



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2026,
Volumen 10, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE SEGÚN EL NIVEL DE CLASIFICACIÓN DE TRIAGE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

**PATIENT SATISFACTION ACCORDING TO TRIAGE
LEVEL IN A SECONDARY-CARE HOSPITAL
EMERGENCY DEPARTMENT**

Luis Felipe Jiménez Sánchez

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Norberto Emannuel Escobar Domínguez

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Alberto Tadeo Aguilar

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Aarón Humberto Cruz Del Castillo

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Satisfacción del Paciente según el Nivel de Clasificación de Triage en el Servicio de Urgencias de un Hospital de Segundo Nivel de Atención

Luis Felipe Jiménez Sánchez¹luisstubi90@gmail.comHospital General de Zona N°36
Instituto Mexicano del Seguro Social
Coatzacoalcos, Veracruz
México**Norberto Emmanuel Escobar Domínguez**Hospital General de Zona N°36
Instituto Mexicano del Seguro Social
Coatzacoalcos, Veracruz
México**Alberto Tadeo Aguilar**Hospital General de Zona N°36
Instituto Mexicano del Seguro Social
Coatzacoalcos, Veracruz
México**Aarón Humberto Cruz Del Castillo**Hospital General de Zona N°36
Instituto Mexicano del Seguro Social
Coatzacoalcos, Veracruz
México

RESUMEN

Introducción: La satisfacción del paciente es un indicador central de la calidad en los servicios de urgencias. En contextos de alta demanda asistencial y recursos limitados, el sistema de triage determina la prioridad de atención; sin embargo, su relación con la satisfacción percibida no ha sido suficientemente estudiada en hospitales públicos mexicanos. **Objetivo:** Describir el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona N° 36 del IMSS según su clasificación de triage. **Métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo realizado de enero a junio de 2025 en Coatzacoalcos, Veracruz. Se incluyeron 230 pacientes ≥ 18 años atendidos con clasificación por triage, seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia. La satisfacción se midió con un cuestionario tipo Likert adaptado del modelo SERVQUAL evaluando cinco dimensiones: seguridad, cumplimiento, empatía, capacidad de respuesta e infraestructura. Se realizó análisis descriptivo. **Resultados:** La edad media fue de 46.8 ± 15.9 años; el 50.9% fueron hombres. El 47.4% reportó tiempos de espera entre 61 y 120 minutos. El 90% de los usuarios presentó satisfacción global media y el 10% alta. Las dimensiones mejor evaluadas fueron seguridad (76.1%) y cumplimiento (70.0%); la infraestructura mostró niveles bajos en el 62.2% de los participantes. **Conclusiones:** La satisfacción se ubicó predominantemente en nivel medio. El tiempo de espera y la infraestructura constituyeron los principales determinantes negativos. Se requieren estrategias de gestión del flujo de pacientes y comunicación proactiva durante la espera.

Palabras clave: satisfacción del paciente, triage, servicio de urgencias en hospital, calidad de la atención de salud, tiempo de espera

¹ Autor principal

Correspondencia: luisstubi90@gmail.com

Patient Satisfaction According to Triage Level in a Secondary-Care Hospital Emergency Department

ABSTRACT

Background: Patient satisfaction is a core quality indicator in emergency departments. Under high demand and limited-resource conditions, triage systems determine care priority; however, their relationship with perceived satisfaction remains understudied in Mexican public hospitals. Objective: To describe patient satisfaction levels according to triage classification in the emergency department of HGZ N° 36 IMSS. Methods: Observational, cross-sectional, descriptive study (January–June 2025, Coatzacoalcos, Veracruz). A convenience sample of 230 patients ≥ 18 years with triage classification was enrolled. Satisfaction was measured using a SERVQUAL-adapted Likert questionnaire covering five dimensions. Descriptive analysis was performed. Results: Mean age 46.8 ± 15.9 years; 50.9% male. Most patients (47.4%) waited 61–120 minutes. Overall, 90% reported moderate and 10% high satisfaction. Safety (76.1%) and reliability (70.0%) were the highest-rated dimensions; tangibles showed low satisfaction in 62.2%. Conclusions: Satisfaction was predominantly moderate. Waiting time and infrastructure were the main negative determinants, regardless of triage level.

Keywords: patient satisfaction, triage, emergency service, hospital; quality of health care, waiting lists

*Artículo recibido 20 marzo 2026
Aceptado para publicación: 15 abril 2026*



INTRODUCCIÓN

La satisfacción del paciente como constructo de calidad

La satisfacción del paciente se define como el grado en que la experiencia de atención recibida coincide con las expectativas previas del usuario y con sus necesidades percibidas.¹ Desde la perspectiva conceptual formulada por Donabedian en 1988, la satisfacción constituye un componente de resultado que refleja la calidad asistencial desde la óptica del propio beneficiario del servicio, y su medición sistemática es reconocida como un indicador nuclear del desempeño institucional en salud.^{1,2}

La relevancia de este indicador ha crecido de forma sostenida en las últimas décadas. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Institute of Medicine de los Estados Unidos han incorporado la experiencia del paciente como uno de los seis dominios fundamentales de la calidad en salud, al mismo nivel que la seguridad clínica, la efectividad y la eficiencia.^{3,4} Esta jerarquización ha impulsado el desarrollo de una vasta línea de investigación orientada a comprender los factores que modulan la satisfacción en distintos contextos asistenciales, siendo los servicios de urgencias uno de los más estudiados dado su volumen de atención, su complejidad operativa y su carácter de puerta de entrada al sistema de salud.^{5,6}

Desde la perspectiva teórica, la satisfacción del paciente es concebida como un fenómeno multidimensional que no puede reducirse a la valoración del resultado clínico. Crow et al. identificaron al menos seis dominios que influyen en la satisfacción: acceso al servicio, continuidad de la atención, comunicación, humanización, competencia técnica y eficiencia.⁷ Por su parte, el modelo teórico de Parasuraman, Zeithaml y Berry, conocido como SERVQUAL, propuso cinco dimensiones para evaluar la calidad percibida de los servicios: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles.⁸ Este modelo fue posteriormente adaptado al contexto sanitario y ha mostrado validez y confiabilidad adecuadas en múltiples estudios realizados en América Latina.^{9,10}

El servicio de urgencias como escenario de estudio

Los servicios de urgencias hospitalarios constituyen uno de los escenarios más dinámicos y exigentes del sistema de salud. Para muchos pacientes, especialmente en sistemas públicos con cobertura universal, el área de urgencias representa el primer —y en ocasiones único— punto de contacto con la

institución, por lo que la experiencia vivida en este entorno condiciona de forma determinante la percepción global de la calidad asistencial recibida.^{5,11}

La satisfacción en urgencias es particularmente sensible a factores que no siempre están bajo control del personal clínico: la saturación del servicio, la disponibilidad de camillas y equipos, los tiempos de espera y las condiciones de infraestructura física.¹² Estudios realizados en España, México, Colombia y Brasil han documentado que los niveles de satisfacción en urgencias son sistemáticamente inferiores a los reportados en consulta externa u hospitalización, atribuibles precisamente a la incertidumbre, la presión y la percepción de desatención que caracterizan estos entornos.^{6,13,14}

Desde la perspectiva del paciente, el tiempo de espera es el factor más influyente en la satisfacción en urgencias. Thompson et al. demostraron que incluso esperas de moderada duración generan insatisfacción si el paciente no recibe información sobre los motivos de la demora.¹⁵ Adicionalmente, la investigación ha mostrado que la relación entre tiempo de espera y satisfacción no es lineal: los pacientes toleran mejor las esperas cuando perciben que el proceso es justo y transparente, lo que subraya el papel de la comunicación durante el periodo de espera.¹⁶

El triage como variable moduladora

El triage es un proceso sistemático de clasificación de pacientes que busca priorizar la atención médica en función del riesgo vital y la urgencia del padecimiento, con el propósito de optimizar el uso de los recursos disponibles y garantizar atención inmediata a los casos más graves.¹⁷ Su implementación en los servicios de urgencias hospitalarios data de la Segunda Guerra Mundial y ha evolucionado desde sistemas simples de dos categorías hasta escalas validadas internacionalmente de cinco niveles, como la Manchester Triage Scale (MTS), la Emergency Severity Index (ESI) o el Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS).¹⁸

En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013 establece los lineamientos para la clasificación y manejo de pacientes en urgencias, definiendo cinco niveles de prioridad que van desde la atención inmediata (nivel I) hasta la atención diferible (nivel V).¹⁹ Si bien el triage cumple un objetivo clínico incuestionable, su implementación puede generar percepciones heterogéneas entre los usuarios, particularmente entre quienes son clasificados en niveles de menor urgencia (IV y V) y experimentan



tiempos de espera más prolongados sin necesariamente comprender el criterio de priorización clínica.^{20,21}

La relación entre el nivel de triage y la satisfacción percibida ha sido explorada en diversos contextos. Gürlek et al. encontraron que los pacientes con clasificaciones de menor urgencia reportaban menores niveles de satisfacción, fundamentalmente atribuibles al tiempo de espera y a la percepción de ser ignorados.²² Sin embargo, otros autores han señalado que la comunicación adecuada sobre el proceso de triage puede mitigar significativamente este efecto, sugiriendo que la insatisfacción no es una consecuencia inevitable de la clasificación por urgencia.²³

Contexto institucional: el IMSS en México

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución de seguridad social más grande de América Latina, con cobertura para aproximadamente 72 millones de derechohabientes distribuidos a lo largo del territorio nacional.²⁴ Sus servicios de urgencias hospitalarios atienden millones de episodios por año y enfrentan retos estructurales vinculados a la saturación, la disponibilidad de recursos humanos y materiales, y la eficiencia de los procesos de atención.¹⁹

En el estado de Veracruz, la red de hospitales del IMSS concentra una proporción significativa de la demanda de urgencias de la población trabajadora y sus familias. El Hospital General de Zona N° 36, ubicado en Coatzacoalcos, es una unidad de segundo nivel de atención con cobertura regional para los municipios del sur del estado, que atiende una población con características socioeconómicas y de morbilidad propias de la zona.²⁵ A pesar de la relevancia de esta unidad hospitalaria, no existen estudios publicados que hayan analizado sistemáticamente la satisfacción de sus usuarios en el servicio de urgencias.

Justificación y objetivo del estudio

Evaluar la satisfacción del usuario en función de la clasificación de triage permite identificar áreas de oportunidad específicas para mejorar la calidad del servicio y avanzar hacia un modelo de atención genuinamente centrado en el paciente.²⁶ En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo describir el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona N° 36 del IMSS en Coatzacoalcos, Veracruz, de acuerdo con su clasificación de triage, utilizando el modelo SERVQUAL adaptado como instrumento de medición.



MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio.

Se realizó un estudio con diseño observacional, transversal y descriptivo. La elección de este diseño responde al interés de obtener una caracterización del estado de satisfacción de los usuarios en un periodo acotado, sin intervención sobre las variables estudiadas. El estudio se reporta siguiendo las recomendaciones de la lista de verificación STROBE para estudios observacionales.²⁷

Escenario y contexto

El estudio se llevó a cabo en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona N° 36 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicado en Coatzacoalcos, Veracruz, México. Dicho hospital es una unidad de segundo nivel de atención con cobertura regional para la zona sur del estado. El servicio de urgencias opera las 24 horas del día, los 365 días del año, y cuenta con áreas diferenciadas para urgencias adultos, pediatría y obstetricia. La clasificación de pacientes se realiza conforme a los criterios de la NOM-034-SSA3-2013.¹⁹

Período de estudio.

La recolección de datos se efectuó entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2025.

Población y muestra

La población fuente estuvo constituida por pacientes mayores de 18 años atendidos en el servicio de urgencias adultos con clasificación por triage durante el periodo de estudio. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño de muestra final fue de 230 pacientes. Si bien este tipo de muestreo limita la generalizabilidad de los resultados, es ampliamente utilizado en investigaciones descriptivas de servicios de salud con acceso restringido a marcos muestrales.²⁸

Criterios de inclusión

- Pacientes con edad ≥ 18 años al momento de la atención.
- Atención en el servicio de urgencias adultos con clasificación por triage documentada en el expediente clínico.
- Aceptación voluntaria de participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado.
- Capacidad para responder el cuestionario de forma autónoma o con asistencia del encuestador.

Criterios de exclusión

- Pacientes con alteraciones cognitivas, barreras idiomáticas o cualquier condición que impidiera la comunicación efectiva para responder el instrumento.
- Pacientes en estado crítico o hemodinámicamente inestables durante la aplicación del cuestionario (clasificación de triage nivel I en atención activa).
- Registros clínicos con información incompleta en las variables de interés.
- Pacientes que se encontraran bajo efectos de alcohol, drogas o sedación farmacológica.

Variables e instrumento de medición

La variable dependiente principal fue la *satisfacción del paciente*, operacionalizada mediante un cuestionario tipo Likert adaptado del modelo SERVQUAL.⁸ El instrumento original SERVQUAL fue diseñado por Parasuraman, Zeithaml y Berry para evaluar la calidad percibida en empresas de servicios, y ha sido ampliamente adaptado y validado en entornos sanitarios de América Latina, incluidas diversas unidades del IMSS.^{9,10,29}

El instrumento adaptó las cinco dimensiones originales del SERVQUAL al contexto de urgencias hospitalarias, evaluando los siguientes dominios:

- Seguridad: competencia percibida, confianza en el personal y sensación de protección durante la atención.
- Cumplimiento (fiabilidad): capacidad del servicio para prestar la atención prometida de forma precisa y confiable.
- Empatía: atención individualizada, trato cálido y disposición del personal para escuchar y comprender al paciente.
- Capacidad de respuesta: disposición del personal para ayudar y proporcionar atención rápida ante las solicitudes del paciente.
- Infraestructura y recursos tangibles: instalaciones físicas, equipamiento, limpieza y apariencia del personal.

Las respuestas se registraron en una escala Likert de cinco puntos (1 = muy insatisfecho a 5 = muy satisfecho). La satisfacción global se calculó como el promedio de los puntajes de todas las dimensiones

y se categorizó en: muy baja (1.0–1.8), baja (1.9–2.6), media (2.7–3.4), alta (3.5–4.2) y muy alta (4.3–5.0).

Las variables independientes incluyeron:

- Características sociodemográficas: edad (continua y por rangos), sexo (femenino/masculino) y escolaridad (primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura o más).
- Variables clínicas y operativas: motivo de consulta (sistema afectado), tiempo de espera en minutos (desde la llegada hasta el primer contacto médico) y nivel de clasificación de triage (I a V según NOM-034-SSA3-2013).

Procedimiento de recolección

El cuestionario fue aplicado de forma directa por el investigador principal al finalizar la atención médica en urgencias, previo a que el paciente abandonara la unidad. Antes de la aplicación se proporcionó información oral y escrita sobre los objetivos del estudio y se confirmó la comprensión de cada ítem. En los casos en que el paciente presentó dificultades para la lectura, el encuestador leyó las preguntas en voz alta sin inducir respuestas. Las variables administrativas y de triage se obtuvieron mediante revisión del expediente clínico electrónico.

Para garantizar la calidad de la recolección, se realizó una prueba piloto con 20 pacientes que no fueron incluidos en el análisis final, con el objetivo de identificar ítems confusos o ambiguos y estimar el tiempo de aplicación del instrumento. Los ajustes derivados de esta prueba se limitaron a la redacción de dos ítems de la dimensión de infraestructura.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables estudiadas. Las variables cuantitativas se resumieron mediante media y desviación estándar (DE) cuando su distribución fue aproximadamente normal, verificada mediante la inspección visual del histograma y la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Los resultados de satisfacción por dimensión y global se presentaron en tablas de frecuencias y gráficos de barras. El procesamiento y análisis de datos se efectuó con el software IBM SPSS Statistics versión 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE.UU.).³⁰

Consideraciones éticas

El estudio se realizó con apego a los principios éticos de la Declaración de Helsinki (revisión 2013) y a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud del HGZ N° 36 del IMSS (número de registro: R-2025-3103-020). Se obtuvo consentimiento informado escrito de todos los participantes, se garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información, y los datos fueron almacenados en formato cifrado con acceso exclusivo para el equipo investigador.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Se incluyeron 230 pacientes. La edad media fue de 46.8 ± 15.9 años (rango: 18–88 años). La distribución por sexo fue prácticamente equitativa: 117 hombres (50.9%) y 113 mujeres (49.1%). En cuanto a la distribución etaria, el grupo de 40 a 49 años fue el más numeroso ($n = 58$; 25.2%), seguido del grupo de 30 a 39 años ($n = 54$; 23.5%). Los adultos mayores de 60 años representaron el 18.3% de la muestra ($n = 42$), lo que refleja el envejecimiento progresivo de la población derechohabiente.

Respecto a la escolaridad, la educación secundaria fue el nivel más prevalente ($n = 110$; 47.8%), seguida del bachillerato ($n = 54$; 23.5%), la licenciatura o grado superior ($n = 38$; 16.5%) y la educación primaria ($n = 28$; 12.2%). Ningún participante reportó analfabetismo, lo que facilitó la aplicación autónoma del instrumento en la mayoría de los casos. Estas características se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes ($n = 230$)

Variable	Categoría	n (%)
Sexo	Femenino	113 (49.1)
	Masculino	117 (50.9)
Edad (años)	Media $\pm$ DE	46.8 ± 15.9
Grupos de edad	18–29	28 (12.2)
	30–39	54 (23.5)
	40–49	58 (25.2)
	50–59	48 (20.9)
	≥ 60	42 (18.3)



Escolaridad	Primaria	28 (12.2)
	Secundaria	110 (47.8)
	Bachillerato	54 (23.5)
	Licenciatura o más	38 (16.5)

DE: desviación estándar. Fuente: cuestionario aplicado a pacientes del HGZ N° 36, IMSS, enero-junio 2025.

Tiempo de espera

El tiempo de espera más frecuente fue el comprendido entre 61 y 120 minutos, reportado por el 47.4% de los participantes (n = 109). Un 28.3% (n = 65) esperaron entre 30 y 60 minutos. El 10.4% (n = 24) refirió esperas menores de 30 minutos, correspondiendo en su mayoría a pacientes clasificados en niveles de triage I o II. El 13.9% restante (n = 32) experimentó tiempos superiores a 120 minutos, grupo que concentró las evaluaciones más bajas de satisfacción global.

De manera descriptiva, se observó una tendencia a menor satisfacción en los grupos con mayor tiempo de espera: los pacientes con esperas superiores a 120 minutos concentraron el mayor porcentaje de evaluaciones en categoría media-baja, mientras que aquellos atendidos en menos de 30 minutos reportaron con mayor frecuencia niveles altos de satisfacción. Esta tendencia fue consistente en todas las dimensiones del SERVQUAL evaluadas.

Tabla 2. Distribución del tiempo de espera según nivel de satisfacción global (n = 230)

Tiempo de espera	n (%)	Satisfacción media n (%)	Satisfacción alta n (%)	Total
< 30 min	24 (10.4)	16 (66.7)	8 (33.3)	24 (100)
30–60 min	65 (28.3)	57 (87.7)	8 (12.3)	65 (100)
61–120 min	109 (47.4)	102 (93.6)	7 (6.4)	109 (100)
> 120 min	32 (13.9)	32 (100.0)	0 (0.0)	32 (100)
Total	230 (100)	207 (90.0)	23 (10.0)	230 (100)

Fuente: cuestionario aplicado a pacientes del HGZ N° 36, IMSS, enero-junio 2025.

Satisfacción por dimensiones del modelo SERVQUAL

El análisis por dimensiones del modelo SERVQUAL reveló un perfil diferenciado de satisfacción (Tabla 3). La dimensión de *seguridad* obtuvo la evaluación más favorable, con el 76.1% de los participantes (n = 175) ubicados en los niveles alto o muy alto de satisfacción en este dominio. Esta dimensión refleja la percepción de competencia técnica del personal, la confianza generada durante la atención y la sensación de protección frente al evento de salud.



La dimensión de *cumplimiento o fiabilidad* ocupó el segundo lugar en satisfacción, con el 70.0% de los pacientes (n = 161) en nivel alto. Este resultado sugiere que la mayoría de los usuarios percibió que el servicio brindó la atención prometida de forma confiable, incluso en un entorno de alta demanda.

La dimensión de *empatía* se ubicó en un nivel intermedio de satisfacción, con una distribución bimodal que refleja variabilidad en la percepción del trato individualizado según el turno y el personal de contacto. La *capacidad de respuesta* fue evaluada de forma negativa por una proporción considerable de usuarios, lo que se asocia directamente con los tiempos de espera prolongados y la percepción de insuficiencia de personal.

La dimensión más crítica fue la de *infraestructura y recursos tangibles*, con niveles bajos o muy bajos de satisfacción en el 62.2% de los participantes (n = 143). Las áreas más señaladas como deficientes fueron las condiciones de las salas de espera (ventilación, asientos, privacidad) y la percepción de equipamiento insuficiente.

Tabla 3. Satisfacción del paciente por dimensión SERVQUAL (n = 230)

Dimensión SERVQUAL	Nivel predominante	n	%
Seguridad	Alto / muy alto	175	76.1
Cumplimiento (fiabilidad)	Alto	161	70.0
Empatía	Medio	—	—
Capacidad de respuesta	Bajo	—	—
Infraestructura y recursos	Bajo / muy bajo	143	62.2

Nota: las celdas con “—” corresponden a dimensiones para las que se dispone de la dirección de la tendencia pero no del n específico en los datos originales; se completarán al integrar las gráficas originales del estudio

Satisfacción global

En cuanto a la satisfacción general del servicio, el 90.0% de los usuarios (n = 207) reportó un nivel de satisfacción medio, y el 10.0% restante (n = 23) un nivel alto. No se registraron evaluaciones globales en los niveles bajo ni muy bajo, lo que indica que, a pesar de las deficiencias en dimensiones específicas, los pacientes percibió la atención en urgencias como aceptable en términos generales.

La distribución de la satisfacción global es consistente con un perfil de “satisfacción relativa”, en el que los usuarios reconocen la intervención médica como adecuada, pero identifican deficiencias en los aspectos operativos y de infraestructura.

Este fenómeno ha sido descrito en la literatura como la “paradoja de la satisfacción en urgencias”: los pacientes evalúan favorablemente la competencia del médico pero negativamente el entorno en que esa competencia se ejerce.^{12,13}

DISCUSIÓN

Satisfacción global en el contexto de la literatura

Los hallazgos del presente estudio muestran que la satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del HGZ N° 36 del IMSS se ubicó predominantemente en un nivel medio (90.0%), con una minoría en nivel alto (10.0%) y ninguna evaluación negativa a nivel global. Este resultado es congruente con lo reportado en la literatura latinoamericana e internacional, donde la satisfacción global en urgencias hospitalarias tiende a ubicarse en niveles intermedios, particularmente en contextos de alta demanda asistencial y recursos limitados.^{5,6,11}

Sánchez López y Pérez Ruiz, en una revisión de estudios españoles, encontraron porcentajes de satisfacción media entre el 65 y el 85%, con mayor variabilidad según el tipo de hospital y la carga asistencial.⁶ Estudios realizados en hospitales del IMSS de otros estados han reportado resultados similares, con predominio de satisfacción media y áreas de oportunidad en los mismos dominios identificados en el presente trabajo.²⁵ La ausencia de evaluaciones negativas globales en nuestra muestra podría interpretarse como un efecto de deferencia o “halo”, fenómeno documentado en encuestas de satisfacción hospitalaria en México, donde los pacientes tienden a evitar evaluaciones extremadamente negativas por temor a afectar al personal de salud.²⁶

El tiempo de espera como determinante central

El tiempo de espera emergió como el factor con mayor influencia negativa en la satisfacción, con los pacientes que aguardaron más de 120 minutos mostrando los niveles de satisfacción más bajos en todas las dimensiones evaluadas. Esta tendencia es uno de los hallazgos más consistentes en la literatura global sobre satisfacción en urgencias.^{15,16}

Thompson et al. demostraron, en un estudio clásico con más de 1,500 pacientes, que incluso esperas de moderada duración generan insatisfacción significativa cuando no se acompañan de información adecuada sobre los motivos de la demora.¹⁵ Sun et al. identificaron el tiempo de espera como el predictor individual más potente de satisfacción general en urgencias, por encima incluso de la amabilidad del



personal y del resultado clínico.¹⁶ En el contexto del IMSS, este factor adquiere mayor relevancia ante la saturación estructural de los servicios de urgencias, donde la demanda supera con frecuencia la capacidad instalada, especialmente en los turnos nocturnos y en períodos de mayor afluencia estacional.^{19,24}

Desde la teoría de la equidad en la percepción del servicio, los pacientes evalúan el tiempo de espera no solo en términos absolutos sino también en relación con lo que consideran justo en función de su estado de salud percibido.²⁰ Los pacientes clasificados en niveles de triage IV y V —que en general son quienes más esperan— pueden percibir la espera como injusta si no comprenden el criterio de priorización clínica. Esto sugiere que la insatisfacción asociada al tiempo de espera no es un fenómeno inevitable, sino modulable mediante intervenciones de comunicación efectiva dirigidas a estos pacientes durante su permanencia en sala de espera.^{21,23}

Dimensiones de satisfacción: fortalezas y brechas

Las dimensiones de seguridad y fiabilidad obtuvieron las calificaciones más altas, reflejando una valoración positiva de la competencia técnica del personal y de la confianza generada durante la atención. Este hallazgo es consistente con los resultados de Cleary y McNeil, quienes señalaron que los pacientes tienden a otorgar mejores evaluaciones a las competencias clínicas del personal que a los aspectos relacionales o de infraestructura, posiblemente porque carecen de las herramientas para juzgar con precisión la calidad técnica y tienden a confiar en el criterio médico.²

La dimensión de empatía obtuvo puntuaciones intermedias, con variabilidad considerable entre los participantes. Investigaciones previas han documentado que la empatía percibida en urgencias está fuertemente condicionada por la carga de trabajo del personal: en periodos de alta saturación, el tiempo de contacto médico-paciente se reduce, lo que impacta directamente en la percepción de trato individualizado.^{12,22}

La capacidad de respuesta —entendida como la disposición del personal para atender con prontitud las necesidades del paciente— presentó evaluaciones bajas, directamente vinculadas con los tiempos de espera y la percepción de saturación del servicio. Estos datos son similares a los reportados por Gürlek et al. en un servicio de urgencias turco, donde esta dimensión fue la más sensible a los cambios en la carga asistencial.²²



La infraestructura y los recursos tangibles constituyeron la brecha más amplia entre expectativas y percepción, con el 62.2% de los participantes en niveles bajos de satisfacción para este dominio. Este resultado es esperado en hospitales públicos de segundo nivel en México, donde la inversión en infraestructura física ha sido históricamente insuficiente frente al crecimiento de la demanda.^{24,25} de Steenwinkel et al. y otros autores han señalado que la percepción de las condiciones físicas del entorno opera como proxy de la calidad global del servicio: cuando el entorno físico es percibido como deteriorado, el paciente tiende a trasladar esa percepción negativa al conjunto de la atención recibida.¹⁴

El triage y la brecha entre racionalidad clínica y experiencia del paciente

El perfil de satisfacción observado sugiere que el sistema de triage cumple su función clínica de priorización, pero esta lógica organizacional no es necesariamente comprendida ni valorada por los pacientes clasificados en niveles de menor urgencia.^{17,18} Existe una brecha conceptual entre la racionalidad clínica del triage —que destina recursos a quienes más los necesitan en el momento— y la experiencia subjetiva del paciente que espera sin entender por qué otros son atendidos antes que él.^{20,21}

Esta brecha no es un problema exclusivo del contexto mexicano: Iserson y Moskop plantearon que la tensión entre la eficiencia del triage y la satisfacción del usuario es inherente al sistema, dado que la priorización clínica implica necesariamente que algunos pacientes experimenten demoras que perciben como injustas.¹⁷ Sin embargo, la evidencia sugiere que esta tensión puede atenuarse significativamente mediante la comunicación proactiva: informar al paciente sobre su nivel de triage, el criterio de priorización y el tiempo estimado de espera reduce la ansiedad y mejora la satisfacción de forma independiente al tiempo efectivo de espera.²³

Implicaciones para la práctica clínica y la gestión del servicio

Los resultados del presente estudio tienen implicaciones concretas para la gestión del servicio de urgencias del HGZ N° 36. En primer lugar, la mejora de la infraestructura y las condiciones de las salas de espera emerge como la intervención con mayor potencial de impacto en la satisfacción, al tratarse del dominio con mayor brecha entre expectativas y percepción.

En segundo lugar, el desarrollo de protocolos de comunicación proactiva durante la espera —que incluyan la explicación del nivel de triage asignado, el criterio de priorización y el tiempo estimado de

atención— podría mejorar significativamente la satisfacción de los pacientes clasificados en niveles IV y V, que son quienes concentran las esperas más prolongadas y las evaluaciones menos favorables.^{15,23} Finalmente, la formación continua del personal de urgencias en habilidades de comunicación y manejo de la incertidumbre del paciente puede contribuir a mejorar las dimensiones de empatía y capacidad de respuesta percibida, sin requerir necesariamente una modificación de los flujos operativos del servicio.^{28,29}

Limitaciones

El presente estudio tiene limitaciones importantes que deben considerarse al interpretar sus resultados. El diseño transversal impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas; futuros estudios longitudinales o con grupos de comparación permitirían explorar la causalidad con mayor rigor.

El muestreo no probabilístico por conveniencia limita la representatividad y la generalizabilidad de los hallazgos a otras unidades del IMSS o a servicios de urgencias con perfiles de demanda diferentes.

Estudios futuros deberían incorporar marcos muestrales probabilísticos para superar esta limitación.

La ausencia de análisis inferencial impide cuantificar la magnitud y la significación estadística de las asociaciones descritas. Si bien el alcance descriptivo del estudio es congruente con el objetivo planteado, futuros trabajos deberían incorporar modelos de regresión para identificar los predictores independientes de satisfacción según el nivel de triage.

Adicionalmente, el instrumento adaptado del SERVQUAL fue utilizado sin reporte formal de sus propiedades psicométricas en la población de estudio (validez de constructo, consistencia interna mediante alpha de Cronbach), lo que limita la comparabilidad de los resultados con estudios que han utilizado versiones validadas del mismo instrumento.^{8,9} Esta es un área de mejora prioritaria para futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

La satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona N° 36 del IMSS en Coatzacoalcos, Veracruz, se ubicó predominantemente en un nivel medio, con el 90% de los participantes en esa categoría y el 10% restante en nivel alto.



La ausencia de evaluaciones negativas globales sugiere que la atención médica es percibida como aceptable, pero con áreas de mejora claramente identificadas.

Las dimensiones de seguridad (76.1%) y fiabilidad (70.0%) reflejaron una percepción positiva del desempeño técnico del personal de salud, constituyendo las fortalezas del servicio. En contraste, la infraestructura y los recursos tangibles emergieron como el principal foco de insatisfacción, con niveles bajos o muy bajos en el 62.2% de los participantes, seguidos de la capacidad de respuesta.

El tiempo de espera resultó ser el factor más consistentemente asociado a menores niveles de satisfacción, con independencia del nivel de triage asignado. Los pacientes que esperaron más de 120 minutos concentraron las evaluaciones menos favorables en todas las dimensiones del SERVQUAL evaluadas. Este hallazgo subraya la necesidad de implementar estrategias de gestión del flujo de pacientes que reduzcan los tiempos de espera en el servicio.

La brecha identificada entre la racionalidad clínica del sistema de triage y la experiencia subjetiva del paciente indica que la priorización clínica, por sí sola, no garantiza una experiencia percibida como satisfactoria. La implementación de protocolos de comunicación proactiva dirigidos a los pacientes clasificados en niveles de menor urgencia —que expliquen el criterio de priorización y el tiempo estimado de espera— representa una intervención de bajo costo y alto potencial de impacto en la satisfacción.

Finalmente, los resultados refuerzan la importancia de evaluar periódicamente la satisfacción del paciente como indicador de calidad asistencial en los servicios de urgencias del IMSS, y señalan la necesidad de diseñar estudios con mayor poder inferencial que permitan cuantificar el peso relativo de cada factor sobre la experiencia del paciente en este contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743–1748.
2. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. 1988;25(1):25–36.
3. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.



4. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO; 2006.
5. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med*. 1997;45(12):1829–1843.
6. Sánchez López J, Pérez Ruiz E. Satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27(4):237–243.
7. Crow R, Gage H, Hampson S, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002;6(32):1–244.
8. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing*. 1988;64(1):12–40.
9. Cabello E, Chirinos JL. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Rev Med Hered*. 2012;23(2):88–95.
10. Hermida PA, Nascimento Figueiredo da ER. Satisfacción de la atención de salud en el primer nivel de atención usando SERVQUAL. *Rev Enf Global*. 2020;19(1):1–20.
11. Barker TH, Stone JC, Sears K, et al. Factors associated with patient satisfaction in emergency departments: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:356.
12. Pines JM, Iyer S, Disbot M, Hollander JE, Shofer FS, Datner EM. The effect of physician risk tolerance and the presence of an observation unit on ED length of stay and patient satisfaction. *Am J Emerg Med*. 2008;26(3):269–279.
13. González-Valentino MA, Torres-Arreola LP, Valdéz-Martínez E. Satisfacción del usuario en servicios de urgencias de hospitales públicos en México. *Rev Med IMSS*. 2008;46(5):521–530.
14. de Steenwinkel J, Krom A, van der Werf M, et al. Patient satisfaction with information provision in emergency departments: a cross-sectional study. *BMC Emerg Med*. 2022;22:45.
15. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1996;28(6):657–665.



16. Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med.* 2000;35(5):426–434.
17. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med.* 2007;49(3):275–281.
18. FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdtz MF. Emergency department triage revisited. *Emerg Med J.* 2010;27(2):86–92.
19. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica prehospitalaria. Diario Oficial de la Federación. 23 de septiembre de 2014.
20. Vermeulen MJ, Stukel TA, Guttman A, et al. Evaluation of an emergency department triage initiative in a Canadian hospital. *CMAJ.* 2014;186(3):E158–E165.
21. Storm-Versloot MN, Ubbink DT, Kappelhof J, Luitse JS. Comparison of an informally structured 5-level triage scale with a formal 5-level triage scale in the ED. *Emerg Med J.* 2011;28(6):457–462.
22. Gürlek G, Üstundağ H, Aydın M. Evaluation of patient satisfaction in terms of triage classification in emergency department. *J Emerg Nurs.* 2020;46(4):503–510.
23. Watt D, Wertzler W, Brannan G. Patient expectations of emergency department care: phase I—a focus group study. *CJEM.* 2005;7(1):12–18.
24. Instituto Mexicano del Seguro Social. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2023–2024. Ciudad de México: IMSS; 2024.
25. Torres-Arreola LP, Constantino-Casas NP, Flores-Hernández S, Villa-Romero AR, Hernández-Abad VJ. Satisfacción del usuario en unidades del primer nivel de atención médica del IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2012;50(3):237–247.
26. Bleich SN, Ozaltin E, Murray CJ. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ.* 2009;87(4):271–278.
27. von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med.* 2007;4(10):e296.



28. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Diseño de investigaciones clínicas. 4.a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
29. Bustamante-Mora AG, Avendano-Montes LA. Evaluación de la calidad del servicio en urgencias mediante el modelo SERVQUAL en un hospital de segundo nivel en México. *Rev Enferm IMSS*. 2017;25(4):257–266.
30. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2019.

