Sapiens in Health Science

Sapiens in Health Sciences. 2026;4.1. 007
ISNN: 3072-7960
DOI: https://doi.org/10.71068/hs000107

Artículo: Investigación

Quality of outpatient care and its gaps in a public hospital in southeastern Mexico: an analysis using the servqual model

Calidad de la atención ambulatoria y sus brechas en un hospital público del sureste de México: un análisis mediante el modelo servqual

[1]Roberto Abraham May Pérez, [2]Gael García Quinto, [3]Myrna Nataly Durán Fajardo, [4]Elidé de los Ángeles Moreno Pacheco, [5]Luisa Guadalupe Villanueva Herrera.

[1]Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México
[2]Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México
[3]Universidad Marista de Mérida, Mérida, México
[4]Universidad para el Bienestar Benito Juárez García, Ticul, México
[5]Centro Educativo Rodríguez Tamayo, Mérida, México

***Autor de correspondencia:** Roberto Abraham May Pérez

Enviado: 09-08-2026 **Revisado:** 29-08-2026 **Aceptado:** 16-09-2026 **Publicado:** 17-10-2026

Como citar:

May Pérez, R. A., García Quinto, G., Durán Fajardo, M. N., Moreno Pacheco, E. de los Ángeles, & Villanueva Herrera, L. G. (2026). Calidad de la atención ambulatoria y sus brechas en un hospital público del sureste de México: un análisis mediante el modelo servqual. *Sapiens in Health Sciences*, *4*(1), 1-16. https://doi.org/10.71068/hs000107

ABSTRACT

The quality of outpatient care requires consideration of both service organization and the expectations of people using the services. This study examined gaps between expectations and perceptions in General Medicine at Dr. Agustín O'Horán General Hospital, Mérida, Yucatán. To assess perceived outpatient care quality using SERVQUAL and identify priority dimensions and attributes for improving patients' experiences. An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted between September and October 2025. A total of 328 adults provided valid questionnaires. Twenty-two pairs of seven-point Likert items covered reliability, responsiveness, assurance, empathy, and tangibles. The gap was defined as expectations minus perceptions. Dimensional means and associations reported using chi-square tests were described. The mean of the five dimensional gaps was 0.7412. Empathy showed the largest difference (1.576), followed by reliability (1.120) and tangibles (1.010). The main concerns were delays relative to scheduled appointments (2.22), failure to respect arrival order (2.16), and interpersonal treatment (2.06). Assurance showed a negative gap (−0.310), whereas responsiveness reached 0.310. Associations of age and educational attainment with selected ratings of care were reported. The main opportunities for improvement concern punctuality, clinical communication, and physical conditions. The findings describe experiences reported by users of this outpatient service and can guide institutional actions whose effectiveness requires subsequent evaluation.

Keywords: quality of health care; outpatient care; patient experience; SERVQUAL; Mexico

RESUMEN

La calidad de la atención ambulatoria requiere considerar tanto la organización de los servicios como las expectativas de quienes los utilizan. El estudio examinó las brechas entre expectativas y percepciones en Medicina General del Hospital General Dr. Agustín O'Horán, en Mérida, Yucatán. Evaluar la calidad percibida

©2026 por los Autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0. (CC BY 4.0) https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

de la atención ambulatoria mediante SERVQUAL e identificar dimensiones y atributos prioritarios para la mejora de la experiencia de los usuarios. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal entre septiembre y octubre de 2025. Participaron 328 personas adultas con encuestas válidas. Se aplicaron 22 pares de ítems de siete puntos distribuidos en fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles. La brecha se definió como expectativa menos percepción; se describieron promedios y asociaciones mediante pruebas de chi cuadrado informadas por el estudio. El promedio de las cinco brechas dimensionales fue 0,7412. Empatía registró la mayor diferencia (1,576), seguida de fiabilidad (1,120) y aspectos tangibles (1,010). Destacaron los incumplimientos de horarios (2,22), el orden de llegada (2,16) y el trato interpersonal (2,06). Seguridad presentó una brecha negativa (−0,310), mientras capacidad de respuesta alcanzó 0,310. Se comunicaron asociaciones de edad y escolaridad con determinadas valoraciones de la atención. Las principales oportunidades de mejora identificadas se relacionan con puntualidad, comunicación clínica y condiciones físicas. Las cifras corresponden a experiencias comunicadas por usuarios de esta consulta externa y orientan acciones institucionales cuya efectividad deberá evaluarse posteriormente.

Palabras clave: calidad de la atención en salud; consulta externa; experiencia del paciente; SERVQUAL; México

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención sanitaria se reconoce por su capacidad de responder a necesidades clínicas y expectativas legítimas de la población. Esta perspectiva incorpora dimensiones como la oportunidad, la seguridad, la efectividad y la atención centrada en las personas. En los establecimientos públicos, la experiencia de los usuarios permite identificar problemas de organización y comunicación que no siempre quedan reflejados en los indicadores de productividad. La Organización Mundial de la Salud destaca la oportunidad y la orientación a las personas como atributos necesarios de servicios de calidad (1). Los indicadores de experiencia, por tanto, deben emplearse como complemento de la evaluación clínica y no como sustituto de los resultados en salud.

En la consulta externa, la valoración del servicio se construye a través de múltiples contactos, desde la asignación de una cita hasta la comprensión de las indicaciones médicas. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos resalta que la comunicación comprensible, el tiempo dedicado a la consulta y la participación en las decisiones son componentes fundamentales de la experiencia asistencial (2). Estas características adquieren especial relevancia cuando existen aglomeraciones, trámites diversos o dificultades de acceso. La percepción de calidad puede deteriorarse aunque el procedimiento médico sea correcto, de modo que las instituciones necesitan estudiar tanto el componente organizativo como el trato interpersonal.

La evaluación de la calidad exige distinguir entre estructura, procesos y resultados. En su propuesta clásica, Donabedian explicó que los recursos y la organización del establecimiento influyen en los procesos asistenciales, mientras que los resultados dependen de múltiples factores clínicos y contextuales (3). Aplicado a la consulta externa, este marco permite estudiar por separado las instalaciones, la puntualidad y el desarrollo de la interacción clínica. El hecho de que una persona informe un trato satisfactorio no demuestra, por sí mismo, seguridad técnica ni efectividad terapéutica. Por ello, las medidas de experiencia deben interpretarse de forma delimitada y articularse con evaluaciones institucionales de desempeño.

El modelo SERVQUAL proporciona una aproximación específica para contrastar expectativas y percepciones del servicio. Parasuraman, Zeithaml y Berry desarrollaron un marco conceptual de diferencias entre calidad esperada y percibida (4), que posteriormente se operacionalizó mediante un instrumento multidimensional de 22 reactivos (5). Su aplicación en salud requiere explicar cómo se formularon las preguntas y de qué manera se calculó la brecha. En el presente trabajo se adopta la diferencia entre expectativa y percepción, de modo que los valores positivos señalan expectativas mayores que la atención valorada y los valores negativos indican una percepción superior a lo esperado. Esta convención debe mantenerse en todo el manuscrito.

La evidencia empírica indica que la experiencia asistencial no se distribuye uniformemente entre establecimientos y grupos de usuarios. Una investigación mexicana basada en la encuesta People's Voice mostró que las percepciones de calidad pueden relacionarse con la elección entre servicios públicos y privados, aunque su diseño transversal impide deducir causalidad individual (6). En otro hospital público de Guanajuato, de la Garza-Carranza y colaboradores observaron asociaciones entre dimensiones de SERVQUAL y satisfacción entre pacientes hospitalizados (7). Estos antecedentes son relevantes, pero sus resultados no deben trasladarse directamente a la consulta ambulatoria de Medicina General, donde la temporalidad de la atención y la interacción administrativa difieren.

Las investigaciones realizadas fuera de México también documentan resultados diversos. Una revisión sistemática de hospitales universitarios iraníes señaló brechas entre expectativas y servicios percibidos, con diferencias asociadas al contexto y a las dimensiones medidas (8). En centros de atención primaria de Guayas, Ecuador, un estudio con SERVQUAL encontró dificultades para obtener citas y una distribución de brechas diferente de la observada en ciertas dimensiones interpersonales (9). La diversidad de resultados advierte que la aplicación del mismo instrumento no garantiza perfiles idénticos de calidad percibida. Esta heterogeneidad exige examinar cada establecimiento en su propio entorno organizativo, asistencial y sociodemográfico.

En servicios ambulatorios de Ghana, Owusu y colaboradores estudiaron satisfacción y calidad mediante una encuesta de pacientes (10). De forma complementaria, una investigación en hospitales rurales sudafricanos documentó experiencias relacionadas con tiempos de espera, limpieza, accesibilidad y trato profesional (11). La comparación internacional ayuda a reconocer elementos comunes, aunque las diferencias de muestreo, instrumento y estructura sanitaria limitan las equivalencias numéricas directas. En consecuencia, resulta pertinente analizar simultáneamente indicadores de organización, comunicación clínica y condiciones físicas dentro del mismo establecimiento. Para la gestión pública, este enfoque puede orientar una priorización basada en los aspectos que los pacientes identifican como más problemáticos.

El Hospital General Dr. Agustín O'Horán de Mérida constituye el contexto del estudio, centrado en la consulta externa de Medicina General durante septiembre y octubre de 2025. La pregunta de investigación fue: ¿cuáles son las principales brechas entre expectativas y percepciones de los usuarios y qué dimensiones de SERVQUAL concentran las mayores diferencias? Su justificación reside en obtener evidencia específica sobre puntualidad, organización, trato y condiciones materiales. El objetivo general fue evaluar la calidad percibida de la atención ambulatoria mediante SERVQUAL e

identificar las dimensiones y atributos prioritarios de mejora. El aporte consiste en presentar resultados dimensionales y por reactivo en una población institucional claramente delimitada, sin equiparar percepción con calidad clínica objetiva.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Calidad asistencial, experiencia del paciente y acceso oportuno

La investigación contemporánea distingue entre satisfacción general y experiencias específicas de atención. La primera puede representar una valoración afectiva de conjunto, mientras que la segunda describe procesos observables desde la perspectiva del usuario, como recibir explicaciones comprensibles o esperar menos tiempo. Esta distinción es relevante porque un paciente puede valorar positivamente al profesional y, al mismo tiempo, informar deficiencias en la organización de citas. Una revisión sistemática sobre duración de las consultas ambulatorias examinó cómo el tiempo del encuentro se relaciona con resultados de calidad y mostró la necesidad de interpretar la evidencia según sus diseños (12). Así, una brecha temporal no identifica por sí sola el mecanismo que la produce.

Los problemas de oportunidad tienen componentes institucionales que trascienden el desempeño individual. McAvoy y colaboradores estudiaron listas de espera en servicios especializados desde una perspectiva de sistemas, mostrando la importancia de comprender los flujos de primeras consultas y revisiones para plantear cambios organizativos (13). Aunque ese trabajo se desarrolló en otro sistema sanitario, su enfoque permite formular preguntas pertinentes sobre agendamiento, secuencia de atención y capacidad operativa. La diferencia entre cumplir el horario anunciado y mantener una atención clínica adecuada debe analizarse como una tensión de organización y recursos. La experiencia del usuario contribuye a identificarla, pero no basta para cuantificar tiempos reales o productividad.

Comunicación interpersonal, empatía y comprensión de indicaciones

La comunicación constituye un componente esencial de la atención centrada en las personas. Herath y colaboradores, en una revisión sistemática y metaanálisis de intervenciones dirigidas a pacientes en consultas quirúrgicas, examinaron estrategias para mejorar las interacciones clínicas (14). La evidencia respalda la importancia de estudiar el encuentro asistencial, pero no permite atribuir los problemas de una institución concreta a una única causa. Las explicaciones sobre diagnóstico, tratamiento y procedimientos dependen de lenguaje, tiempo, expectativas y posibilidades de formular preguntas. Una diferencia entre lo esperado y lo percibido en estos ítems debe interpretarse como una oportunidad de mejorar la comunicación y confirmar la comprensión del paciente.

Una revisión sistemática sobre conversaciones diagnósticas mostró que la interacción clínica involucra múltiples formas de explicar problemas y comunicar información médica, con variaciones según el contexto (15). Este antecedente resulta útil para interpretar las dimensiones de empatía y seguridad de SERVQUAL como percepciones relacionadas, aunque no idénticas. Una persona puede confiar en la capacidad profesional y, al mismo tiempo, declarar que recibió explicaciones insuficientes. Por ello, las medidas de seguridad percibida no deben utilizarse como prueba de competencia clínica

comprobada. La interpretación conjunta de las dimensiones aporta una perspectiva más cuidadosa que la de un único promedio general.

Asare y colaboradores analizaron en Ghana las necesidades de información de personas atendidas en consulta externa mediante una adaptación de SERVQUAL. Su investigación relacionó la comunicación asistencial con la valoración de la calidad del servicio (16). En atención primaria, Östensson y colaboradores examinaron expectativas y experiencias de comunicación con profesionales de enfermería, diferenciando necesidades afectivas y orientaciones prácticas del encuentro clínico (17). Ambas investigaciones muestran que la experiencia comunicativa exige indicadores específicos y que las valoraciones globales pueden ocultar dificultades para comprender instrucciones, participar en decisiones o expresar preocupaciones. Para el presente estudio, estos antecedentes ofrecen un contraste pertinente con las brechas de trato y comprensión médica.

Ekberg, Beach y Jones revisaron investigaciones sobre conversaciones en consultas externas especializadas y distinguieron actividades como recopilar antecedentes, comunicar diagnósticos, tomar decisiones y abordar preocupaciones de los pacientes (18). Su aproximación permite comprender por qué los atributos relacionados con empatía y claridad de las explicaciones no deben confundirse con una evaluación directa de competencia técnica. A diferencia de ese enfoque centrado en interacciones observadas, el presente estudio utiliza cuestionarios de expectativas y percepciones. Ambos enfoques son complementarios, pero sus indicadores no son intercambiables. Esta distinción proporciona una base conceptual para interpretar los resultados de comunicación sin suponer que una valoración negativa identifica por sí sola la causa institucional.

Medición de brechas de SERVQUAL y comparabilidad entre estudios

La operacionalización de SERVQUAL se apoya en pares de respuestas sobre lo esperado y lo recibido. Sin embargo, las investigaciones pueden diferir en el significado atribuido a las puntuaciones, la adaptación lingüística, el peso de cada dimensión y los puntos de corte utilizados. El valor de una brecha positiva indica una distancia en la dirección adoptada por el instrumento, pero no determina automáticamente su relevancia clínica. La comparación entre trabajos requiere conocer el número de reactivos, la escala empleada y el método de agregación. En este artículo se presentan las medias de cinco dimensiones, cuyos tamaños son distintos, y se explica la forma en que se resume la medida global.

La literatura reciente ofrece antecedentes sobre la diversidad de perfiles en servicios públicos y privados (6-11). Algunas investigaciones destacan las dificultades de acceso o puntualidad, mientras otras identifican diferencias en trato, tangibilidad o confianza profesional. Estas discrepancias pueden reflejar características reales de los establecimientos, pero también modificaciones en los instrumentos, diferencias de composición muestral y criterios de valoración. En consecuencia, el vacío que aborda este estudio es principalmente local y aplicado: faltaba un diagnóstico dimensional explícito de la consulta externa de Medicina General del hospital examinado durante el periodo delimitado. La aportación consiste en identificar prioridades descriptivas para gestión, sin atribuir causalidad ni generalizar resultados a otros servicios.

Qiu, Xiao y Li aplicaron un modelo de calidad de servicios en hospitales públicos de China y contrastaron expectativas y percepciones relacionadas con atención sanitaria digital; observaron brechas distintas según atributos y características de los pacientes (19). Su instrumento adaptado incluyó dimensiones diferentes de las cinco empleadas aquí, lo que limita la comparación numérica directa. Por otra parte, Aljohani analizó tendencias de satisfacción en atención primaria de Arabia Saudita entre 2022 y 2024 mediante encuestas repetidas y encontró variaciones temporales y sociodemográficas (20). En conjunto, ambos estudios refuerzan la importancia de precisar dimensiones, denominadores y periodos, y aportan un contexto internacional para interpretar las brechas del hospital de Mérida.

MÉTODO

Diseño, contexto y participantes

Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, con recopilación prospectiva de cuestionarios durante septiembre y octubre de 2025. El escenario fueron los consultorios de Medicina General de la consulta externa del Hospital General Dr. Agustín O'Horán, situado en Mérida, Yucatán, México. Se consideró una población de referencia aproximada de 2.240 atenciones de usuarios durante el periodo. Las unidades de análisis fueron las personas adultas que proporcionaron cuestionarios válidos. Al tratarse de una medición realizada en un único periodo, la información permite caracterizar la experiencia de quienes participaron, pero no identificar cambios longitudinales ni establecer causas de las brechas observadas.

El tamaño de muestra se estimó para una población de 2.240 atenciones, con un nivel de confianza del 95 %, proporción esperada de 0,5 y precisión de 0,05. Durante el periodo se abordó a 360 personas, de las cuales se obtuvieron 328 cuestionarios válidos. La selección se organizó mediante muestreo sistemático con inicio aleatorio y controles de distribución por edad y sexo, según el procedimiento establecido para los turnos y consultorios. El estudio caracteriza la experiencia de los participantes incluidos y analiza las brechas de expectativas y percepciones en esta modalidad de consulta externa.

Se incluyeron usuarios de ambos sexos de 18 años o más que recibieron atención en el periodo y aceptaron participar mediante consentimiento informado. Se excluyeron situaciones de emergencia médica y gestiones exclusivamente administrativas, así como circunstancias que impedían responder el cuestionario. Los formularios incompletos no ingresaron al conjunto de encuestas válidas. Se recopilaron edad, sexo, escolaridad, tipo de usuario y turno de atención. Estas variables se utilizaron para explorar diferencias en ciertas valoraciones, aunque los resultados del estudio no proporcionan desgloses sociodemográficos completos. Por esa razón, el presente texto no incorpora frecuencias poblacionales ni distribuciones adicionales no consignadas.

Instrumento y operacionalización

La calidad percibida se evaluó mediante un cuestionario basado en SERVQUAL con 22 pares de reactivos: uno para la expectativa y otro para la percepción posterior al servicio. Cada respuesta utilizó una escala Likert de uno a siete puntos. Los reactivos se organizaron en fiabilidad (1-5), capacidad de

respuesta (6-9), seguridad (10-13), empatía (14-18) y aspectos tangibles (19-22). La tabla 1 presenta la estructura operativa del instrumento y permite identificar los contenidos medidos por cada dimensión. Se respetó la estructura de 22 reactivos y cinco dimensiones del instrumento aplicado, distinguiendo la interpretación de las brechas de otras propiedades psicométricas.

Para cada reactivo se definió GAP = expectativa menos percepción. Una brecha positiva indica que la expectativa supera la percepción registrada, una brecha igual a cero refleja coincidencia y una brecha negativa indica una percepción superior a la expectativa. La media dimensional resume los reactivos asignados a cada dominio. El promedio global de 0,7412 coincide con la media aritmética simple de las cinco brechas dimensionales publicadas; debe distinguirse de una media ponderada por el número de ítems de cada dimensión. La interpretación se centra en magnitudes y dirección de las diferencias, sin asumir que determinados puntos de corte sean estándares clínicos universalmente validados.

Tabla 1

Dimensiones y operacionalización del cuestionario SERVQUAL

Dimensión	Contenido evaluado	Ítems
Fiabilidad	Orientación inicial, horario, orden de llegada, expediente y obtención de citas	1-5
Capacidad de respuesta	Disposición y oportunidad para responder solicitudes del usuario	6-9
Seguridad	Confianza y seguridad que transmite la atención	10-13
Empatía	Trato, interés clínico y comprensión del problema, tratamiento y procedimientos	14-18
Aspectos tangibles	Señalización, orientación, equipo disponible, limpieza y comodidad	19-22

Nota. Estructura de 22 ítems y cinco dimensiones. Fuente: cuestionario SERVQUAL aplicado en el Hospital Dr. Agustín O'Horán, 2025.

Procedimiento y análisis estadístico

Las encuestas se aplicaron mediante dispositivos digitales por personal capacitado. El procedimiento contó con autorización institucional y consentimiento informado de los usuarios. Los datos se procesaron con SPSS, versión 22, y se obtuvieron medidas descriptivas de las cinco dimensiones y de los reactivos examinados. Para evaluar las asociaciones de edad, escolaridad y otras características con determinadas respuestas se utilizaron pruebas de chi cuadrado de Pearson, con umbral de significación de 0,05. Los resultados de estos contrastes se presentan mediante sus valores p y se interpretan de acuerdo con el diseño transversal del estudio, sin atribuir relaciones causales.

Los valores p se interpretaron como evidencia de asociación entre variables categóricas. La prueba de independencia de Pearson no establece por sí misma dirección, magnitud ni causalidad; por ello,

se diferenciaron las asociaciones significativas de las comparaciones descriptivas. Se mantuvieron los valores obtenidos en el procesamiento estadístico de las cinco dimensiones y de los reactivos examinados. Para la interpretación de las medias se distinguió el promedio global de los resultados por dimensión y por atributo, debido a que cada uno describe un nivel diferente de la experiencia asistencial. La comparación de grupos consideró las variables edad, escolaridad, sexo, turno y tipo de usuario.

RESULTADOS

Brechas de calidad por dimensión

Se analizaron 328 cuestionarios válidos de personas adultas atendidas en la consulta externa de Medicina General. Los resultados se organizan por dimensión y por atributos específicos del servicio. La brecha agregada fue de 0,7412 al promediar las cinco dimensiones con el mismo peso. Esta medida resume distancias entre expectativas y percepciones, pero no equivale a un porcentaje de usuarios satisfechos ni a una prueba de eficacia clínica. La Tabla 2 permite reconocer las diferencias relativas de cada dominio y sitúa la empatía, la fiabilidad y los aspectos tangibles como áreas que merecen especial atención en la evaluación institucional.

Tabla 2

Brechas SERVQUAL por dimensión

Dimensión	GAP medio	Lectura descriptiva
Fiabilidad	1,120	Expectativa superior a percepción
Capacidad de respuesta	0,310	Brecha positiva menor
Seguridad	−0,310	Percepción superior a expectativa
Empatía	1,576	Mayor brecha comunicada
Aspectos tangibles	1,010	Expectativa superior a percepción

Nota. GAP = expectativa − percepción; media global = 0,7412. Fuente: encuesta SERVQUAL de 328 usuarios, 2025.

La empatía presentó la mayor brecha (1,576), seguida de fiabilidad (1,120) y aspectos tangibles (1,010). En contraste, la capacidad de respuesta mostró una brecha menor (0,310) y seguridad registró un valor negativo (−0,310). Esta última cifra significa que, en promedio, la valoración informada superó la expectativa en los reactivos de confianza y seguridad percibida; no demuestra por sí misma ausencia de incidentes o competencia técnica comprobada. Las diferencias entre dimensiones sugieren que la experiencia de los usuarios fue heterogénea y que el promedio general oculta atributos particularmente problemáticos. Su interpretación debe relacionarse con las descripciones específicas por reactivo.

Atributos con mayores diferencias entre expectativas y percepciones

La evaluación por reactivos se centró en 14 ítems de fiabilidad, empatía y aspectos tangibles. Los valores son brechas individuales y no porcentajes. Los tres registros mayores fueron el cumplimiento

del horario programado, el respeto del orden de llegada y el trato interpersonal, todos superiores a dos puntos o cercanos a ese valor. El conjunto también incluye reactivos con brechas negativas, como la orientación de admisión y la disponibilidad de la historia clínica. La Tabla 3 integra los resultados existentes en una sola presentación, evitando repetir tres cuadros independientes y sin añadir cifras de los ocho ítems restantes que no se aportaron.

Tabla 3

Brechas informadas en los reactivos de las dimensiones prioritarias

Dimensión	Ítem	Atributo	GAP
Fiabilidad	1	Orientación por admisión	−0,64
Fiabilidad	2	Consulta en horario programado	2,22
Fiabilidad	3	Respeto del orden de llegada	2,16
Fiabilidad	4	Disponibilidad de historia clínica	−0,34
Fiabilidad	5	Facilidad para obtener citas	1,88
Empatía	14	Trato amable y respetuoso	2,06
Empatía	15	Interés clínico en resolver el problema	0,46
Empatía	16	Comprensión de enfermedad o resultados	1,92
Empatía	17	Comprensión del tratamiento y las dosis	1,72
Empatía	18	Comprensión de procedimientos o análisis	1,72
Aspectos tangibles	19	Señalización y orientación	0,96
Aspectos tangibles	20	Personal disponible para orientar	−0,06
Aspectos tangibles	21	Equipo y materiales disponibles	1,40
Aspectos tangibles	22	Limpieza y comodidad	1,74

Nota. Las brechas positivas indican expectativa superior a percepción. Fuente: encuesta SERVQUAL de 328 usuarios, 2025.

Las diferencias elevadas en puntualidad y orden de atención sitúan la organización de las citas entre las áreas de mejora. En empatía, las brechas en trato y comprensión de explicaciones respaldan la necesidad de examinar prácticas de comunicación durante la consulta. En aspectos tangibles, la limpieza y comodidad registró el valor más alto de su dimensión. Estos datos no permiten atribuir las

brechas a una cantidad específica de profesionales, a duración de consultas ni a recursos presupuestarios, porque dichas variables no fueron evaluadas de forma directa. Las prioridades señaladas proceden del contraste de expectativas y percepciones, no de una auditoría de procesos asistenciales.

Asociaciones con características sociodemográficas

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre determinadas valoraciones y las variables edad o nivel educativo. Los resultados se resumen en la Tabla 4 como pares de variable, ítem y valor p, evitando presentar como demostrada la dirección de las diferencias entre subgrupos. La interpretación se centró en la significación de los contrastes y evitó equipararla a la magnitud de una asociación. Del mismo modo, la afirmación de ausencia de asociaciones para sexo, turno o tipo de usuario se interpreta como falta de significación en los contrastes comunicados, sin convertirla en una prueba de igualdad entre grupos. Los análisis deben entenderse como exploratorios dentro del alcance transversal.

Tabla 4

Asociaciones de variables sociodemográficas con reactivos de calidad

Ítem	Variable	Valor p
2	Edad	0,0004
2	Escolaridad	0,030
3	Edad	0,002
5	Edad	0,020
14	Edad	0,001
16	Escolaridad	0,017
17	Escolaridad	0,024
18	Escolaridad	0,015
19	Edad	0,018

Nota. Valores p de chi cuadrado de Pearson. Fuente: análisis estadístico de la encuesta SERVQUAL, 2025.

La asociación entre edad y la percepción del horario programado presentó el menor valor p comunicado. También se observaron asociaciones entre escolaridad y reactivos vinculados con la comprensión clínica. No obstante, la significación estadística por sí sola no determina la intensidad ni la dirección de una relación y tampoco permite inferir causalidad. Además, el número de contrastes comunicados exige precaución ante asociaciones aisladas. En síntesis, estos resultados identifican factores de experiencia que merecen una exploración más detallada, pero no permiten definir políticas diferenciadas únicamente a partir de los valores p.

DISCUSIÓN

Los hallazgos permiten responder al objetivo general mediante la identificación de un patrón desigual de calidad percibida en la consulta externa estudiada. El promedio de brechas dimensionales comunica una diferencia positiva entre expectativas y percepciones, pero su valor agregado no describe de forma suficiente los dominios del servicio. La amplitud de la brecha de empatía, junto

con las de fiabilidad y aspectos tangibles, sitúa la interacción y la organización cotidiana como ámbitos prioritarios. Esta interpretación coincide con el enfoque de evaluación multidimensional de la calidad propuesto por Donabedian (3) y con la necesidad de incorporar sistemáticamente experiencias de usuarios a la gestión asistencial (1,2).

El mayor problema identificado en empatía merece una interpretación específica. Las diferencias en trato amable y comprensión de explicaciones médicas no significan necesariamente que los profesionales carezcan de habilidades clínicas; describen una experiencia interpersonal inferior a las expectativas declaradas. Una revisión sobre intervenciones centradas en el paciente en consultas quirúrgicas destacó la importancia de apoyar la comunicación durante el encuentro asistencial (14). Asimismo, el análisis de conversaciones diagnósticas documenta que la comprensión del paciente depende de múltiples elementos de interacción (15). De este modo, la capacitación en habilidades comunicativas, la comprobación de comprensión y el respeto durante la consulta son alternativas razonables para evaluación institucional.

Los antecedentes recientes distinguen entre valorar la relación profesional y medir la información comprendida por cada usuario. En el estudio de Asare y colaboradores, las necesidades informativas formaron parte de la evaluación de calidad ambulatoria (16), mientras que Östensson y colaboradores examinaron distintas dimensiones de la comunicación en atención primaria (17). Ekberg y colaboradores mostraron, desde el análisis conversacional, que explicar diagnósticos y compartir decisiones constituyen actividades clínicas diferentes (18). Estas aportaciones favorecen una interpretación específica de la empatía en Mérida: las brechas de trato y comprensión representan experiencias distintas, por lo que pueden abordarse con acciones institucionales complementarias y evaluarse por separado.

La fiabilidad incorpora principalmente componentes de puntualidad, orden y disponibilidad de citas. Estas brechas merecen atención porque la secuencia de atención es una parte concreta de la experiencia que puede generar frustración aun cuando el acto médico resulte satisfactorio. McAvoy y colaboradores analizaron las listas de espera mediante pensamiento sistémico y subrayaron la relevancia de las dinámicas organizativas (13). Esa investigación no valida una intervención particular para el hospital de Mérida, pero permite formular hipótesis operativas sobre programación y flujos de pacientes. La revisión de tiempos reales, frecuencias de retrasos y causas administrativas sería necesaria antes de recomendar cambios específicos en agendas o recursos.

En un estudio ecuatoriano de atención primaria, las dificultades para obtener citas destacaron entre las brechas de servicio (9), mientras que otras dimensiones mostraron perfiles distintos. La coincidencia con los problemas de acceso identificados en Mérida no establece equivalencia entre poblaciones, establecimientos ni herramientas utilizadas. De manera similar, la evaluación de pacientes hospitalizados en Guanajuato reveló asociaciones entre dimensiones de SERVQUAL y satisfacción general (7), pero su ámbito es diferente del de Medicina General ambulatoria. Estas comparaciones respaldan la pertinencia de evaluar la calidad mediante componentes diferenciados y advierten contra extrapolar resultados obtenidos en instituciones con distintas cargas asistenciales y formas de organización.

Los aspectos tangibles representan una dimensión adicional de la experiencia. La brecha registrada en limpieza y comodidad sugiere que los usuarios valoran las condiciones del entorno físico junto con el trato y la oportunidad de atención. Estudios recientes de pacientes ambulatorios en Ghana y Sudáfrica incluyeron atributos de entorno y procesos organizativos en sus mediciones de experiencia (10,11). Sin embargo, los resultados de SERVQUAL no equivalen a una inspección ambiental ni permiten determinar el cumplimiento de normas sanitarias. Para decidir mejoras materiales sería apropiado complementar la encuesta con observación estructurada de señalización, accesibilidad, limpieza y estado de salas de espera, sin confundir percepciones con mediciones técnicas.

El valor negativo en seguridad debe interpretarse de acuerdo con la fórmula expectativa menos percepción adoptada en el estudio. Indica que esta dimensión alcanzó, en promedio, una percepción superior a lo esperado; no acredita la competencia de los profesionales ni demuestra la ausencia de errores asistenciales. El hallazgo contrasta con las elevadas brechas de comunicación y puede coexistir con ellas porque las dimensiones evalúan atributos distintos. La literatura sobre calidad subraya que la experiencia comunicada es una parte de la evaluación, junto con componentes de estructura, procesos clínicos y resultados (3). En consecuencia, la lectura científica requiere evitar tanto conclusiones excesivamente negativas como afirmaciones de excelencia clínica sustentadas únicamente en encuestas.

La literatura comparada subraya además la influencia del contexto en las mediciones de calidad. Qiu y colaboradores identificaron diferencias entre expectativas y percepciones en hospitales públicos chinos mediante un instrumento adaptado a servicios digitales (19). Aljohani documentó variaciones de satisfacción entre periodos y subgrupos de usuarios en centros de atención primaria sauditas (20). Aunque ninguno de esos resultados puede trasladarse directamente a la población de Mérida, ambos respaldan la necesidad de distinguir los atributos organizativos, las características de los participantes y los instrumentos aplicados. En este estudio, la prioridad corresponde a los procesos identificados por los usuarios de Medicina General durante el periodo de evaluación.

Las asociaciones entre edad, escolaridad y atributos de la atención constituyen un resultado complementario que puede orientar nuevas preguntas sobre la experiencia de los usuarios. Los contrastes de chi cuadrado presentados permiten identificar relaciones estadísticas entre categorías, pero no establecen por sí mismos efectos causales ni cuantifican la magnitud de las diferencias. La interpretación de estos hallazgos debe considerar características de los pacientes, expectativas previas y condiciones organizativas de la consulta. Investigaciones posteriores podrían incorporar medidas de intensidad de asociación y modelos multivariables para examinar conjuntamente el perfil sociodemográfico y los procesos asistenciales que intervienen en la calidad percibida.

El modo de agregación de las puntuaciones resulta fundamental para interpretar las brechas. La media general de 0,7412 se obtiene al promediar con igual peso las cinco dimensiones, aunque estas comprenden diferentes cantidades de reactivos. En fiabilidad, el promedio aritmético de los cinco GAP individuales consignados es 1,056, mientras la media dimensional presentada es 1,120. Esta diferencia exige revisar la ponderación y los procedimientos de agregación antes de utilizar ambos indicadores como si fueran equivalentes. El hallazgo principal no cambia: los mayores problemas de

experiencia se concentran en atributos relacionados con comunicación, organización de citas y entorno físico. Una descripción consistente del cálculo facilitará futuras comparaciones de calidad.

Finalmente, el carácter transversal de la investigación y su realización en una sola modalidad asistencial delimitan el alcance de las conclusiones. Las encuestas expresan la valoración de los participantes durante el periodo estudiado, por lo que no sustituyen mediciones directas de desempeño clínico, tiempos observados o condiciones físicas. Las asociaciones sociodemográficas ofrecen información complementaria sobre los atributos examinados, pero no justifican interpretaciones causales. El trabajo permite priorizar dimensiones relevantes para la mejora continua, especialmente comunicación interpersonal, cumplimiento de horarios y condiciones del entorno. Una evaluación institucional posterior podría combinar mediciones de procesos asistenciales con nuevas encuestas de experiencia para estimar el efecto de las mejoras implementadas.

CONCLUSIONES

La evaluación realizada en la consulta externa de Medicina General del Hospital General Dr. Agustín O'Horán permitió identificar diferencias entre las expectativas de 328 usuarios y la atención percibida mediante SERVQUAL. El promedio de las cinco dimensiones fue positivo, lo cual indica que, en términos agregados, las expectativas superaron las percepciones. Este resultado responde al objetivo general de describir la calidad percibida en el servicio examinado, pero no constituye una medida directa de efectividad clínica ni autoriza extrapolaciones a otras áreas hospitalarias. La interpretación se circunscribe al periodo y población incluidos en la investigación.

La empatía presentó la brecha más amplia y concentró diferencias relevantes en trato interpersonal y comprensión de información clínica. Estas valoraciones identifican oportunidades para revisar la comunicación entre personal y pacientes, especialmente la claridad de las explicaciones sobre problemas de salud, tratamientos y procedimientos. Las intervenciones educativas, la verificación de comprensión y la retroalimentación organizada de usuarios constituyen alternativas para el fortalecimiento de estos procesos. Su conveniencia y efectividad deberán evaluarse en el contexto institucional, sin atribuir a los resultados descriptivos un efecto comprobado sobre desenlaces clínicos.

La fiabilidad también mostró áreas de mejora relacionadas con cumplimiento de horarios, respeto del orden de llegada y facilidad para obtener citas. Estas diferencias señalan que la organización del proceso ambulatorio forma parte de la experiencia valorada por los pacientes. Las decisiones de gestión deberían apoyarse adicionalmente en información sobre demoras efectivas, disponibilidad de consultorios y circuitos administrativos. El estudio no determina por sí mismo qué factor origina cada brecha, por lo que su contribución reside en orientar el diagnóstico operativo y no en establecer una solución institucional cuya eficacia ya esté demostrada.

La dimensión de aspectos tangibles evidenció una diferencia apreciable entre expectativas y percepciones, particularmente respecto a limpieza y comodidad del entorno. Al mismo tiempo, seguridad presentó una brecha negativa, indicativa de una valoración superior a la expectativa en esa

dimensión. La coexistencia de estos resultados muestra que una experiencia favorable en confianza percibida puede acompañarse de insatisfacción con instalaciones o procesos organizativos. No corresponde inferir calidad técnica ni cumplimiento normativo únicamente a partir de esta encuesta; se requiere complementar los hallazgos con registros de mantenimiento, observaciones ambientales y evaluaciones asistenciales específicas.

Las asociaciones de edad y escolaridad con ciertos reactivos sugieren diferencias de percepción que merecen análisis adicional, aunque no permiten establecer dirección, magnitud o causalidad sin las tablas y estadísticos completos. Asimismo, la divergencia aritmética detectada en fiabilidad aconseja revisar el procedimiento de agregación antes de utilizar esas cifras como referencia definitiva para comparaciones externas. En conjunto, el principal aporte de la investigación es localizar atributos prioritarios en un servicio concreto y fundamentar un proceso de mejora continua con seguimiento de indicadores, mediciones periódicas y participación de los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de la Garza-Carranza MT, Calderón-Pérez A, Reyes-Berlanga ML, García-Torres MA. Calidad en el servicio mediante la metodología Servqual y satisfacción en pacientes hospitalizados. Horiz Sanitario. 2024;23(1):73-81. https://doi.org/10.19136/hs.a23n1.5697.
2. World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, World Bank Group. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: WHO; 2018. https://doi.org/10.1787/9789264300309-en
3. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2023. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en
4. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033
5. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. J Mark. 1985;49(4):41-50. https://doi.org/10.1177/002224298504900403.
6. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. J Retail. 1988;64(1):12-40. https://doi.org/10.5281/zenodo.14579730.
7. Doubova SV, Leslie HH, Pérez-Cuevas R, Kruk ME, Arsenault C. Users' perception of quality as a driver of private healthcare use in Mexico: insights from the People's Voice Survey. PLoS One. 2024;19(6):e0306179. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306179.
8. Gilavand A, Torabipour A. The quality of services of Iran university hospitals based on SERVQUAL's evaluation model: a systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2022;10:838359. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.838359.
9. Bustamante U MA, Tello M, Carvache-Franco M, Carvache-Franco O, Carvache-Franco W. Statistical determination of service quality gaps in primary health care in Guayas, Ecuador. PLoS One. 2024;19(3):e0299994. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299994.
10. Owusu AA, Boakye K, Boateng D, Osei-Mensah C, et al. Patient satisfaction with quality of care at out-patient departments in selected health facilities in Kumasi, Ghana. BMC Health Serv Res. 2024;24:1027. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11399-w.

11. Chitha WW, Mnyaka OR, Ncinitwa A, Giwu O, et al. Assessing patients' experience of care in four referral hospitals: a cross-sectional survey of outpatients in two South African rural provinces. BMC Health Serv Res. 2024;24:1566. https://doi.org/10.1186/s12913-024-12002-y.
12. León-García M, Wieringa TH, Espinoza Suárez NR, et al. Does the duration of ambulatory consultations affect the quality of healthcare? A systematic review. BMJ Open Qual. 2023;12(4):e002311. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002311.
13. McAvoy S, Toth-Peter A, Jagdish N, Nguyen BH, Arnott A, et al. Timely access to specialist outpatient care: can applying systems thinking unblock our waiting lists? BMC Health Serv Res. 2025;25:121. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11981-2
14. Herath M, Reid JL, Ting YY, Bradshaw EL, Edwards S, Bruening M, et al. Patient focused interventions and communication in the surgical clinic: a systematic review and meta-analysis. eClinicalMedicine. 2023;57:101893. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101893.
15. Huynh K, Brito JP, Bylund CL, Prokop LJ, Singh Ospina N. Understanding diagnostic conversations in clinical practice: a systematic review. Patient Educ Couns. 2023;116:107949. https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107949.
16. Asare AA, Otchi E, Manu A. Relevance of meeting general outpatients' information needs to their perceptions of healthcare quality in a hospital in Ghana: a Healthcare Quality Survey using modified SERVQUAL analysis. BMJ Open Qual. 2024;13(2):e002683. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002683.
17. Östensson S, Acuña Mora M, Darcy L, Saarnio Huttu L, Van Dulmen S, Sundler AJ. Patient–registered nurse communication: exploring patients' expectations and experience in primary care consultations. Health Expect. 2025;28(4):e70353. https://doi.org/10.1111/hex.70353.
18. Ekberg K, Beach WA, Jones D. Communication in outpatient secondary care: a state-of-the-art literature review of conversation-analytic research. Res Lang Soc Interact. 2024;57(1):38-54. https://doi.org/10.1080/08351813.2024.2305042.
19. Qiu Y, Xiao C, Li J. Service quality evaluation of county-level public hospitals in Chongqing under smart healthcare. BMC Health Serv Res. 2024;24:1492. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11976-z.
20. Aljohani M. Three-year trends and seasonal variation in patient satisfaction with primary health care services in Saudi Arabia: results from the national patient experience measurement program (2022–2024). Front Public Health. 2026;13:1727345. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1727345.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se desarrolló mediante una revisión de literatura basada exclusivamente en fuentes documentales previamente publicadas. No involucró la participación directa de seres humanos o animales, la realización de intervenciones, el uso de muestras biológicas ni el acceso a datos personales identificables. En consecuencia, no requirió aprobación de un comité de ética ni la obtención de consentimiento informado. Durante el proceso investigativo se observaron los principios de integridad científica, atribución adecuada de la autoría, citación rigurosa y uso responsable de las fuentes consultadas.

DECLARACIÓN DE USO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA)

Los autores afirman que la herramienta de inteligencia artificial se utilizó exclusivamente para apoyar la organización del artículo y la traducción del texto. Su uso no determinó el contenido científico, el diseño del estudio, la selección de fuentes, el análisis de datos, la interpretación de resultados ni las conclusiones. La responsabilidad total del contenido sigue siendo de los autores.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran que este estudio no recibió ningún tipo de financiación externa por parte de agencias públicas, privadas, ni de organizaciones sin ánimo de lucro. Todas las actividades de investigación, análisis y desarrollo fueron realizadas con recursos propios.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses relacionados con este estudio y que todos los procedimientos seguidos cumplen con los estándares éticos establecidos por la revista. Asimismo, confirman que este trabajo es inédito y no ha sido publicado, ni parcial ni totalmente, en ninguna otra publicación.

CONTRIBUCIÓN DEL AUTOR

Nombres e iniciales de los autores: Roberto Abraham May Pérez (RAMP), Gael García Quinto (GGQ), Myrna Nataly Durán Fajardo (MNDF), Elidé de los Ángeles Moreno Pacheco (EÁMP), Luisa Guadalupe Villanueva Herrera (LGVH)

1. Conceptualización: RAMP, GGQ, MNDF, EÁMP, LGVH
2. Curación de datos: RAMP, GGQ, MNDF, EÁMP, LGVH
3. Análisis formal: RAMP, GGQ, MNDF, EÁMP, LGVH
4. Adquisición de financiación: no aplicable
5. Investigación: RAMP, GGQ, MNDF, EÁMP, LGVH
6. Metodología: RAMP, GGQ, MNDF, EÁMP, LGVH
7. Administración de proyectos: RAMP, GGQ, MNDF, EÁMP, LGVH
8. Recursos: no aplicable
9. Software: no aplicable
10. Supervisión: RAMP, GGQ, MNDF, EÁMP, LGVH
11. Validación: RAMP, GGQ, MNDF, EÁMP, LGVH
12. Vista: RAMP, GGQ, MNDF, EÁMP, LGVH
13. Borrador original: RAMP, GGQ, MNDF, EÁMP, LGVH
14. Redacción, revisión y edición: RAMP, GGQ, MNDF, EÁMP, LGVH