más significativos de estos ítems.



**Figura 4.51.** Porcentaje E1 en nivel de estudios.



**Figura 4.52.** Porcentaje E1 en nivel de estudios.



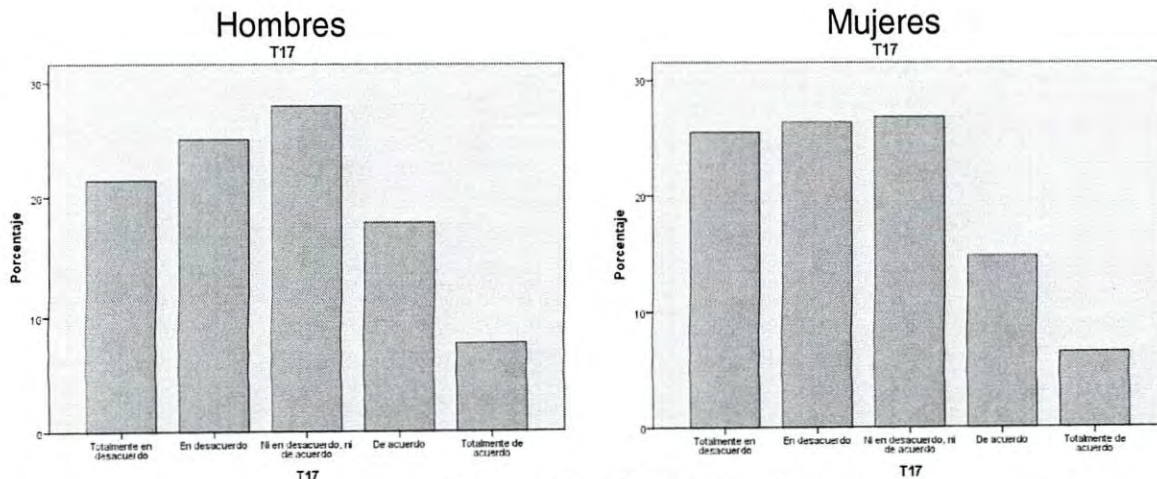
**Figura 4.53.** Porcentaje E1 en nivel de estudios.

El ítem E1 es el único ítem de este componente que muestra inconformidad en 2 grupos, Primaria y Posgrado, el cual es representado por 50% y 57.1% respectivamente. Sin embargo el grupo con mayor variación en todos los ítems fue el grupo de primaria, el cual presentaba porcentajes de desacuerdo que fluctuaban entre 50-75%.

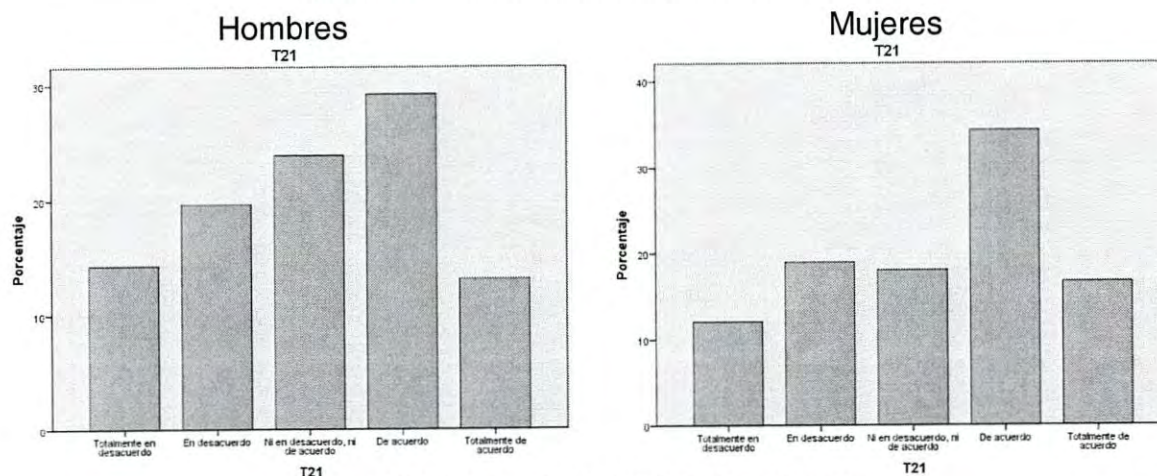
## INFRAESTRUCTURA

- Variable Sexo

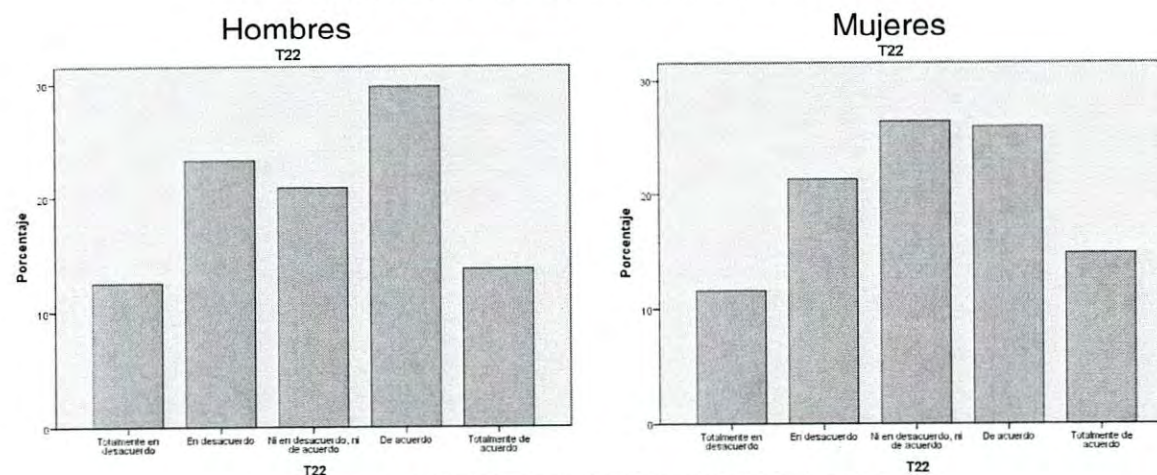
En la dimensión Infraestructura el ítem con mayor variación fue T1, T5 y T6.



**Figura 4.54.** Comparación de ítem T1 entre sexo.



**Figura 4.55.** Comparación de ítem T5 entre sexo.



**Figura 4.56.** Comparación de ítem T6 entre sexo.

El ítem T1 expone un alto grado de desagrado con un 74.4% y 78.7% por parte de hombres y mujeres respectivamente. El ítem T5 presenta inconformidad con un



57.7% por parte de los hombres y 49.1% por parte de las mujeres en este ítem. Y el ítem T6 revela una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” por medio de un 56.5% de desagrado por parte de los hombres y 59.3% de desagrado por parte de las mujeres.

- Variable Rango de Edad

En el análisis de los rangos de edad se observó que permanecen con mayor variación los ítems T1, T5 y T6. A continuación se observara el comportamiento en los rangos de edad más significativos de estos ítems.

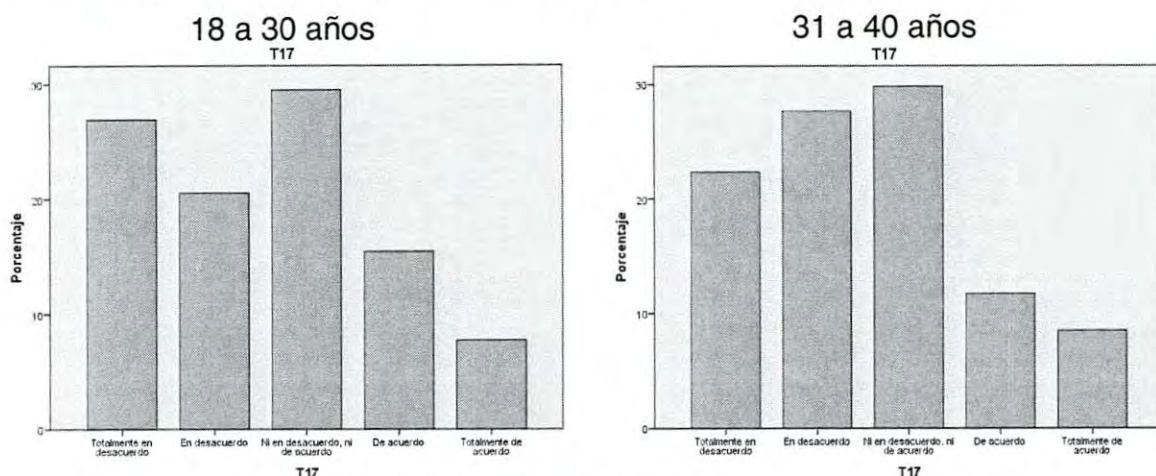


Figura 4.57. Porcentajes T1 en rango de edad.

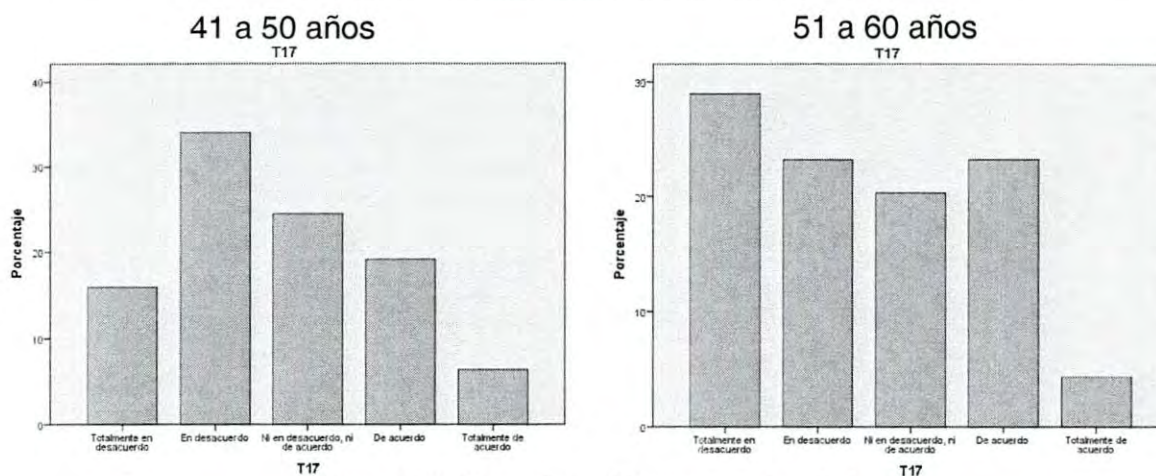


Figura 4.58. Porcentajes T1 en rango de edad.

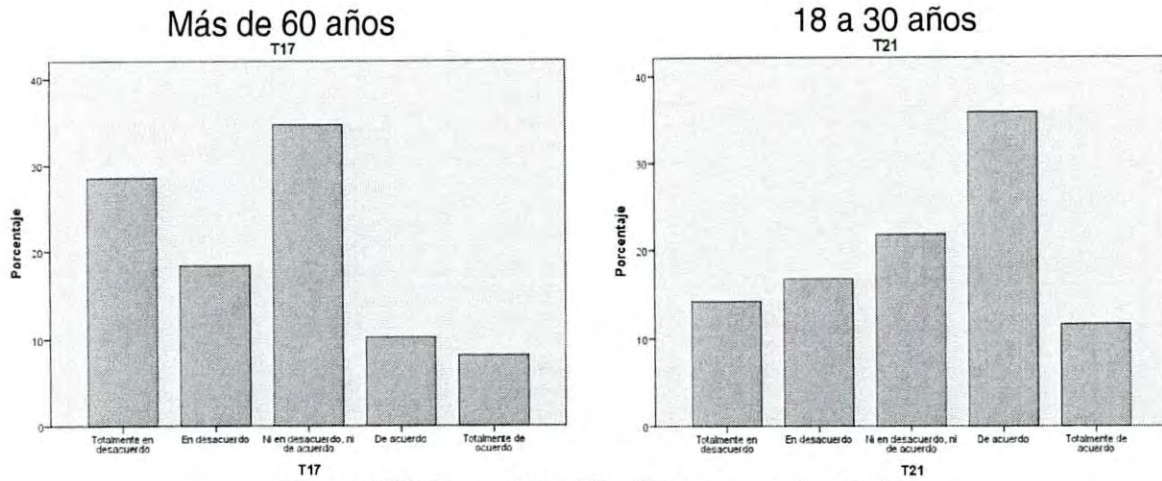


Figura 4.59. Porcentajes T1 y T5 en rango de edad.

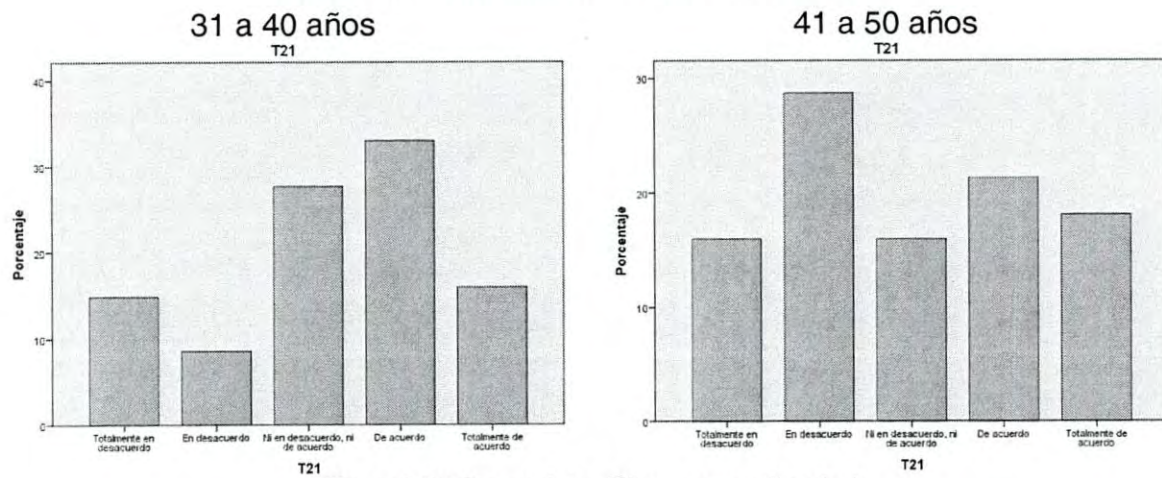


Figura 4.60. Porcentajes T5 en rango de edad.

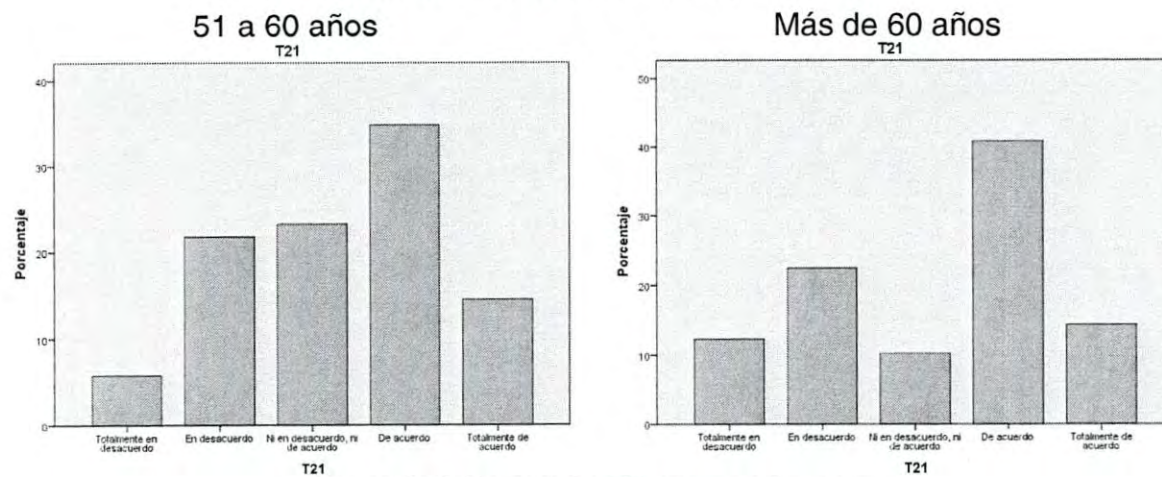
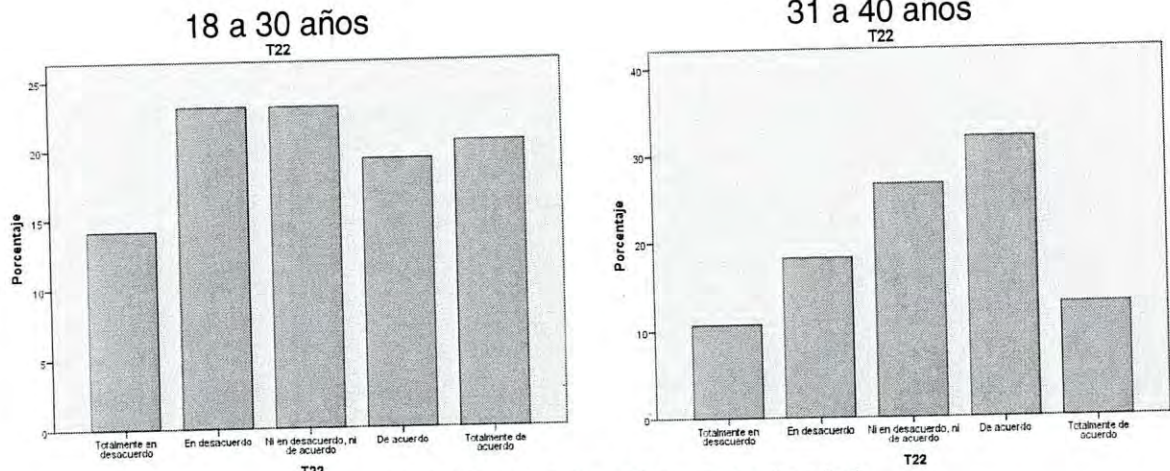
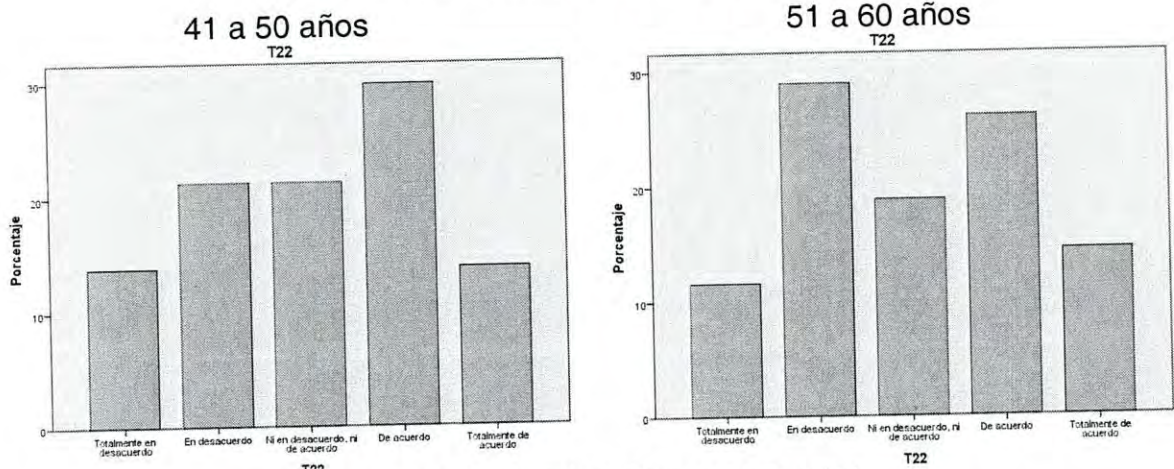


Figura 4.61. Porcentajes T5 en rango de edad.



**Figura 4.62.** Porcentajes T6 en rango de edad.



**Figura 4.63.** Porcentajes T6 en rango de edad.



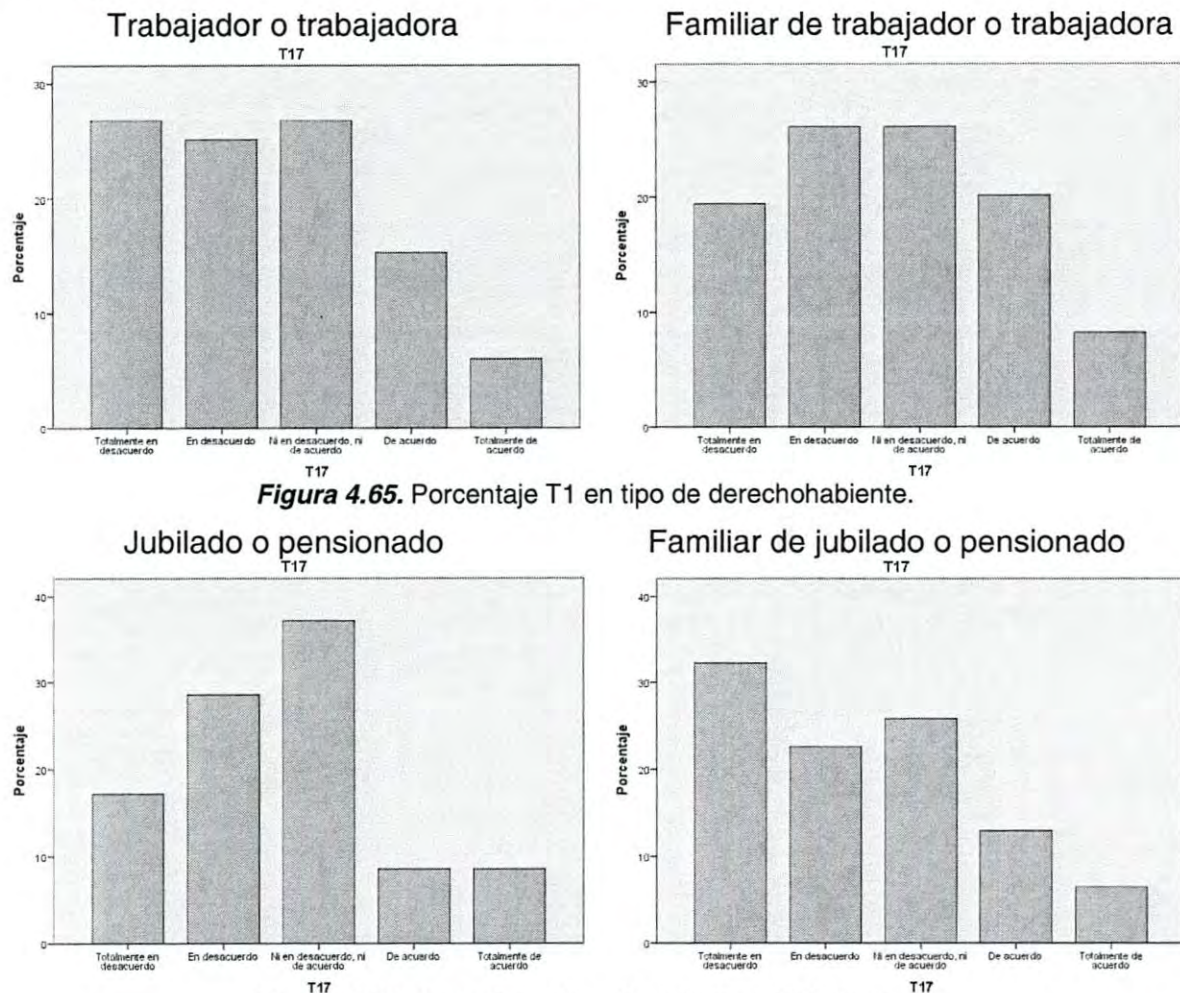
**Figura 4.64.** Porcentajes T6 en rango de edad.

En el ítem T1 muestra tendencia a la respuesta “en desacuerdo” presentada por 76.9% del grupo 18 a 30 años, 79.8% del grupo 31 a 40 años, 74.5% del grupo 41

a 50 años, 72.5% del grupo 51 a 60 años y 81.6% del grupo más de 60 años. El ítem T5 presenta inconformidad por parte de los primero 4 grupos con 52.6%, 51.1%, 60.6% y 50.7% respectivamente. Por último, el ítem T6 demuestra en todos sus grupos descontento representado por 60.3%, 55.3%, 56.4%, 59.4% y 61.2% respectivamente.

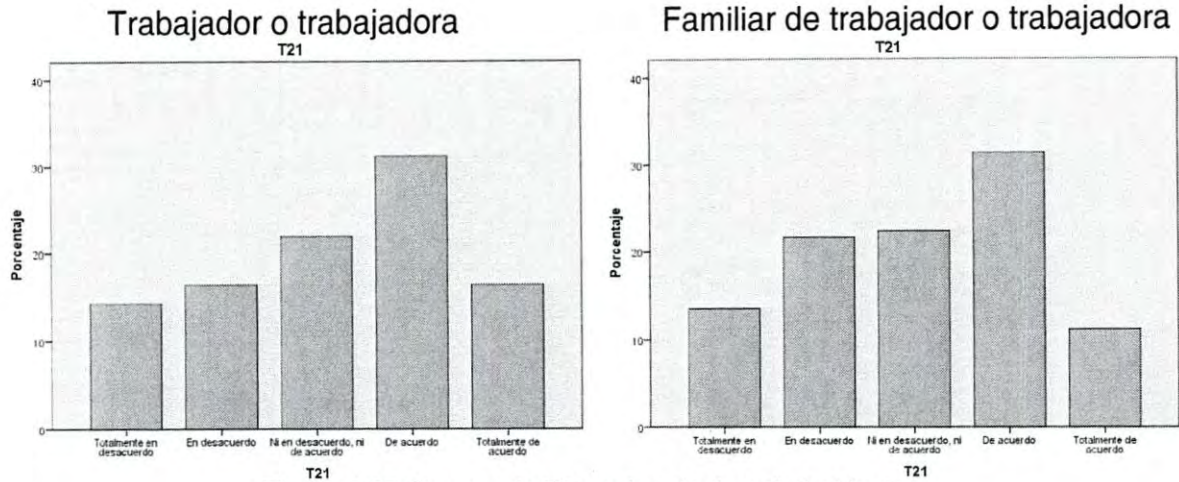
- Variable Tipo de derechohabiente

En el análisis de los rangos de edad se observó que permanecen con mayor variación los ítems T1, T5 y T6. A continuación se observara el comportamiento en los rangos de edad más significativos de estos ítems.

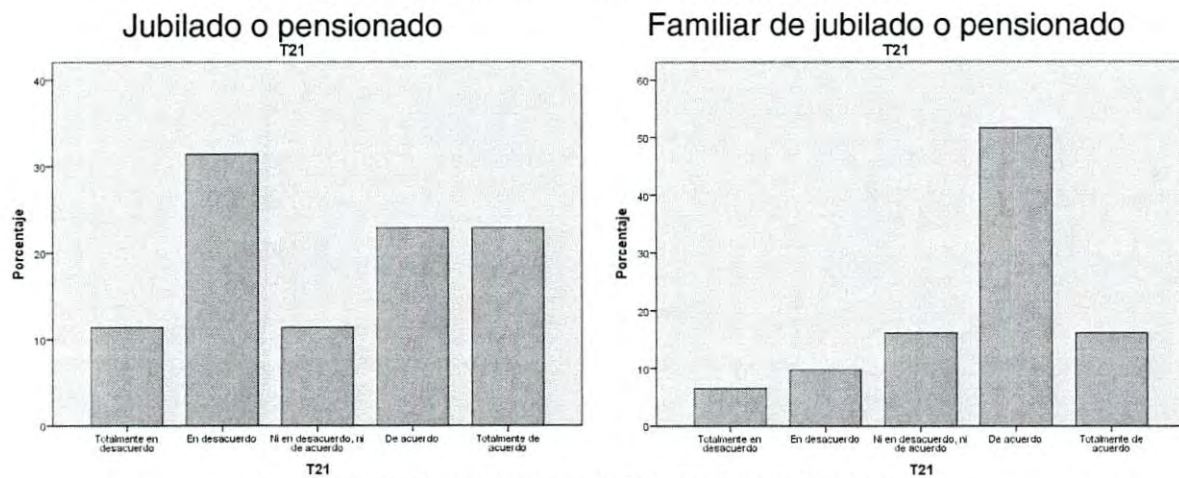


**Figura 4.65.** Porcentaje T1 en tipo de derechohabiente.

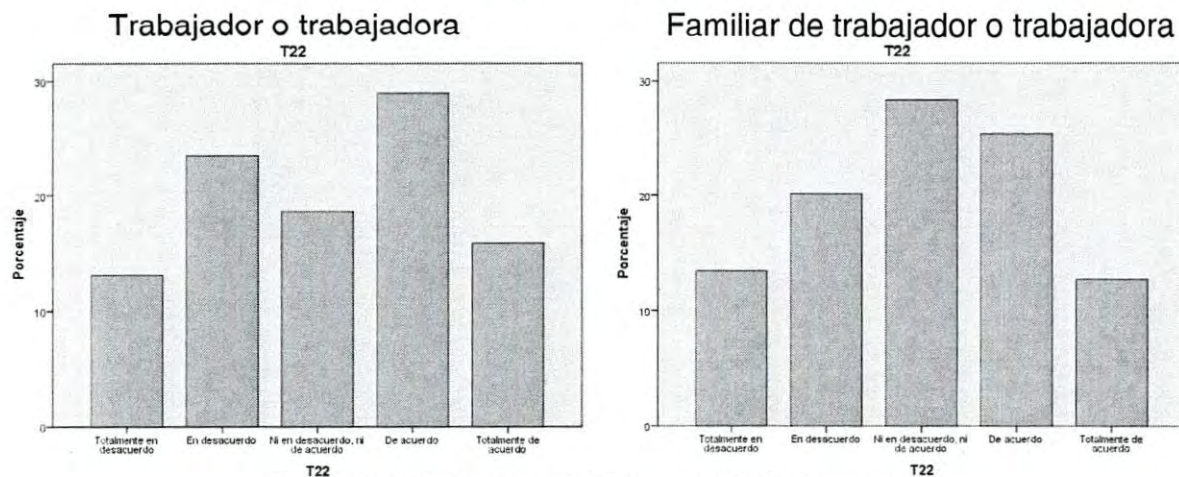
**Figura 4.66.** Porcentaje T1 en tipo de derechohabiente.



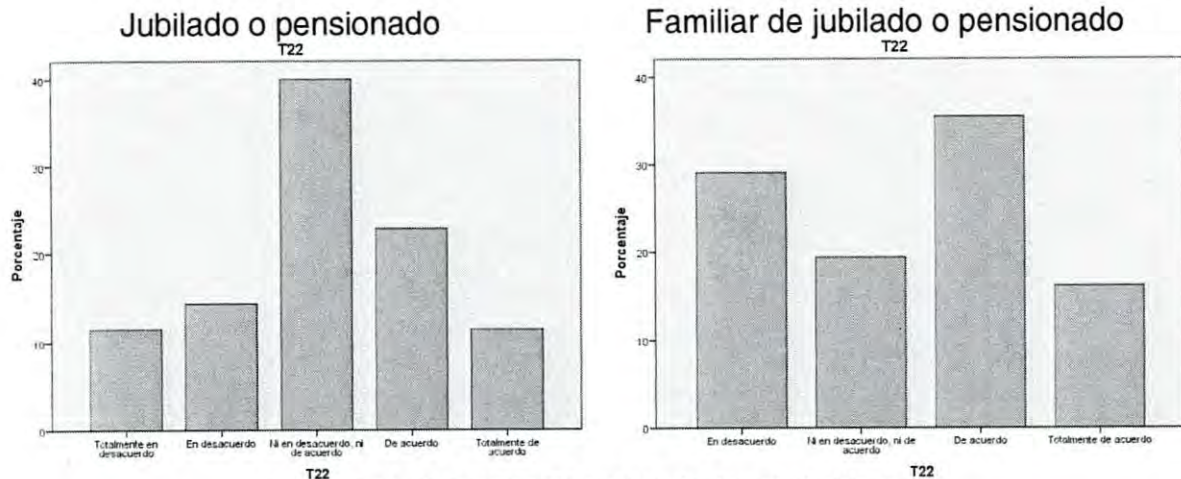
**Figura 4.67.** Porcentaje T5 en tipo de derechohabiente.



**Figura 4.68.** Porcentaje T5 en tipo de derechohabiente.



**Figura 4.69.** Porcentaje T6 en tipo de derechohabiente.



**Figura 4.70.** Porcentaje T6 en tipo de derechohabiente.

En el ítem T1, se puede observar que todos los grupo de encuestados tiene altos niveles de inconformidad. Los trabajadores, familiares de trabajador, jubilados o pensionados y familiar de jubilado o pensionado mostraron su inconformidad representada por un 78.7%, 71.6%, 82.9% y 80.6% respectivamente. El ítem T5 presenta en los grupos de personas: trabajador, familiar de trabajador y jubilado o pensionado, una ligera tendencia a estar “en desacuerdo” manifestada por un 52.5%, 57.5% y 54.3% correspondientemente. Por otro lado, los familiares de jubilado o pensionado muestra una tendencia a una respuesta “de acuerdo”, ya que tienen un 32.3% en desacuerdo en ese ítem.

Por último, el ítem T6 manifiesta una preferencia, de igual manera que el ítem T5, un desconcierto por parte de los grupos: trabajador, familiar de trabajador y jubilado o pensionado, en donde se presenta 55.2%, 61.9% y 65.7% de inconformidad con el ítem. Por el contrario, el grupo de familiar de jubilado o pensionado presento con un 48.4% de inconformidad, por lo cual este grupo tiene una tendencia a estar “de acuerdo” con este ítem.

- Variable Nivel de Estudios

En el análisis de los rangos de edad se observó que permanecen con mayor variación los ítems T1, T5 y T6. A continuación se observara el comportamiento en los rangos de edad más significativos de estos ítems.

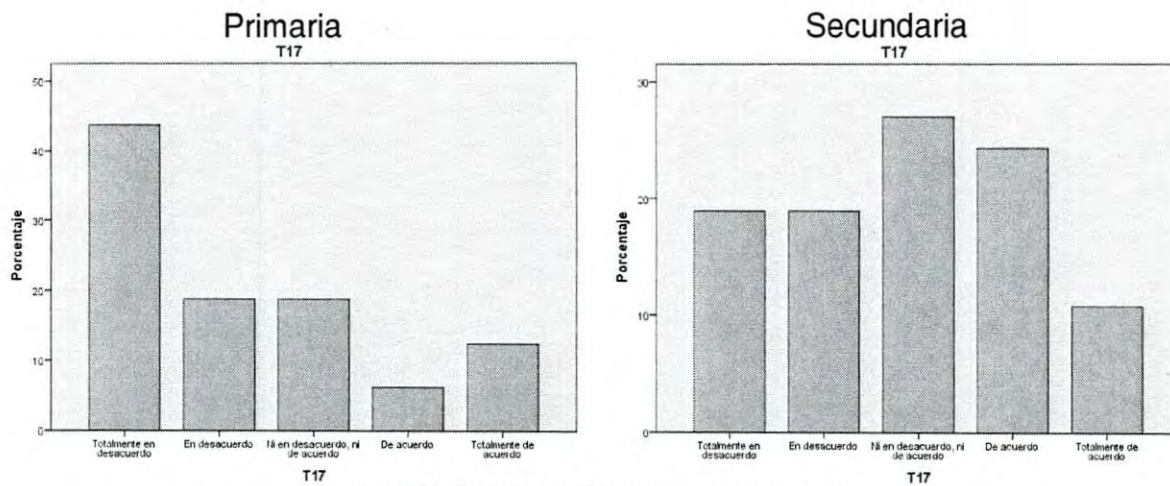


Figura 4.71. Porcentaje T1 en nivel de estudios.

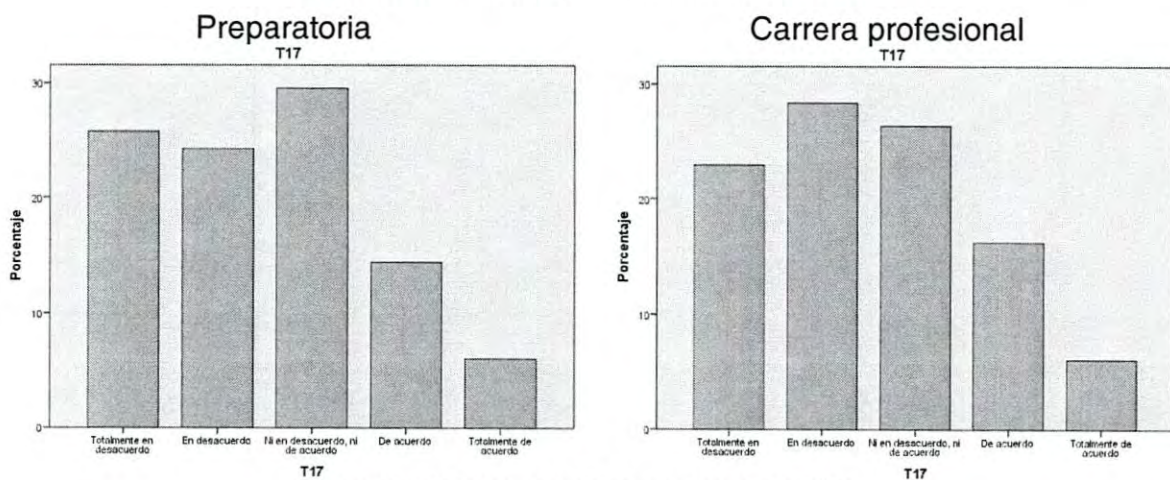


Figura 4.72. Porcentaje T1 en nivel de estudios.

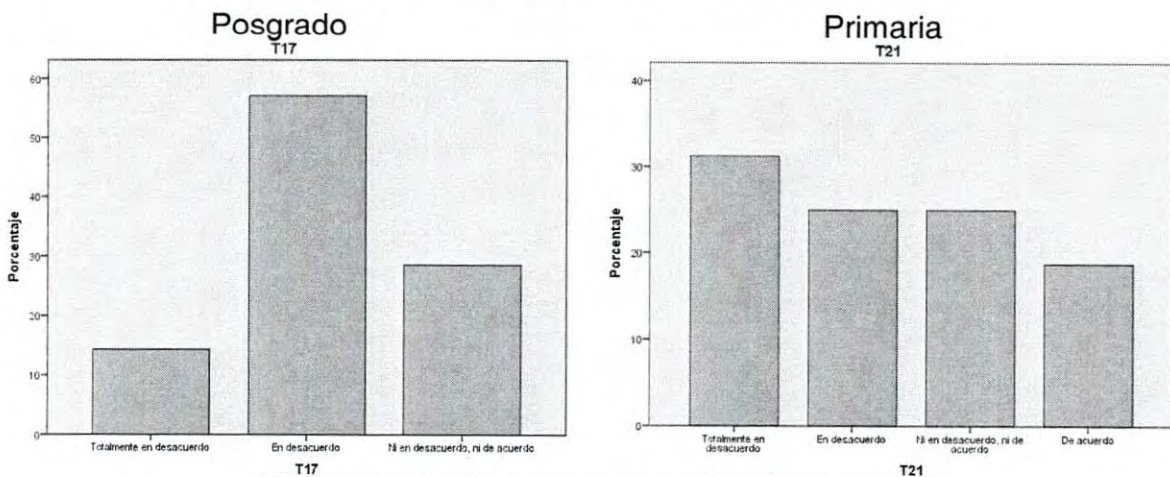
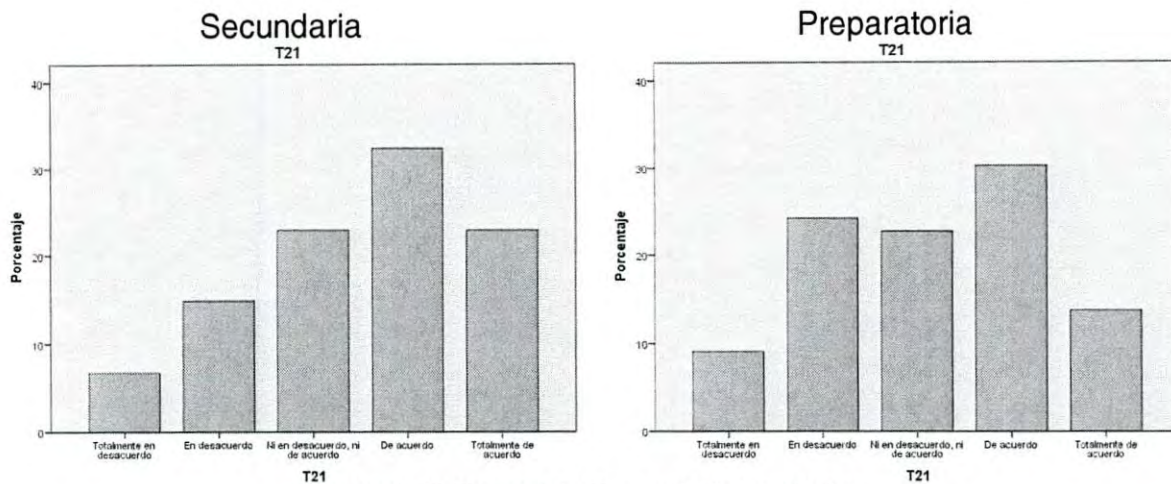
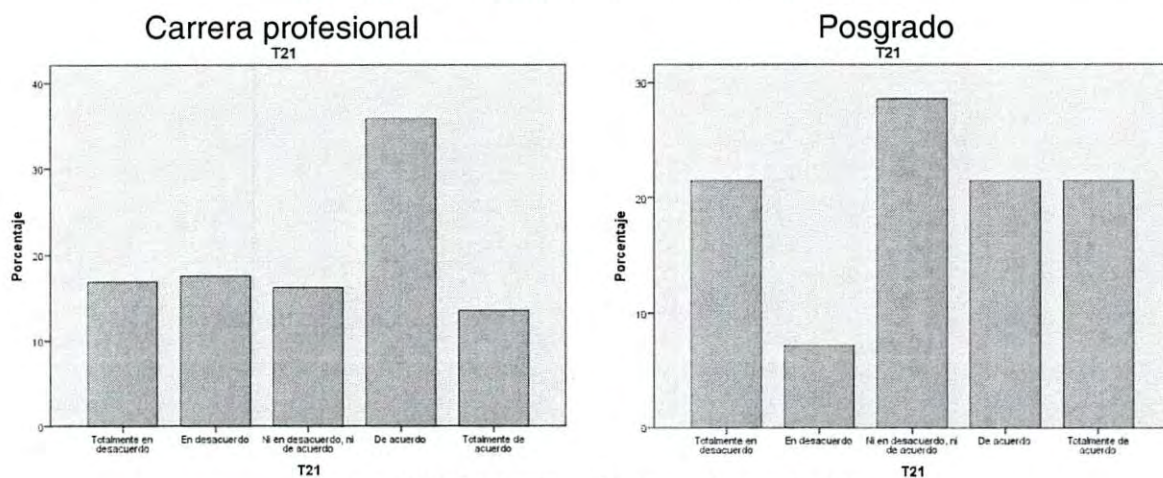


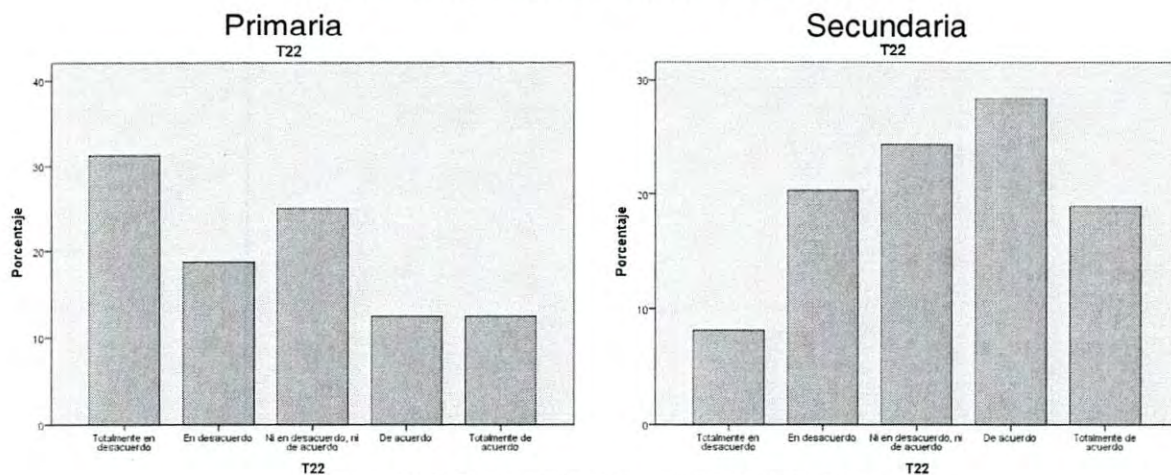
Figura 4.73. Porcentaje T1 y T5 en nivel de estudios.



**Figura 4.74.** Porcentaje T5 en nivel de estudios.

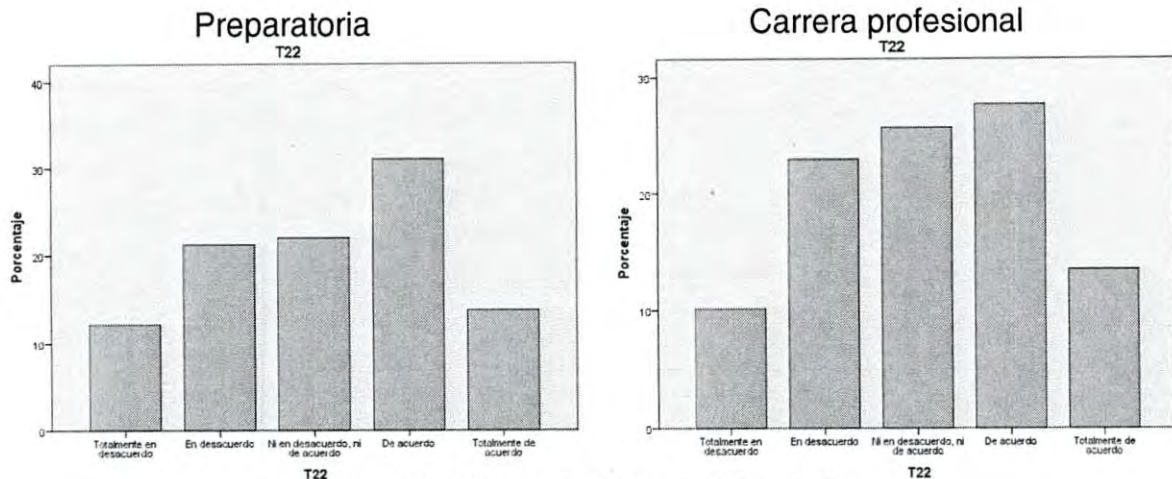


**Figura 4.75.** Porcentaje T5 en nivel de estudios.

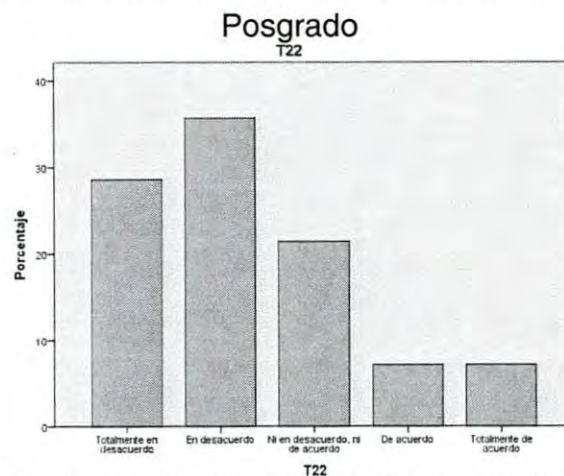


**Figura 4.76.** Porcentaje T6 en nivel de estudios.





**Figura 4.77.** Porcentaje T6 en nivel de estudios.



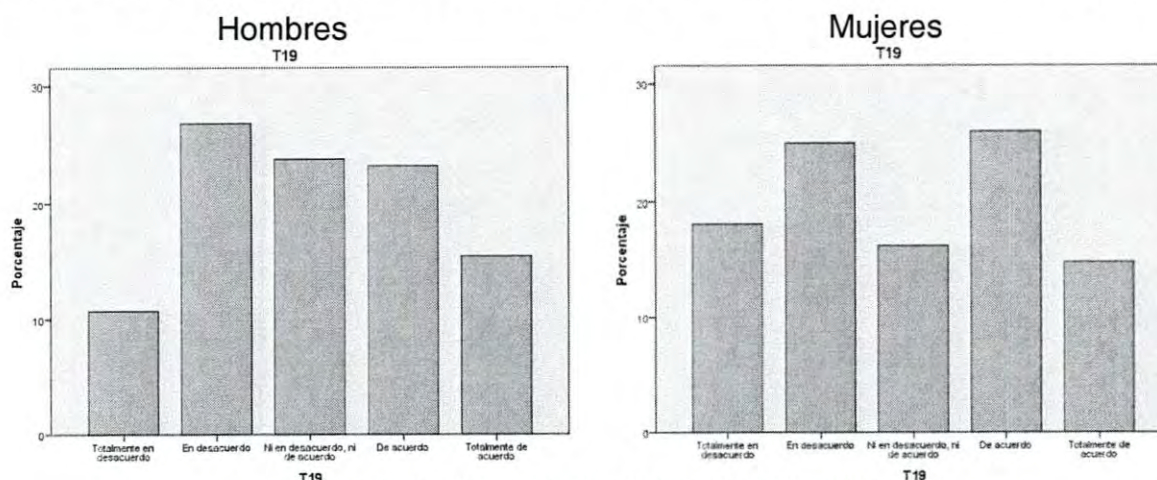
**Figura 4.78.** Porcentaje T6 en nivel de estudios.

El ítem T1 presenta, alrededor de todos los grupos, una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” representado por 81.3% de primaria, 64.9% de secundaria, 79.5% por preparatoria, 77.7% de carrera profesional y 71.4% de posgrado. Por su parte, El ítem T5 muestra 81.3% en primaria, 44.6% en secundaria, 56.1% en preparatoria, 50.7% en carrera profesional y 57.1% en posgrado. Por último el ítem T6 muestra una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” explicada por 75% por parte de primaria, 52.7% por secundaria, 55.3% por preparatoria, 58.8% por carrera profesional y 85.7% por parte de posgrado.

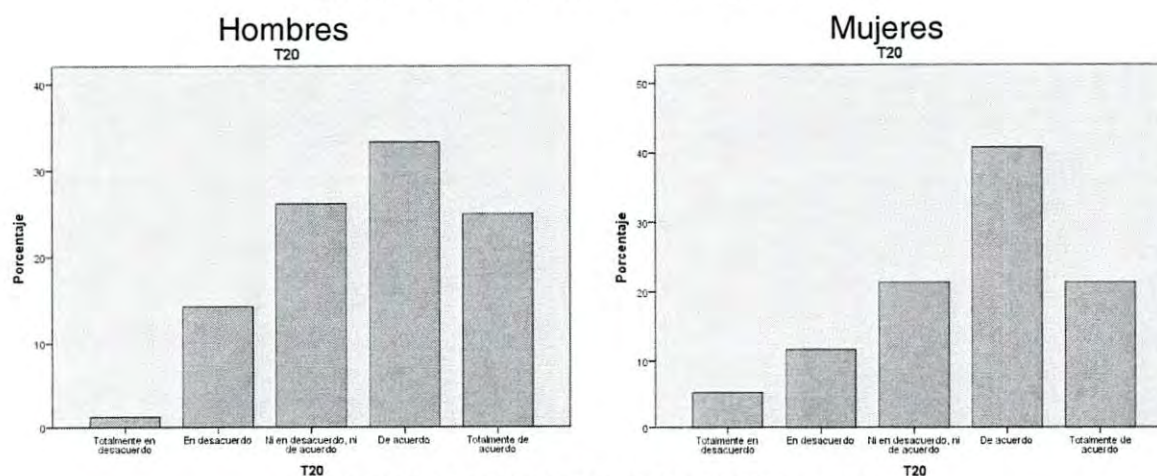
## ACCESO

- Variable Sexo

Por último, en la dimensión Acceso, los ítems con mayor variación fueron T3 y T4.



**Figura 4.79.** Comparación de ítem T3 entre sexo.

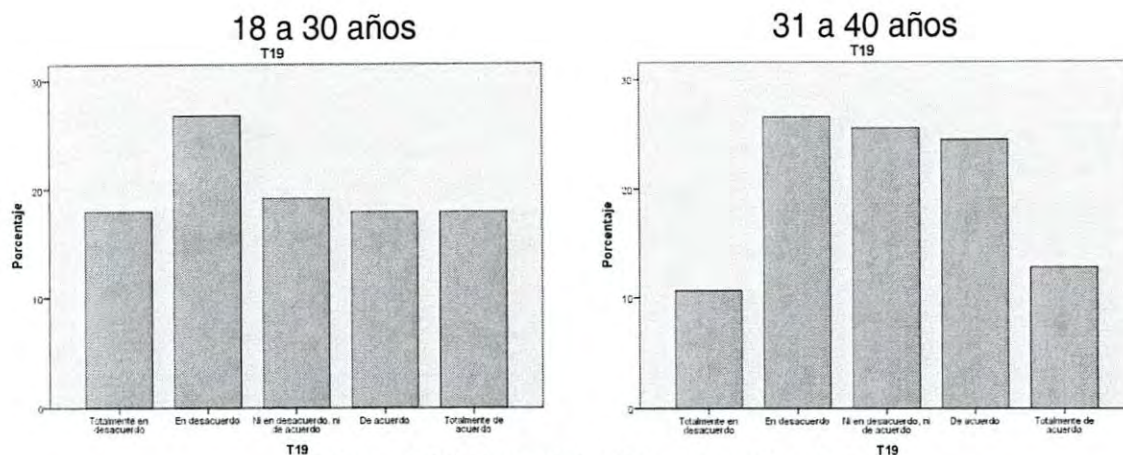


**Figura 4.80.** Comparación de ítem T4 entre sexo.

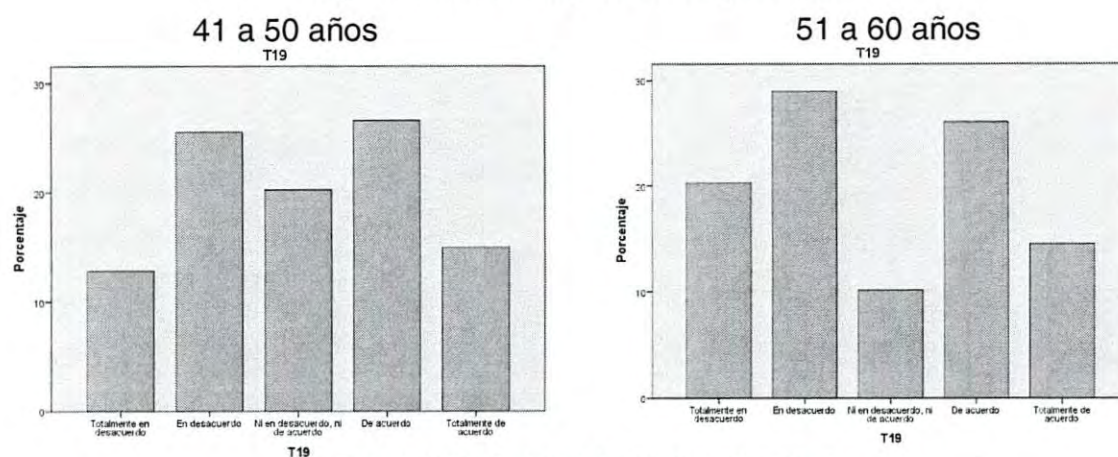
El ítem T3 presenta una tendencia a la respuesta “en desacuerdo” reflejada en un 61.3% por parte de los hombres y 61.3% por parte de las mujeres. Por otra parte el ítem T4 refleja una inclinación hacia la respuesta “de acuerdo” con una ligera disconformidad presentada por 41.7% por parte de hombres y mujeres.

- Variable Rango de Edad

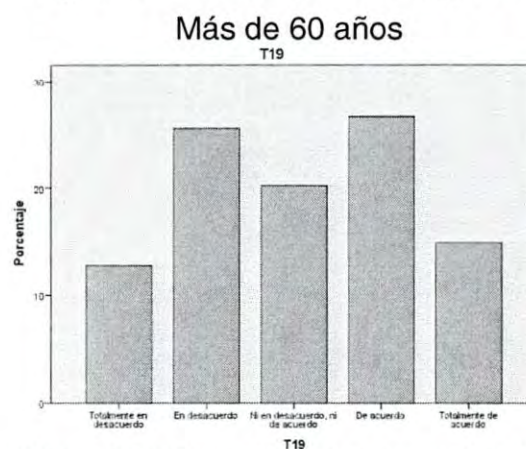
En el análisis de los rangos de edad se observó que permanecen con mayor variación los ítems T3. A continuación se observara el comportamiento en los rangos de edad más significativos de estos ítems.



**Figura 4.81.** Porcentaje T3 en rango de edad.



**Figura 4.82.** Porcentaje T3 en rango edad.

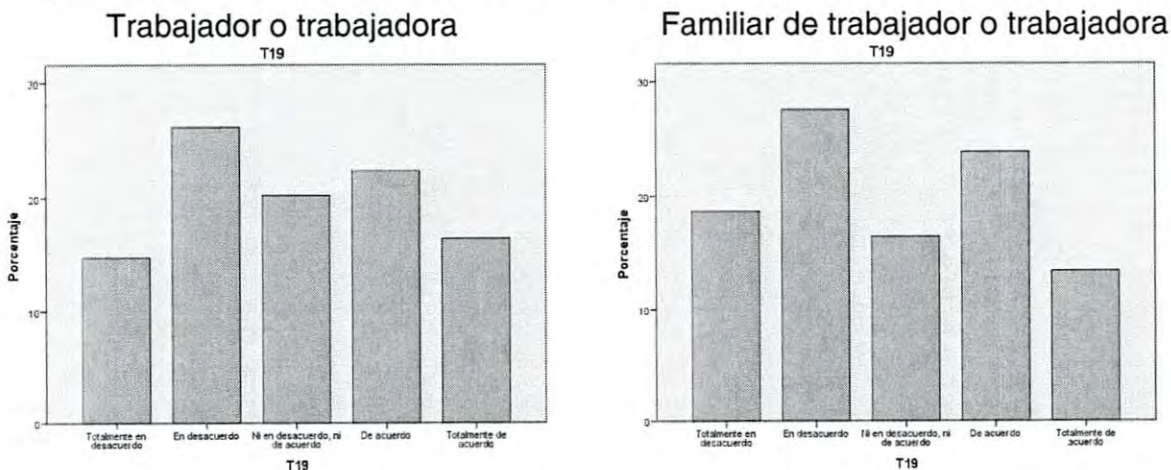


**Figura 4.83.** Porcentaje T3 en rango de edad.

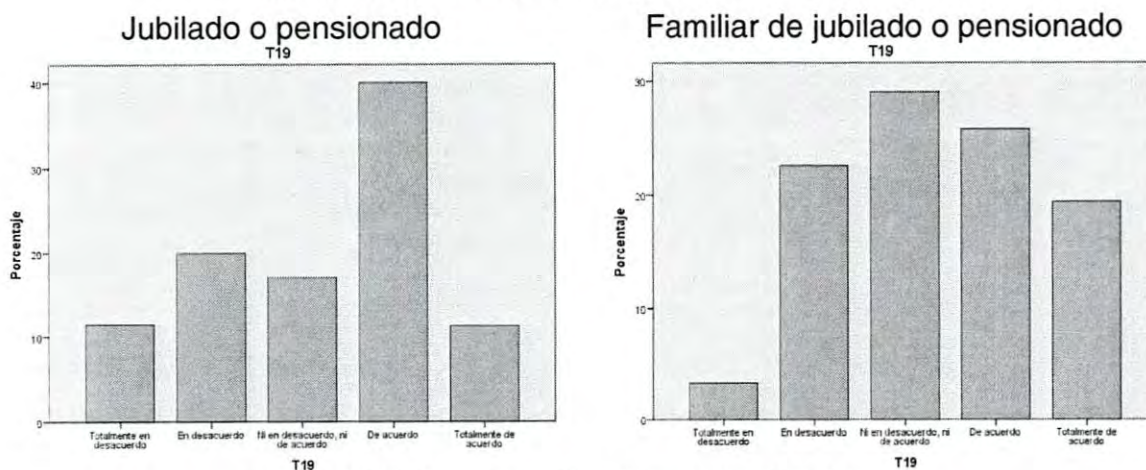
En el ítem T3 se observa que los grupos tienden hacia la respuesta “en desacuerdo”, esto es expresado por 64.1% del grupo 18 a 30 años, 62.8% del grupo 31 a 40 años, 58.5% del grupo 41 a 50 años, 59.4% del grupo 51 a 60 años y 53.1% del grupo de más de 60 años.

- Variable Tipo de derechohabiente

En el análisis de los rangos de edad se observó que permanecen con mayor variación los ítems T3. A continuación se observara el comportamiento en los rangos de edad más significativos de estos ítems.



**Figura 4.84.** Porcentaje T3 en tipo de derechohabiente.

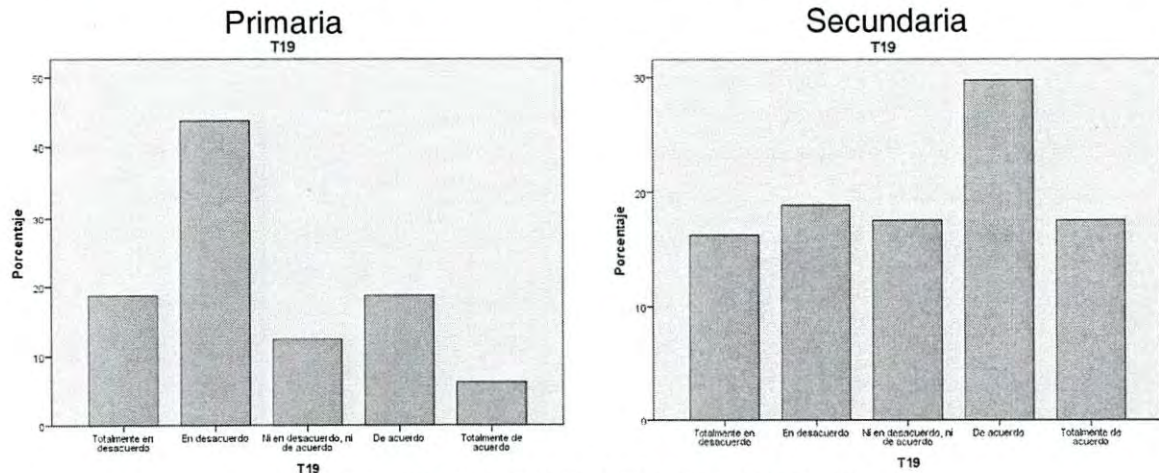


**Figura 4.85.** Porcentaje T3 en tipo de derechohabiente.

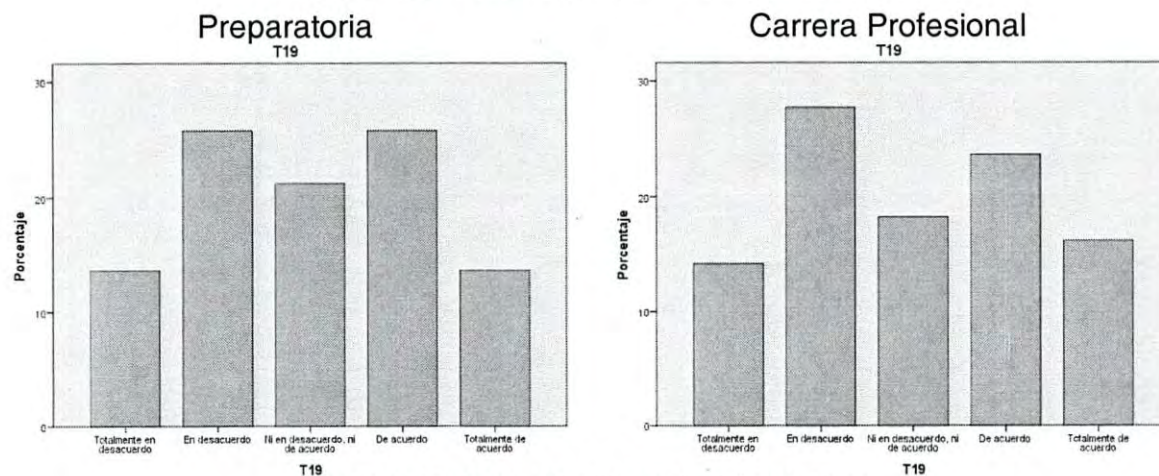
El ítem T3 muestra los siguientes resultados: los grupos de personas que son trabajadores y familiares de trabajadores tienen un 61.2% y 62.7% de inconformidad respectivamente para este ítem. Por otra parte, el grupo de jubilados o pensionados muestran un 48.6% de desconcierto teniendo una ligera manifestación de estar “de acuerdo” con este ítem. Por último, el grupo de familiar de jubilado o pensionado muestra una tendencia con un 54.8% a la respuesta “en desacuerdo”.

- Variable Nivel de Estudios

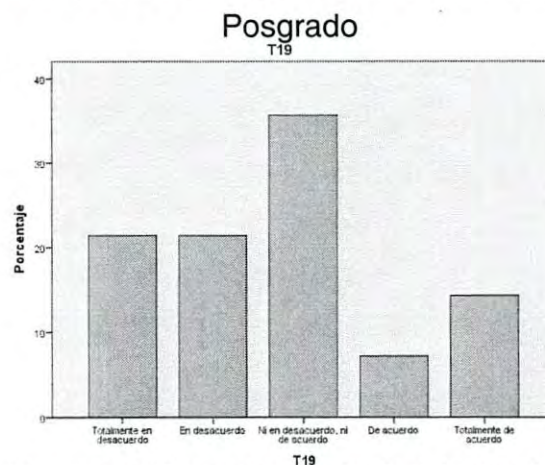
En el análisis de los niveles de estudio se observó que permanecen con mayor variación el ítem T3. A continuación se muestra su comportamiento:



**Figura 4.86.** Porcentaje T3 en nivel de estudios.



**Figura 4.87.** Porcentaje T3 en nivel de estudios.



**Figura 4.88.** Porcentaje T3 de nivel de estudios.

El ítem T3 muestra los siguientes resultados: los grupos de personas que son primaria, carrera profesional, posgrado muestran inconformidad respectivamente para este ítem. Por otra parte, el grupo de secundaria y preparatoria muestran tener una ligera manifestación de estar “de acuerdo” con este ítem.

#### 4.12.4 Factores que presenta mayor porcentaje de desacuerdo

A partir de los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta a la muestra representativa de la población de estudio, se presentan las variables del cuestionario y sus respectivos porcentajes de desacuerdo encontrados en cada una de ellas:

Porcentaje en desacuerdo por componentes					
Componente	Variable	% en desacuerdo	Componente	Variable	% en desacuerdo
Fiabilidad	F1	33.6	Infraestructura	T1	76.8
	<b>F2</b>	<b>46.9</b>		T2	45.3
	F3	37.8		T5	52.9
	<b>F4</b>	<b>44</b>		T6	58.1
	F5	39.8			
	<b>E3</b>	<b>43.8</b>			
	<b>C2</b>	<b>60.2</b>			
Empatia	E1	29.7	Acceso	T3	60.2
	E2	34.9		T4	39.6
	E4	34.1			
	E5	32.6			
	<b>E6</b>	<b>41.7</b>			
	E7	22.7			
	C1	29.3			
	C3	32.6			
	C4	36.7			

**Tabla 4.12.** Porcentaje en desacuerdo por componentes.

<b>Porcentaje en desacuerdo por Sexo</b>			
		<b>% en desacuerdo</b>	
<b>Componente</b>	<b>Variable</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Fiabilidad</b>	<b>F2</b>	<b>47</b>	<b>46.8</b>
	<b>F4</b>	<b>42.9</b>	<b>44.9</b>
	<b>E3</b>	<b>74.4</b>	<b>45.8</b>
	<b>C2</b>	<b>60.7</b>	<b>56.7</b>
<b>Empatia</b>	<b>E6</b>	<b>38.1</b>	<b>44.4</b>
<b>Infraestructura</b>	<b>T1</b>	<b>74.4</b>	<b>78.7</b>
	<b>T2</b>	<b>47.6</b>	<b>43.5</b>
	<b>T5</b>	<b>57.7</b>	<b>49.1</b>
	<b>T6</b>	<b>56.5</b>	<b>59.3</b>
<b>Acceso</b>	<b>T3</b>	<b>61.3</b>	<b>59.3</b>

*Tabla 4.13.* Porcentaje en desacuerdo por sexo.

<b>Porcentaje en desacuerdo por Rango de edad</b>						
		<b>% en desacuerdo</b>				
<b>Componente</b>	<b>Variable</b>	<b>18 a 30 años</b>	<b>31 a 40 años</b>	<b>41 a 50 años</b>	<b>51 a 60 años</b>	<b>Mas de 60 años</b>
<b>Fiabilidad</b>	<b>F2</b>	<b>46.2</b>	<b>41.5</b>	<b>52.1</b>	<b>47.8</b>	<b>46.9</b>
	<b>F4</b>	<b>47.4</b>	<b>46.8</b>	<b>44.7</b>	<b>42</b>	<b>34.7</b>
	<b>E3</b>	<b>43.6</b>	<b>48.9</b>	<b>41.5</b>	<b>43.5</b>	<b>38.8</b>
	<b>C2</b>	<b>59</b>	<b>60.6</b>	<b>59.6</b>	<b>63.8</b>	<b>57.1</b>
<b>Empatia</b>	<b>E6</b>	<b>38.5</b>	<b>38.3</b>	<b>50</b>	<b>40.6</b>	<b>38.8</b>
<b>Infraestructura</b>	<b>T1</b>	<b>76.9</b>	<b>79.8</b>	<b>74.5</b>	<b>72.5</b>	<b>81.6</b>
	<b>T2</b>	<b>47.4</b>	<b>46.8</b>	<b>40.4</b>	<b>44.9</b>	<b>49</b>
	<b>T5</b>	<b>52.6</b>	<b>51.1</b>	<b>60.6</b>	<b>50.7</b>	<b>44.9</b>
	<b>T6</b>	<b>60.3</b>	<b>55.3</b>	<b>56.4</b>	<b>59.4</b>	<b>61.2</b>
<b>Acceso</b>	<b>T3</b>	<b>64.1</b>	<b>62.8</b>	<b>58.5</b>	<b>59.4</b>	<b>53.1</b>

*Tabla 4.14.* Porcentaje en desacuerdo por rango de edad.

Porcentaje en desacuerdo por Tipo de derechohabiente					
		% en desacuerdo			
		Trabajador o Trabajadora	Familiar Trabajador o Trabajadora	Jubilado, Jubilada y/o Pensionado o Pensionada	Familiar de Jubilado, Jubilada y/o Pensionado o Pensionada
Componente	Variable				
Fiabilidad	F2	46.4	44.8	48.6	54.8
	F4	42.6	44.8	48.6	41.9
	E3	44.8	42.5	42.9	41.9
	C2	60.7	58.2	74.3	48.4
Empatia	E6	38.3	44	45.7	45.2
Infraestructura	T1	78.7	71.6	82.9	80.6
	T2	45.4	48.5	40	35.5
	T5	52.5	57.5	54.3	32.3
	T6	55.2	61.9	65.7	48.4
Acceso	T3	61.2	62.7	48.6	54.8

Tabla 4.15. Porcentaje en desacuerdo por tipo de derechohabiente.

Porcentaje en desacuerdo por Nivel de estudios						
		% en desacuerdo				
		Primaria	Secundaria	Preparatoria	Carrera	Posgrado
Componente	Variable					
Fiabilidad	F2	68.8	40.5	43.9	47.3	78.6
	F4	62.5	25.7	45.5	50	42.9
	E3	56.3	35.1	47	42.6	57.1
	C2	75	55.4	61.4	58.1	78.6
Empatia	E6	75	32.4	43.2	41.2	42.9
Infraestructura	T1	81.3	64.9	79.5	77.7	100
	T2	50	40.5	46.2	43.2	78.6
	T5	81.3	44.6	56.1	50.7	57.1
	T6	75	52.7	55.3	58.8	85.7
Acceso	T3	75	52.7	60.6	60.1	78.6

Tabla 4.16. Porcentaje en desacuerdo por nivel de estudios.



En la tabla 4.12, se muestra los diferentes porcentajes en desacuerdo alrededor de los reactivos de cada componente. Para la selección de estos reactivos, se tomó el criterio de escoger aquellos que presenten un porcentaje mayor a 40%, mostrando una alta tendencia a estar en desacuerdo y por ello se puede apreciar en la tabla 4.12 que los ítems F2, F4, E3, C2, E6, T1, T2, T5, T6 y T3 son los ítems que presentaron esta característica.

Por otra parte, se realizaron las Tablas 4.13, 4.14, 4.15 y 4.16 respectivamente al sexo, rango de edad, tipo de derechohabiente y nivel de estudios, con el fin de visualizar la tendencia de los reactivos seleccionados con el perfil de la persona encuestada.

### 4.13 Propuesta de Mejora

En base a los resultados obtenidos del diagnóstico utilizando el instrumento de medición y el análisis de estos resultados con varios expertos en materia de salud, a continuación se presenta una serie de propuestas con el objetivo de mejorar la calidad del servicio en el departamento de urgencias. La forma en la que se presenta cada propuesta será de la siguiente manera:

1. Ítem
2. Problema identificado
3. Beneficios al corregir problema
4. Herramientas o Recursos necesarios para la aplicación

Este esquema de presentación de cada una de las propuestas se formula para tener un mejor entendimiento y facilitar la lectura, y para realizar una fácil implementación por parte de la institución.

1. **Ítem:** F2 – En Urgencias, terminan el servicio en un tiempo adecuado.

**Problema identificado:** En el análisis general de la variables, el ítem F2 demuestra una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” con un 46.9% lo equivalente a 180 personas. Las variables del perfil de la persona encuestada presentan la variable F2 tiene tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo”. Los

perfiles que presentaron esta tendencia fueron hombres o mujeres con un 47% y 46.8% respectivamente. En el tipo de derechohabiente, las personas jubiladas mostraban 48.6% y familiar de jubilado 54.8% siendo los altos porcentajes en desacuerdo. Los grupos de personas con diferente nivel de estudios mostraron desacuerdo, sin embargo las que mostraron alto desacuerdo fueron primaria y posgrado expresaron desacuerdo con un 68.8% y 78.6% respectivamente. Por ultimo las variables con alto desacuerdo en el rango de edad fueron las personas con 41 a 50 años de edad con 52.1% seguido por 47.8% de las personas con 51 a 60 años de edad.

**Herramientas o Recursos necesarios para la aplicación:**

- Establecer cambios de turno, cuyos tiempos de traslape entre los médicos de un turno y otro sean incrementados en un tiempo necesario, para la transferencia adecuada de información del estados de los pacientes y del sistema.
- Incrementar el número de médicos y enfermeras que permita la disponibilidad del servicio en consulta de urgencias y observación.

**Beneficios al corregir problema:**

- Incrementar la eficiencia de la transferencia de información de los pacientes entre médicos de los diferentes turnos, evitando pérdidas de tiempo.
- Obtener mayor disponibilidad de personal que realice diagnósticos y atención a los pacientes.

2. **Ítem:** F4 – El personal de urgencias se interesa en mis problemas y por su solución.

**Problema identificado:** En el análisis general de la variables, el ítem C2 demuestra una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” con un 60.2% lo equivalente a 231 personas. Las variables del perfil de la persona encuestada exhiben que la variable C2 tiene fuerte tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” en la variable sexo en hombres o mujeres con un 42.9% y 44.9% respectivamente. Los más altos porcentajes presentados en tipo de

derechohabiente fueron Familiar del jubilado con 54.8% y jubilado y pensionado con 48.6%. En el nivel de estudios, los más altos porcentajes en desacuerdo fueron personas con primaria expresado por 62.5% y carrera profesional con 50%. Por ultimo en el rango de edad, los rangos con mayor porcentaje en desacuerdo fueron 18 a 30 años con 47.4 y 31 a 40 años con 46.8%.

**Herramientas o Recursos necesarios para la aplicación:**

- Establecer el número adecuado de personal médico que incremente la capacidad de atención, lo cual facilite el interés por los problemas y necesidades que presenten pacientes con diferentes complicaciones.
- Asignar la responsabilidad del desempeño y cumplimiento adecuado de funciones para el aseguramiento de la correcta atención al paciente y solución de sus necesidades.
- Grupos de supervisión de las actividades realizadas por el personal del servicio de urgencias, para verificar que las actividades asignadas a cada miembro del servicio se esté realizando correctamente.

**Beneficios al corregir problema:**

- El personal tendrá mayor capacidad y disponibilidad para mantener siempre informado al paciente sobre su estado de salud y para solucionar sus problemas.
- Se tendrá mayor conformidad con los servicios que brinda área de urgencias, debido a su incremento de capacidad y disposición.
- El personal será capaz de administrar su tiempo, al enfocar sus esfuerzos al cumplimiento adecuado de funciones.
- El personal será capaz de brindar mayor tiempo hacia los pacientes, ya que sus actividades serán realizadas a tiempo.
- Será posible monitorear las actividades que realiza el personal de urgencias, asegurando el cumplimiento consiente de tareas.

3. **Ítem:** E3 – El personal de urgencias comprende mis necesidades médicas.

**Problema identificado:** El análisis general de la variables muestra que E3 es el segundo ítem más afectado del componente Fiabilidad, demostrando una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” con un 43.8% lo equivalente a 168 personas. Las variables del perfil de la persona encuestada exhiben que la variable E3 presenta disconformidad entre hombre y mujer. En los diferentes tipos de derechohabiente, se tiene que los trabajadores tiene 44.8% de desacuerdo con este ítem, esto equivale a 172 personas.

**Herramientas o Recursos necesarios para la aplicación:**

- Realizar un estudio estadístico sobre la necesidad de incrementar las plazas del recurso humano del servicio de urgencias.
- Establecer un plan de comunicación de mejora con la atención a pacientes, estableciendo concientización periódica de la percepción del paciente.

**Beneficios al corregir problema:**

- Mejora de la capacidad en la atención de los pacientes dando cobertura a la demanda, con mayor disposición e interés.

Obtener una mejor comunicación con el paciente para así tener fluidez en el servicio y lograr mayor conciencia del trato que se brinda.

4. **Ítem:** C2 – El tiempo de espera para ser atendido por un médico de Urgencias es corto.

**Problema identificado:** En el análisis general de la variables, el ítem C2 demuestra una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” con un 60.2% lo equivalente a 231 personas. Las variables del perfil de la persona encuestada exhiben que la variable C2 tiene fuerte tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo”. Los perfiles que presentaron esta tendencia fueron hombres o mujeres con un 60.7% y 59.7% respectivamente, trabajadores con 60.7% y jubilados con 74.3%, personas con primaria expresado por 75% y posgrado con 78.6%, en un rango de edad de entre 31 a 50 años que oscilan un porcentaje desde 57% hasta 63.8%.

**Herramientas o Recursos necesarios para la aplicación:**

- Canalización inmediata de pacientes para la aplicación de Triage, método de selección y clasificación de pacientes, basada en sus requerimientos terapéuticos y los recursos disponibles. Para que este método sea correctamente aplicado se debe considerar personal dedicado a la implementación de este sistema para un eficiente desempeño.
- Para los pacientes que presenten bajos niveles de padecimiento, establecer médicos generales que atiendan esta clase de dolores para generar mayor flujo de pacientes, y brindar mayor atención a los pacientes con grandes afectaciones.
- Pantalla o monitor que brinde información del estado del sistema del departamento de urgencias e información clínica de los pacientes.

**Beneficios al corregir problema:**

- Reducción en los tiempos utilizando una clasificación de pacientes dependiendo de su gravedad y alta demanda que se presenta.
- Disminución del tiempo de espera al realizar una programación de entrada y salida de los doctores del departamento de urgencias, dejando atrás largos periodos de cambio de turno.
- Mejor flujo y asistencia de pacientes para ser atendidos sin importar que atención se requiera.
- Crear consciencia e información a los pacientes porque los sistemas.

5. **Ítem:** E6 – El personal de urgencias (enfermería y administrativo) muestran interés en solucionar cualquier dificultad que se me presenta.

**Problema identificado:** El análisis general de la variables muestra que E6 es un ítem afectado del componente Empatía, demostrando una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” con un 41.7% lo equivalente a 160 personas. La variable sexo, demuestra solo un grado en desacuerdo por parte de las mujeres, esto manifestado por 44.4%. En los diferentes tipos de derechohabiente se presenta desacuerdo en familiar de trabajador con 44%, jubilado y pensionado con

45.7%, y familiares de jubilado con 45.2%. Por otra parte, en la variable rango de edad únicamente mostraron desacuerdo los grupos de encuestados con 41 a 50 años con un 50% y el grupo de encuestados con 51 a 60 años con un 40.6%.

**Herramientas o Recursos necesarios para la aplicación:**

- Incrementar el número de personal que mejore la capacidad de atención por parte del personal de enfermería y administrativo.
- Desarrollar un plan de formación moral y ética para el personal de enfermería y administrativo sobre el trato, formas de comunicación y estrategias de resolución eficaz de problemas, lo cuales promuevan el interés y concientización sobre las necesidades de los pacientes que demandan su atención.

**Beneficios al corregir problema:**

- Se incrementará el tiempo para la atención a los pacientes, promoviendo el trato digno.
- El personal tendrá conciencia de la responsabilidad de brindar la atención necesaria para el cumplimiento eficaz de su trabajo.

6. **Ítem:** T1 – Las instalaciones están en buen estado y son adecuadas (Ejemplo: Sala de espera, sillas, mesas, baños, etc.).

**Problema identificado:** El análisis general de la variables muestra que T1 es un ítem afectado del componente Infraestructura, demostrando una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” con un 76.8% lo equivalente a 295 personas. El ítem T1, en cada variable del perfil de persona, muestra una fuerte tendencia hacia la respuesta en desacuerdo mostrándose porcentajes que fluctúan desde 74% hasta un 82.9%.

**Herramientas o Recursos necesarios para la aplicación:**

- Requerir la adquisición de equipo médico, informático y mobiliario nuevo definido a partir de las necesidades y presupuesto disponible en el departamento de urgencias.
- Ampliar y mejorar el área de observación y monitoreo.

- Mantener limpieza constante de las áreas.

**Beneficios al corregir problema:**

- Se contará con recursos que posibiliten el mejor desempeño de funciones.
- Se tendrán más espacios para la atención al paciente ampliando la capacidad del departamento.

7. **Ítem:** T2 – El personal de Urgencias tiene una apariencia cuidada y limpia.

**Problema identificado:** El análisis general de la variables muestra que T1 es un ítem afectado del componente Infraestructura, demostrando una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” con un 76.8% lo equivalente a 295 personas. El ítem T1, en cada variable del perfil de persona, muestra una fuerte tendencia hacia la respuesta en desacuerdo mostrándose porcentajes que fluctúan desde 74% hasta un 82.9%.

**Herramientas o Recursos necesarios para la aplicación:**

- Establecer políticas de la presentación personal de los trabajadores en urgencias.

**Beneficios al corregir problema:**

- Brindar mayor confianza y agrado en el trato a los pacientes.

8. **Ítem:** T5 – El acceso al área de urgencias es el adecuado.

**Problema identificado:** El análisis general de la variables muestra que T5 es un ítem afectado del componente Infraestructura, demostrando una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” con un 52.9% lo equivalente a 203 personas. Este ítem presenta alrededor de las variables del perfil de la persona encuestada fuertes tendencia hacia la respuesta en desacuerdo, presentado en la variable sexo por 57.7% de hombres y 49.1% de mujeres. En el rango de edad, se tiene altos porcentajes que fluctúan desde 44.9% a 60.6% en desacuerdo con todas las edades. En la variable tipo de derechohabiente se tuvieron porcentajes que fluctúan entre 52.5% hasta 57.5% en los grupos de trabajador, familiar de trabajador y jubilado. Por ultimo en la variable nivel de estudios se tiene índice de

desacuerdo en todos los grupos, donde los porcentajes van desde 44.6% hasta 81.3%.

**Herramientas o Recursos necesarios para la aplicación:**

- Realizar un estudio de pre factibilidad del servicio de urgencias.
- Realizar presupuesto para reubicar el servicio de urgencias.

**Beneficios al corregir problema:**

- Evaluar la posibilidad de reubicar o mejorar el espacio actual que el servicio de urgencias cuenta, obteniendo un mejor acceso y espacio físico.

9. **Ítem:** T6 – Urgencias cuenta con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes.

**Problema identificado:** El análisis general de la variables muestra que T6 es un ítem afectado del componente Infraestructura, demostrando una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” con un 58.1% lo equivalente a 223 personas. El ítem T6 revela una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” por medio de un 56.5% de desagrado por parte de los hombres y 59.3% de desagrado por parte de las mujeres. El ítem T6 muestra en todos los rangos de edad, descontento representado por 60.3%, 55.3%, 56.4%, 59.4% y 61.2% respectivamente. La variable tipo de derechohabiente en el ítem T6 muestra desacuerdo alrededor de todos los grupos, presentado por porcentajes que oscila entre 48.4% y 61.9%. Por último el ítem T6 muestra una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” en todos los niveles de estudios que fluctúan entre 55% y 85%.

**Herramientas o Recursos necesarios para la aplicación:**

- Realizar estudio estadístico sobre las necesidades de incrementar las plazas del recurso humano del servicio de urgencias.
- Asegurar la disposición de personal para brindar orientación a los pacientes.

**Beneficios al corregir problema:**

- Se estará en posibilidad de brindar mayor información a pacientes y familiares.



10. **Ítem:** T3 – Los estacionamientos están cerca de la entrada de Urgencias.

**Problema identificado:** El análisis general de la variables muestra que T5 es un ítem afectado del componente Infraestructura, demostrando una tendencia hacia la respuesta “en desacuerdo” con un 60.2% lo equivalente a 231 personas. El ítem T3 presenta una tendencia a la respuesta “en desacuerdo” reflejada en un 61.3% en los hombres y 61.3% por parte de las mujeres. Además, el ítem T3 se observa que todos grupos de rango de edad tienden hacia la respuesta “en desacuerdo”, esto es expresado por porcentajes que van desde 53.1% hasta 64.1%. Asimismo, El ítem T3 muestra que los resultado, para la variable tipo de derechohabiente, fluctúan entre 48.6% hasta 62.7% En la variable nivel de estudios, el ítem T3 muestra alrededor de todos los grupos porcentajes que oscilan entre 52 % hasta 78%.

**Herramientas o Recursos necesarios para la aplicación:**

- Revisar los planos de construcción del hospital y realizar un presupuesto para llevar a cabo la ampliación del estacionamiento.
- Designar varios estacionamientos exclusivos para el uso de pacientes que reciban atención urgente, incluyendo el correcto diseño para personas inválidas o de la tercera edad.

**Beneficios al corregir problema:**

- Los pacientes y sus acompañantes no tendrán dificultad de encontrar algún estacionamiento en el momento de una necesidad médica grave.
- Los pacientes con discapacidad o de la tercera edad tendrá varios estacionamientos amplios y disponibles para sus necesidades fisiológicas.

## 5 CONCLUSIONES

Conforme a lo presentado en el trabajo de tesis, se consiguió desarrollar una propuesta para la mejora de la calidad del servicio de atención al paciente del área de Urgencias del Hospital General del ISSSTE “Dr. Fernando Ocaranza”, el cual fue el objetivo principal planteado. Para obtener dichos resultados, se comenzó por establecer la metodología que permitió contestar a los objetivos e hipótesis establecidos, y que a su vez, se obtuvieran resultados de fácil entendimiento e interpretación. Para alcanzar estos objetivos se llevó a cabo:

### **1. La identificación y definición de variables y dimensiones a medir del servicio de urgencias:**

Para el cumplimiento de este objetivo se realizó la redefinición fundamental de las variables de investigación, el lugar donde se recolectaron los datos, el propósito de tal recolección, cuándo fueron medidos, y el tipo de datos a obtener. Asimismo, la revisión enfocada a la literatura permitió encontrar instrumentos o sistemas de medición que utilizaran variables y componentes similares al propósito de nuestra investigación. Como resultado obtuvimos una tabla que menciona diferentes dimensiones utilizadas para medir la calidad del servicio por varios autores, las cuales se adecuaban al contexto de esta investigación para el diseño de un nuevo instrumento.

### **2. Desarrollar un instrumento de medición contemplando las dimensiones, variables y particularidades de estudio en los servicios de salud en Urgencias:**

En este estudio se optó por realizar un instrumento propio tomando como referencia la revisión bibliográfica realizada, la información previa proporcionada por los trabajadores del lugar de estudio, la escala utilizada por otros cuestionarios similares. Posteriormente se definió el formato para el cuestionario y una explicación de cada uno de las dimensiones y el objetivo de la herramienta.

Cuando se realizó el instrumento, se consideró la codificación de cada uno de los reactivos para identificar con facilidad las categorías del instrumento.

**3. Validar y aplicar el instrumento de medición que identifique cuáles características del servicio son las más importantes según la percepción del paciente:**

Para el cumplimiento de este objetivo se realizó una prueba piloto que implicó administrar el instrumento a una pequeña muestra para probar su conveniencia y eficacia además de calcular la confiabilidad y validez inicial del instrumento. Como resultado se optó por eliminar algunos de los ítems, dada la relevancia que presentaban en los encuestados para finalmente construir una versión definitiva para ser aplicada.

**4. Seleccionar las características prioritarias del servicio para mejorar su calidad, dada su relevancia y viabilidad:**

Para la selección de los reactivos que representan las características prioritarias para los pacientes y que se consideraron que deben de ser mejoradas, se tomaron aquellos ítems que mostraban tener un porcentaje mayor a 40% de respuestas de desacuerdo. De esta manera, se encontraron un total de diez ítems con esta relevancia. Asimismo, se observó que dentro de todas las dimensiones de este estudio se encontraba al menos un ítem con este porcentaje.

**5. Proponer estrategias de mejora de la calidad del servicio al paciente en el área de urgencias a partir del análisis de las características prioritarias para los pacientes y la viabilidad de aplicación del hospital:**

A partir de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de medición, su análisis y la consulta de varios expertos en materia de salud, se desarrollaron estrategias para la mejora de la calidad respecto a los 10 ítems detectados en el estudio. Estas estrategias son presentadas definiendo el problema identificado, los beneficios y las herramientas para la aplicación de las mejoras.

Una mayoría significativa de pacientes acuden al servicio de urgencias como primera opción de respuesta a su problema de salud y sin que su situación sea realmente urgente. Esto es debido a que el concepto salud y enfermedad, así como otros conceptos relacionados como el uso de los diversos servicios sanitarios, está influenciado por el entorno y factores psicosociales. Las circunstancias que hacen que un paciente acuda a un servicio de urgencias hospitalario a veces hace que sea considerada como banal por el personal sanitario, aunque son justificables desde el punto de vista de la sociedad, la cual es cada vez más exigente en cuanto a la rapidez y complejidad de las soluciones ofertadas por el sistema sanitario al usuario.

La actitud del paciente de acudir como primera opción a un servicio de urgencias hospitalario no se debe tomar sólo como una actitud aprendida o como una muestra de los cambios sociolaborales de la sociedad, sino como una crítica al sistema sanitario actual que no da las respuestas que la sociedad demanda. No sólo hemos de considerar la educación sanitaria dirigida a un adecuado uso de los servicios sanitarios como la herramienta a usar para paliar el uso de las urgencias hospitalarias como primera opción del usuario, se ha de considerar la necesidad de evaluar al propio sistema sanitario para dar una respuesta más eficaz al ciudadano.

Durante el análisis de las variables dentro del apartado de factores que presenta mayor porcentaje de desacuerdo y en el desarrollo de las propuestas de mejora, fue respondida la hipótesis planteada al inicio de esta investigación. El estudio de la percepción de los pacientes sí permitió desarrollar propuestas que se utilicen para mejorar el servicio de Urgencias.

## **5.1 Trabajos Futuros**

Del presente documento de tesis, se pueden derivar algunas líneas de investigación que pueden servir como trabajos futuros:

Un trabajo futuro en esta institución, sería la reproducción de este instrumento en diferentes tiempos ayudando a llevar a cabo un monitoreo periódico de la calidad del servicio brindado y así identificar más oportunidades de mejora.

El análisis realizado en el área de urgencias del Hospital General del ISSSTE “Dr. Fernando Ocaranza” puede ser replicado en otros niveles de atención en este caso para hospitalización y consulta externa, lo cual representa un trabajo futuro en dicha institución.

## 6 REFERENCIAS

Alteco Consultores, 2012. *SERVPERF: una alternativa al SERVQUAL para evaluar la Calidad de Servicio*. [En línea] (Actualizado el 1 de Junio de 2012). Disponible en: <<http://www.aiteco.com/servperf-una-alternativa-al-servqual/>> [Consultado el 30 de Octubre de 2012].

Babbie, E.R., 2009. *The practice of social research*. 12a Ed. Belmont: Thomson Wadsworth.

Bohrnstedt, G.W., 1976. *Evaluación de la confiabilidad y validez en la medición de actitudes*. México: Trillas.

Cabello, E. y Chirinos, J.L., 2012. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Médica Herediana*, 23(2), pp. 88-95.

Calixto-Olalde, M.G., Sawada, N.O., Hayashida, M., Mendes, I.A.C., Trevizan, M.A. y De Godoy, S., 2011. Escala Servqual: Validación en población Mexicana. *Texto e Contexto Enfermagem*, 20, pp. 326-333.

Cisneros-Campos, A., León-Duarte, J.A. y Taylor, J., 2013. SERVQUAL-SERVPERF: Pertinencia en la medición de la calidad del servicio del área de urgencias hospitalarias. VI Simposio Internacional de Ingeniería Industrial: Actualidad y Nuevas Tendencias 2013, 6, pp. 99-109.

Coughlan, M., Cronin, P. y Ryan, F., 2009. Survey research: Process and limitations. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16, pp. 9-15.

Creswell, J.W., 2009. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed method approaches*. 3a Ed. Thousand Oaks: Sage Publications.

Cronbach, J., 1951. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), pp. 297-334.

Cronin, J.J. y Taylor, S.A., 1992. Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), pp. 55-68.

Cuadras, C.M., 2007. *Nuevos métodos de análisis Multivariante*. Barcelona: CMC Editions.

Deming, W.E., 1989. *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Fink, A., 2013. *How to conduct surveys: a step-by-step guide*. 5ta Ed. Thousand Oaks: Sage Publications.

Fontalvo, T.J. y Vergara, J.C., 2010. *La gestión de la calidad en los servicios ISO 9001:2008*. [En línea] España: B - EUMED. Disponible en: <<http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10577077>> [Consultado el 30 de Octubre de 2012].

Gall, M.D., Gall, J.P. y Borg, W.R., 2003. *Educational research: an introduction*. Boston: Allyn and Bacon.

González-Valentín, A., Padín-López, S. y Garrido, R., 2005. Patient Satisfaction with nursing care in a Regional University Hospital in Southern Spain. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(1), pp. 63-72.

Grinnell, R.M. y Unrau, Y.A., 2005. *Social work research and evaluation: quantitative and qualitative approaches*. New York: Oxford University Press.

Grinnell, R.M., Williams, M. y Unrau, Y.A., 2009. *Research methods for BSW students*. 8a Ed. Kalamazoo: Pair Bond Publications.

Grolund, N.E., 1990. *Measurement and evaluation in teaching*. 6a Ed. New York: Macmillan.

Harrington, H.J. y Harrington, J.S., 1997. *Administración total del mejoramiento continuo: la nueva generación*. Bogotá: McGraw-Hill.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P., 2010. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2011. *Urgencias*. [En línea]. Disponible en: <http://sgm.issste.gob.mx/medica/issstemergencias.php#> [Consultado el 29 de Noviembre de 2012].

Johnson, R. y Wichern, D., 1992. *Applied Multivariate Statistical analysis*. Prentice Hall.

Julia, M., 2002. *Gestión de calidad aplicada a hostelería y restauración*. Madrid: Pearson Educación.

Juran, J.M., 1990. *Juran y la planificación para la calidad*. Madrid: Díaz de Santos.

Kerlinger, F.N., 1979. *Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento*. México: Nueva Editorial Interamericana.



Ledesma R. Molina Ibáñez G. y Valero Mora P., 2002. Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos. *Psico-USF*, 7(2), pp.143-152.

Mangkolrat, S., 2008. Foreign patient customer satisfaction with private hospital service, A thesis on Public Health Programme in health Systems Development, College of Public Health Science, Chulalongkorn University.

Martínez, C., 2007. *Estrategia SUMAR. Si Calidad*. [En línea] Disponible en: <[http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/foros/mesas\\_tema/mesa9\\_p1.ppt](http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/foros/mesas_tema/mesa9_p1.ppt)> [Consultado el 30 de Octubre de 2012].

Melo, L.F., Ramírez, J.M. y Ramos, M.A., 2005. *Construcción de un "Índice de Percepción de Riesgo" de los Mercados Financieros Globales*. Banco de la republica Subgerencia de Estudios Económicos.

Mertens, D.M., 2005. Research and evaluation in education and psychology: integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods. Thousand Oaks: Sage.

Moya, M.S., 2011. *Normas de actuación en urgencias / Performance standards in emergency*. 5a Ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana Sa de.

Mostafa, M.M., 2005. An empirical study of patients' expectations and satisfactions in Egyptian hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(7), pp. 516-532.

Neuman, W.L., 2009. *Social research methods: qualitative and quantitative approaches*. 7a Ed. Boston: Allyn and Bacon.

O'Connor, S.J., Trinh, H.Q. y Shewchuk, R.M., 2001. Perceptual gaps in understanding patient expectations for healthcare service quality. *Quality Management in Healthcare*, 9, pp. 26-42.

Organización Panamericana de la Salud, 2002. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. México: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Mundial de Salud, 2013. *Sistemas de Salud*. [En línea] (Actualizado el 12 de Enero de 2013). Disponible en: <[http://www.who.int/topics/health\\_systems/es/](http://www.who.int/topics/health_systems/es/)> [Consultado el 21 de Enero de 2013].

Parasuraman, A.; Zeithaml, V.A. y Berry, L.L., 1988. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64, pp. 12-40.

Parra, M., 2003. Conceptos básicos en salud laboral. Santiago de Chile, OIT.

Pascual, J.C., 2008. *SERVQUAL, un instrumento para medir la calidad en los servicios*. [En línea] (Actualizado 22 de Julio de 2008). Disponible en: <[http://www.rebiun.org/opencms/opencms/handle404?exporturi=/export/docReb/biblio\\_servqual.pdf&](http://www.rebiun.org/opencms/opencms/handle404?exporturi=/export/docReb/biblio_servqual.pdf&)> [Consultado el 18 de Febrero de 2013].

Punch, K., 2009. *Introduction to research methods in education*. Los Angeles: Sage.

Qin, H. y Prybutok V.R., 2009. *Perceived Service Quality in the Urgent Care Industry*. [En línea] (Actualizado el 13 de Marzo de 2009). Disponible en: <<http://www.swdsi.org/swdsi2009/Papers/9N03.pdf>> [Consultado el 18 de Febrero de 2013].

Qin, H. y Prybutok, V.R., 2013. A quantitative model for patient behavioral decisions in the urgent care industry. *Socio-Economic Planning Sciences*, 47, pp. 50-64.

Ramsaran-Fowdar, R.R., 2005. Identifying health care quality attributes. *Journal of Health and Human Services Administration*, 27(4), pp. 428-443.

Ramsaran-Fowdar, R.R., 2008. The relative importance of service dimensions in a healthcare setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(1), pp. 104-124.

Reidenbach, E.R. y Sandifer-Smallwood, B., 1990. Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach. *Journal of Health Care Marketing*, 10(4), pp. 47-55.

Rencher, A.C., 2002. *Methods of Multivariate Analysis*. Wiley-Interscience publication. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Rodríguez, Y.A., Ochoa, M.J. y Torres, M.H., 2009. Instrumento para evaluar el nivel de satisfacción en los usuarios de los servicios asistenciales. *Ingeniería Industrial*, 30, pp. 1-7.

Rodríguez Jaume, M. J., Mora Catalá, R., & Universitat D'Alacant., 2001. *Estadística Informática: Casos y Ejemplos con el SPSS*. Alicante, Universidad de Alicante.

Secretaría de Salud, 2004. *NORMA Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica*. [En línea] (Actualizado el 4 de Marzo de 2004). Disponible en:

<<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/206ssa102.html>> [Consultado el 29 de Noviembre de 2012].

Secretaría de Salud, 2007. *Programa Nacional de Salud 2007-2012: por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. [En línea] México: Secretaría de Salud. Disponible en: <[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns\\_version\\_completa.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf)> [Consultado el 29 de Noviembre de 2012].

Secretaría de Salud, 2011. *Compromisos de calidad mediante acuerdos de gestión*. [En línea] (Actualizado el 7 de Marzo de 2012). Disponible en: <<http://www.calidad.salud.gob.mx/convocatorias/adg2.html>> [Consultado el 29 de Noviembre de 2012].

Secretaría de Salud, 2011. *PROYECTO de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica, para quedar como PROY-NOM-027-SSA3-2011, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica*. [En línea] Disponible en: <[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5234874&fecha=22/02/2012](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5234874&fecha=22/02/2012)> [Consultado el 29 de Noviembre de 2012].

Secretaria de Salud, 2013. Programa Sectorial de Salud 2013. [En línea]. Disponible en: <[http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce\\_salud/prosesa/pdf/programa.pdf](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf)> [Consultado el 29 de Noviembre de 2012].

Siarni, S. y Gorji, M., 2012. The measurement of service quality by using SERVQUAL and quality gap model. *Indian Journal of Science and Technology*, 5(1), pp. 1956-1960.

Soleimanpour, H., Gholipouri, C., Salarilak, S., Raoufi, P., Vahidi, G., Rouhi, A., Ghafouri, R. y Soleimanpour, M., 2011. Emergency department patient satisfaction survey in Imam Reza Hospital, Tabriz, Iran. *International Journal of Emergency Medicine*, 4, pp. 1-7.

Strawderman, L. y Koubek R., 2006. Quality and usability in a student health clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19, pp. 225-36.

Streiner, D.L. y Norman, G.R., 2008. Health measurement scales: A practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press.

Vargas, M.E., y Aldana De Vega, L.A., 2007. Calidad y servicio: conceptos y herramientas. Bogotá, D.C., Ecoe Ediciones.

Villaseñor, A., y Galindo, E., 2007. Manual de Lean Manufacturing: guía básica. México: Tecnológico de Monterrey.

Wiersma, W. y Jurs, S.G., 2008. Research methods in education: An introduction. 9ª Ed. Belmont: F. E. Peacock.

Yesilada, F. y Direktor, E., 2010. Health Care Service Quality: A Comparison of Public and Private Hospitals. *African journal of Business Management*, 4(6), pp. 962-971.

## 7 ANEXOS

### 7.1 Prueba piloto

#### ENCUESTA DE OPINION SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS

La presente es una encuesta confidencial y anónima que forma parte de un trabajo de investigación que busca medir la calidad de los servicios de Urgencias, a partir de la información proporcionada por usted. Su participación para el desarrollo de este estudio es muy útil e importante si contesta con su franca y sincera opinión. *Muchas gracias por su apoyo.*

A continuación responda, llenando o marcando en el espacio, la respuesta que se le pide.

**FIABILIDAD:** CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL SERVICIO QUE SE PROMETE DE MANERA SEGURA Y PRECISA SELECCIONAR Y MARCAR LA RESPUESTA APROPIADA PARA CADA ENUNCIADO.

FIABILIDAD					
Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo, ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Los médicos de Urgencias me atienden bien desde la primera vez que voy a Urgencias.	1	2	3	4	5
No quisiera volver a Urgencias de este hospital porque el personal me dio mala atención.	1	2	3	4	5
En Urgencias, terminan el servicio en un tiempo adecuado.	1	2	3	4	5
Los médicos de Urgencias y yo tenemos la misma idea de lo que es el mejor cuidado para mi salud.	1	2	3	4	5
El personal se interesa en mis problemas y por su solución.	1	2	3	4	5
Soy atendido en Urgencias, sin importar mi condición socioeconómica, cultural o religiosa.	1	2	3	4	5
En Urgencias me atienden considerando la importancia de mi problema de salud.	1	2	3	4	5

**EMPATÍA:** HABILIDAD PARA ENTENDER LAS NECESIDADES, SENTIMIENTOS Y PROBLEMAS DE LOS DEMÁS, PONIÉNDOSE EN SU LUGAR, Y RESPONDIENDO CORRECTAMENTE A SUS REACCIONES EMOCIONALES.

EMPATÍA					
Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo, ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El personal de Urgencias me escucha atentamente y me trata	1	2	3	4	5

con amabilidad, respeto y paciencia.					
El personal de Urgencia me proporciona atención individualizada.	1	2	3	4	5
El personal de Urgencias comprende mis necesidades.	1	2	3	4	5
La atención de las enfermeras y técnicos paramédicos de Urgencias, en general es buena.	1	2	3	4	5
La atención del personal administrativo (ventanillas) de Urgencias, en general es buena.	1	2	3	4	5
El personal de Urgencias (enfermería y administrativo) muestra interés en solucionar cualquier dificultad que se me presenta.	1	2	3	4	5
El médico de Urgencias explica con palabras fáciles de entender el problema de salud, los procedimientos o análisis que se me realizan y el tratamiento (medicamentos, dosis y efectos adversos).	1	2	3	4	5

**CAPACIDAD DE RESPUESTA:** GRADO DE RESPUESTA FRENTE A LOS TIEMPOS, EL NÚMERO DE PACIENTES, EL TIPO DE ATENCIÓN, COMPROMISOS ADQUIRIDOS, ETC.

CAPACIDAD DE RESPUESTA					
Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo, ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El personal médico de Urgencias (médico, enfermeras, paramédicos) está bien informado, capacitado y tiene experiencia.	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico de Urgencias es corto.	1	2	3	4	5
La atención en el módulo de recepción (ventanilla) de Urgencias, es rápida.	1	2	3	4	5
El personal de Urgencias (médico, enfermeras, paramédicos) dedican el tiempo necesario para la atención a mi problema de salud.	1	2	3	4	5

**TANGIBLES:** APARIENCIA DE INSTALACIONES FÍSICAS, EQUIPOS, MATERIALES Y CUALQUIER RECURSO TANGIBLE QUE INFLUYA EN EL NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA.

<b>TANGIBLES</b>					
Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo, ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Las instalaciones están en buen estado y son adecuadas (Ejemplo: Sala de espera, sillas, mesas, baños, etc.)	1	2	3	4	5
Puedo acceder fácilmente a la información sobre el servicio de atención en Urgencias.	1	2	3	4	5
El personal de Urgencias tiene una apariencia cuidada y limpia.	1	2	3	4	5
Los estacionamientos están cerca de la entrada de Urgencias.	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber a dónde ir en Urgencias son claras y sencillas	1	2	3	4	5
El acceso al área de Urgencias es el adecuado.	1	2	3	4	5
Urgencias cuenta con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes.	1	2	3	4	5

**PERFIL DE LA PERSONA ENCUESTADA**

Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )

Rango de edad:

18 a 30 años ( ) 31 a 40 años ( ) 41 a 50 años ( ) 51 a 60 años ( ) Más de 60 años ( )

Tipo de derechohabiente

Trabajador o Familiar de Trabajador Jubilado, Jubilada y/o Familiar de Jubilado, de  
Trabajadora ( ) o trabajadora ( ) Pensionado o Pensionada ( ) Jubilada y/o Pensionado o  
Pensionada ( )

Nivel de estudios

Primaria ( ) Secundaria ( ) Preparatoria ( ) Carrera profesional ( ) Posgrado ( )

**¡Agradecemos su participación y opinión!**

**OPINION DE LA ENCUESTA**

Si desea externar alguna opinión, favor de anotarlo con letra clara y legible sin salirse del cuadro.



## 7.2 Cuestionario Final

### ENCUESTA DE OPINION SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS

La presente es una encuesta confidencial y anónima que forma parte de un trabajo de investigación que busca medir la calidad de los servicios de Urgencias, a partir de la información proporcionada por usted. Su participación para el desarrollo de este estudio es muy útil e importante si contesta con su franca y sincera opinión. *Muchas gracias por su apoyo.*

A continuación responde, llenando o marcando en el espacio, la respuesta que se le pide.

**FIABILIDAD:** CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL SERVICIO QUE SE PROMETE DE MANERA SEGURA Y PRECISA SELECCIONAR Y MARCAR LA RESPUESTA APROPIADA PARA CADA ENUNCIADO.

FIABILIDAD					
Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo, ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Los médicos de Urgencias me atienden bien desde la primera vez que voy a Urgencias.	1	2	3	4	5
En Urgencias, terminan el servicio en un tiempo adecuado.	1	2	3	4	5
Los médicos de Urgencias y yo tenemos la misma idea de lo que es el mejor cuidado para mi salud.	1	2	3	4	5
El personal se interesa en mis problemas y por su solución.	1	2	3	4	5
En Urgencias me atienden considerando la importancia de mi problema de salud.	1	2	3	4	5

**EMPATÍA:** HABILIDAD PARA ENTENDER LAS NECESIDADES, SENTIMIENTOS Y PROBLEMAS DE LOS DEMÁS, PONIÉNDOSE EN SU LUGAR, Y RESPONDIENDO CORRECTAMENTE A SUS REACCIONES EMOCIONALES.

EMPATÍA					
Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo, ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El personal de Urgencias me escucha atentamente y me trata con amabilidad, respeto y paciencia.	1	2	3	4	5
El personal de Urgencias me proporciona atención individualizada.	1	2	3	4	5
El personal de Urgencias comprende mis necesidades.	1	2	3	4	5

La atención de las enfermeras y técnicos paramédicos de Urgencias, en general es buena.	1	2	3	4	5
La atención del personal administrativo (ventanillas) de Urgencias, en general es buena.	1	2	3	4	5
El personal de Urgencias (enfermería y administrativo) muestra interés en solucionar cualquier dificultad que se me presenta.	1	2	3	4	5
El médico de Urgencias explica con palabras fáciles de entender el problema de salud, los procedimientos o análisis que se me realizan y el tratamiento (medicamentos, dosis y efectos adversos).	1	2	3	4	5

**CAPACIDAD DE RESPUESTA:** GRADO DE RESPUESTA FRENTE A LOS TIEMPOS, EL NÚMERO DE PACIENTES, EL TIPO DE ATENCIÓN, COMPROMISOS ADQUIRIDOS, ETC.

CAPACIDAD DE RESPUESTA					
Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo, ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El personal médico de Urgencias (médico, enfermeras, paramédicos) está bien informado, capacitado y tiene experiencia.	1	2	3	4	5
El tiempo de espera para ser atendido por un médico de Urgencias es corto.	1	2	3	4	5
La atención en el módulo de recepción (ventanilla) de Urgencias, es rápida.	1	2	3	4	5
El personal de Urgencias (médico, enfermeras, paramédicos) dedican el tiempo necesario para la atención a mi problema de salud.	1	2	3	4	5

**TANGIBLES:** APARIENCIA DE INSTALACIONES FÍSICAS, EQUIPOS, MATERIALES Y CUALQUIER RECURSO TANGIBLE QUE INFLUYA EN EL NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA.

<b>TANGIBLES</b>					
Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo, ni de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Las instalaciones están en buen estado y son adecuadas (Ejemplo: Sala de espera, sillas, mesas, baños, etc.)	1	2	3	4	5
El personal de Urgencias tiene una apariencia cuidada y limpia.	1	2	3	4	5
Los estacionamientos están cerca de la entrada de Urgencias.	1	2	3	4	5
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber a dónde ir en Urgencias son claras y sencillas	1	2	3	4	5
El acceso al área de Urgencias es el adecuado.	1	2	3	4	5
Urgencias cuenta con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes.	1	2	3	4	5

**PERFIL DE LA PERSONA ENCUESTADA**

Sexo: Hombre ( ) Mujer ( )

**Rango de edad:**

18 a 30 años ( ) 31 a 40 años ( ) 41 a 50 años ( ) 51 a 60 años ( ) Más de 60 años ( )

**Tipo de derechohabiente**

Trabajador o Familiar de Trabajador Jubilado, Jubilada y/o Familiar de Jubilado, de  
Trabajadora ( ) o trabajadora ( ) Pensionado o Pensionada ( ) Jubilada y/o Pensionado o  
Pensionada ( )

**Nivel de estudios**

Primaria ( ) Secundaria ( ) Preparatoria ( ) Carrera profesional ( ) Posgrado ( )

**¡Agradecemos su participación y opinión!**

**OPINION DE LA ENCUESTA**

Si desea externar alguna opinión, favor de anotarlo con letra clara y legible sin salirse del cuadro.