









# Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

## Calidad y satisfacción de la atención médica percibida en pacientes hospitalizados por COVID-19: estudio cualitativo

*Perceived quality and satisfaction of medical care in hospitalized COVID-19 patients: a qualitative study.*

**Artículo Original** DOI: 10.19136/hs.a25.2.6259

Joaquín Vázquez Cruz <sup>1</sup>   
Gaudencio Gutiérrez Alba <sup>2</sup>   
Clara Juárez Ramírez <sup>3</sup>   
José Alberto Muñoz Hernández <sup>4</sup>   
José Bernabé Ramírez Cabrera <sup>5</sup>   
Joel Jahaziel Díaz Vallejo <sup>6</sup> 

**Correspondencia:** Gaudencio Gutiérrez Alba. Dirección Postal: Departamento de Sistemas de Salud. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. C. 21 de agosto No. 9 Bis, esq. C. Ruiz Cortínez, Col. Miguel Hidalgo. C.P 91143. Xalapa-Enríquez, Veracruz. México.

Correo electrónico: gagutierrez@uv.mx



Licencia CC-BY-NC-ND

<sup>1</sup> Maestro en Ciencias de la Salud. Profesor. Facultad de Psicología. Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz, México.

<sup>2</sup> Doctor en Ciencias en Salud Pública. Departamento de Sistemas de Salud. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz. México.

<sup>3</sup> Doctora en Antropología Social y Cultural. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México.

<sup>4</sup> Doctor en Ciencias en Salud Pública. Departamento de Sistemas de Salud. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz. México.

<sup>5</sup> Maestro en Investigación Clínica. Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio IMSS-Bienestar. Xalapa, Veracruz. México.

<sup>6</sup> Doctor en Ciencias en Salud Pública. Universidad Veracruzana. Facultad de Química Farmacéutica Biológica. Xalapa, Veracruz. México.



## Resumen

**Objetivo:** Explorar la calidad y satisfacción de la atención médica percibida en pacientes hospitalizados por COVID-19.

**Materiales y métodos:** Estudio cualitativo, exploratorio. Se seleccionaron 14 casos de pacientes hospitalizados por COVID-19 en un hospital de alta especialidad del estado de Veracruz, México.

**Resultados:** La solicitud de atención hospitalaria fue postergada por sobresaturación hospitalaria y miedo al fallecimiento, el estado de salud grave fue el principal motivo para solicitar la atención. La calidad y satisfacción percibida se relacionaron con la labor y actitud del personal de enfermería y del personal de apoyo, mediante atenciones como: trato positivo, acompañamiento, comunicación, aplicación de medicamentos y ejecución de procedimientos clínicos; así como en la suficiencia de recursos materiales y humanos. El restablecimiento de la salud y la valoración positiva del servicio incentivaron el uso futuro de los servicios de salud del hospital.

**Conclusiones:** La calidad y satisfacción de la atención médica percibida integra aspectos afectivos enfocados en la mitigación del sufrimiento y restablecimiento de la salud, y aspectos cognitivos relacionados con el establecimiento de un parámetro evaluativo del servicio.

**Palabras Claves:** Calidad de la Atención de Salud; Satisfacción del Paciente; COVID-19; Hospitalización; Investigación Cualitativa.

## Abstract

**Objective:** To explore the perceived quality and satisfaction of medical care in hospitalized COVID-19 patients.

**Materials and methods:** Qualitative, exploratory study. 14 cases of patients hospitalized for COVID-19 in a high-specialty hospital in the state of Veracruz, Mexico, were selected.

**Results:** Requests for medical care from the hospital were postponed due to fear of contagion and fear of death; serious health status was the main reason for seeking care. Perceived quality and satisfaction were related to the work and attitude of nursing and support staff, reflected in actions such as positive interpersonal treatment, emotional support, communication, medication administration, and the execution of clinical procedures; additionally, the adequacy of material and human resources. Restoration of health, and positive assessment of the service encouraged future utilization of the hospital's healthcare services.

**Conclusions:** Perceived quality and satisfaction of medical care encompass affective components focused on alleviating suffering and restoring health, as well as cognitive components related to establishment of evaluative criteria regarding healthcare services.

**Keywords:** Quality of Health Care; Patient Satisfaction; COVID-19; Hospitalization; Qualitative Research.

• Fecha de recibido: 03 de marzo de 2026 • Fecha de aceptado: 18 de mayo de 2026  
• Fecha de publicación: 18 de mayo de 2026

## Introducción

La COVID-19 es una enfermedad respiratoria causada por un coronavirus de reciente aparición y declarada en el año 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como pandemia por sus niveles alarmantes de propagación y gravedad<sup>1</sup>. A nivel mundial, los daños en salud se han calculado en alrededor de 770 millones de casos confirmados y 6.9 millones de defunciones<sup>2</sup>. En México, hubo 5,733,925 de casos confirmados y 324,134 defunciones, colocándolo como el quinto país con mayor número de muertos<sup>3</sup>. La Secretaría de Salud (SSA) realizó un resumen estadístico sobre el número de pacientes hospitalizados por COVID-19 durante las cinco olas en México, contabilizando un acumulado de 710,374, destacando la alta demanda de este servicio<sup>4</sup>. El estado de Veracruz se ubicó en el séptimo lugar de entidades con mayor número de casos acumulados con 241,630 y cuarto lugar por defunciones confirmadas con 16,951 decesos<sup>5</sup>.

El Ministerio de salud de México impulsó a nivel federal, estatal y municipal estrategias y acciones extraordinarias de mitigación, control y combate contra la COVID-19. La reconversión hospitalaria se propuso como estrategia para asegurar el acceso oportuno y la calidad de la atención de los pacientes contagiados de COVID-19 mediante la reorganización de los servicios de atención médica<sup>6</sup>. En el estado de Veracruz fue implementada para priorizar la atención de pacientes contagiados por COVID-19, con urgencias gineco-obstétricas y patologías graves que requirieron cuidados intensivos<sup>7,8</sup>.

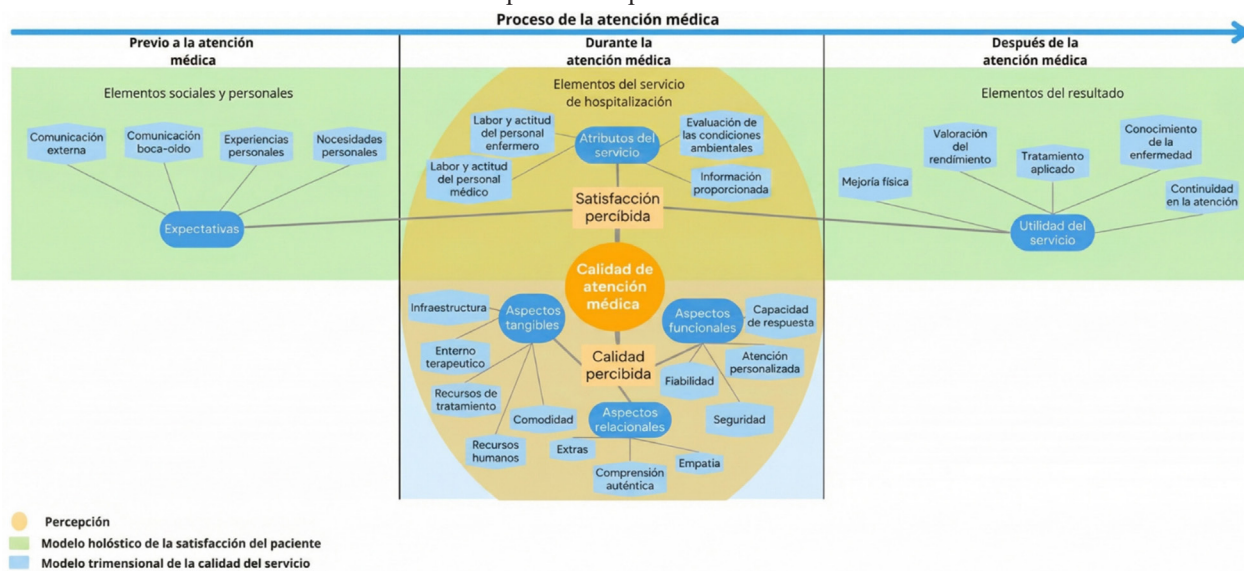
La calidad de la atención médica es una característica expresada en distinto grado por actos concretos de la asistencia sanitaria, se puede registrar continuamente con valores diferentes, y analizarse según los enfoques, dimensiones o atributos elegidos para definirla<sup>9</sup>. El modelo de calidad percibida estudia la calidad de la atención médica desde la percepción de los pacientes, y define la calidad como “el juicio global del consumidor sobre la superioridad o excelencia de un producto”<sup>10</sup>. Un modelo que retoma los fundamentos conceptuales y metodológicos de la calidad percibida es el “modelo tridimensional de la calidad del servicio”<sup>11</sup> que plantea una estructura jerarquizada e integrada para analizar la calidad de los servicios de gran complejidad desde la percepción de los usuarios. La satisfacción del paciente es un concepto multidimensional que realiza una evaluación subjetiva, juicio de valor o actitud positiva sobre la atención médica, creada con base en factores sociales, percepciones, procesos cognitivos y afectivos del paciente que reflejan sus características<sup>12</sup>. En una evaluación de la calidad de la atención médica se destaca la ‘satisfacción del paciente’ como un criterio válido para su evaluación desde la perspectiva del paciente<sup>13</sup>. Una revisión sistemática, propone cuatro determinantes clave para el análisis de la satisfacción del paciente: expectativas del paciente; atributos del servicio; utilidad del servicio; y el abordaje holístico<sup>14</sup>.

El presente estudio analizó la calidad de la atención médica desde el enfoque subjetivo, encaminado en conocer la percepción y juicios de valor de los actores involucrados<sup>15</sup>. El modelo tridimensional de la calidad del servicio y el abordaje holístico de la satisfacción del paciente fueron la base conceptual para explorar la calidad de la atención médica desde la perspectiva del paciente y, establecer las categorías y subcategorías iniciales (Figura 1).



La crisis sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19, las condiciones del sistema de salud mexicano y la limitada disponibilidad de evidencia científica para orientar la planificación, organización e implementación de intervenciones en salud, establecieron un precedente histórico en las instituciones de salud de México para el desarrollo de estrategias y acciones enfocadas al manejo de emergencias de salud pública. El escaso número de estudios a nivel nacional con un enfoque cualitativo que analicen cómo las disposiciones adoptadas por las autoridades sanitarias influyeron en la experiencia de la calidad de la atención médica de pacientes hospitalizados por COVID-19, así como en sus necesidades intrahospitalarias, la toma de decisiones compartida y los resultados de salud percibidos durante esta crisis sanitaria, justificó el planteamiento de la investigación y permitió establecer el siguiente objetivo general: explorar la calidad y satisfacción de la atención médica percibida en pacientes hospitalizados por COVID-19.

**Figura 1.** Marco conceptual para el análisis de la calidad de la atención médica percibida en pacientes hospitalizados por COVID-19



Fuente: Elaboración propia a partir de Crow, R., et al. (2003). "The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature". Health Technology Assessment 6(32): 244 y Sánchez, RM., Martínez, V., Peiró, JM and Ramos, J. (2009). "Testing a hierarchical and integrated model of quality in the service sector: Functional, relational and tangible dimensions". Total Quality Management and Business Excellence, 20(11): 1173-1188 Elaboración de los autores con base al instrumento.

## Materiales y Métodos

El diseño del estudio fue exploratorio cualitativo con análisis temático, utilizando algunos de los supuestos de la Teoría Fundamentada<sup>16,17</sup>. El estudio se sustentó en el paradigma constructivista que defiende la elaboración de la realidad social desde la subjetividad de los actores intervinientes en su proceso<sup>16</sup>. Las experiencias y percepciones de los pacientes hospitalizados por COVID-19 fueron pieza clave para comprender aspectos de la atención médica durante esta crisis sanitaria, La sede del estudio fue un hospital de alta especialidad médica, con variedad de servicios de especialidades y

subespecialidades clínico-quirúrgicas que atiende a población sin seguridad social, en la región centro del estado de Veracruz. El equipo de investigación se integró por tres investigadores especializados en investigación cualitativa, un investigador experto en estadística y dos investigadores con formación en salud pública adscritos al hospital. Para asegurar la uniformidad, las entrevistas fueron realizadas por el investigador principal, de sexo masculino, licenciado en Psicología y con experiencia previa en investigación cualitativa con pacientes en servicios clínicos.

La muestra de participantes fue intencionada, de tipo opinático según la propuesta de Olabuénaga<sup>16</sup>. Los criterios de inclusión fueron: pacientes contagiados de COVID-19 hospitalizados durante alguna de las cinco olas epidemiológicas, con un estado de consciencia “alerta” durante su estadía (periodo hospitalario  $\geq 4$  días y  $\leq 20$ ), y con un motivo de alta por “mejoría”, “traslado” o “voluntaria”. Se elaboró una matriz de análisis para la sistematización de la información mediante la revisión de 103 expedientes clínicos de pacientes hospitalizados por COVID-19, de los cuales 48 fueron descartados por no satisfacer los criterios de inclusión, y 55 considerados viables para establecer comunicación. Posteriormente, se elaboró una ficha de identificación para registrar los datos de contacto. No existía una relación previa entre el entrevistador y los participantes antes del estudio. La comunicación se estableció vía telefónica; sin embargo, durante el proceso de contacto se identificó el fallecimiento de algunos pacientes después de su egreso, información de contacto incorrecta o desactualizada, y personas que decidieron no participar en la investigación. La muestra final se integró por 14 participantes quienes fueron informados sobre el objetivo del estudio y aceptaron participar voluntariamente. Se acordó la fecha y lugar para realizar las entrevistas a profundidad, previa elaboración de una guía de entrevista, durante el periodo de marzo a mayo de 2023 (13 de forma presencial y 1 virtual) se realizaron las entrevistas. Se realizó una única entrevista por participante en espacios neutros.

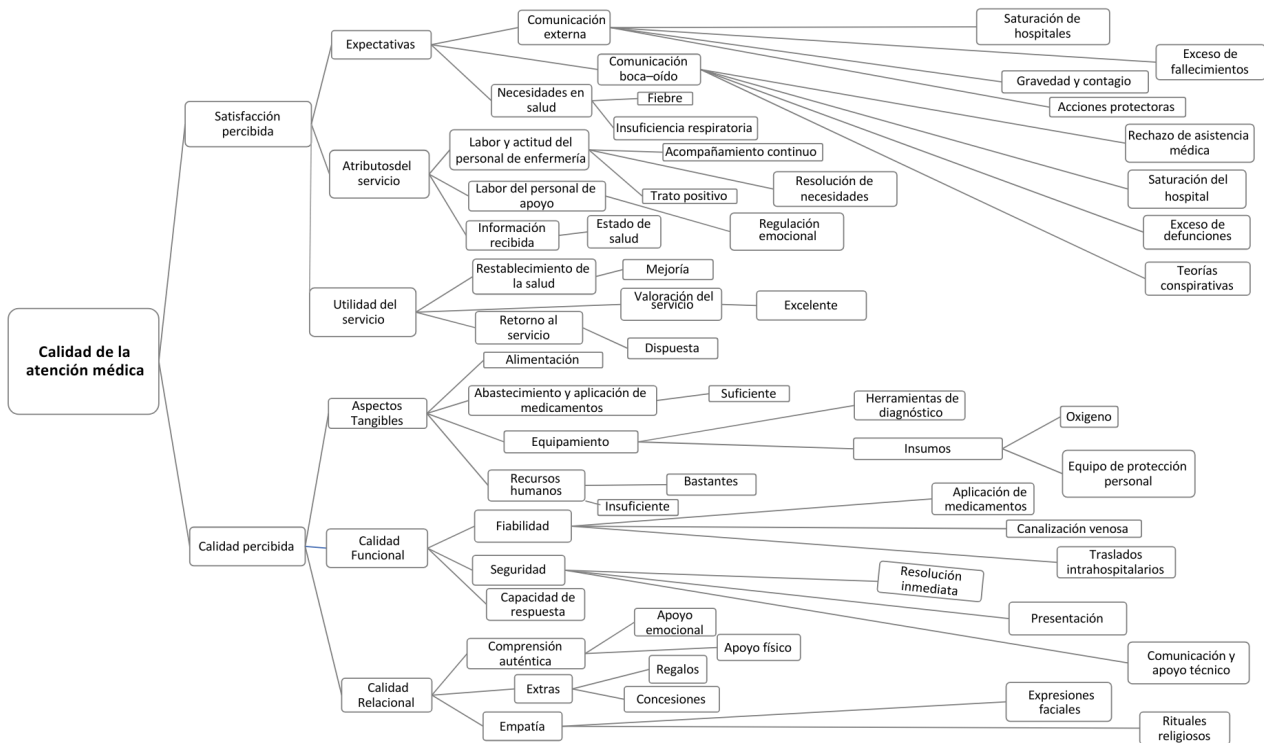
La recopilación de datos fue a través de entrevistas audiograbadas, previo consentimiento informado, transcritas verbatim utilizando la paquetería Microsoft como software de apoyo e incluyendo notas no verbales, con una duración promedio de hora. La guía de entrevista inicial estuvo integrada por dos ejes temáticos y 52 reactivos. Posteriormente, se realizó una prueba piloto que permitió eliminar seis subcategorías iniciales y reducir los reactivos a 42. El investigador principal como parte del proceso de reflexividad incluyó el registro de bitácoras de trabajo para documentar la experiencia e influencias derivadas de la interacción con los participantes durante la recolección y análisis de la información. Además, el equipo de investigación realizó reuniones periódicas para la discusión de hallazgos emergentes, revisión del proceso analítico y modificación de ejes temáticos explorados. La guía de entrevista final estuvo integrada por dos ejes temáticos: El primer eje titulado “satisfacción percibida” exploró elementos que contribuyeron a formarse un juicio sobre la atención médica, incluyendo temas como: comunicación boca-oído, información proporcionada, valoración del rendimiento. El segundo eje titulado “calidad percibida” analizó aspectos propios de la experiencia de hospitalización.

El análisis del contenido de las entrevistas se realizó de forma manual, sin el uso de algún software de análisis cualitativo, mediante la codificación abierta y axial como lo proponen Strauss y Corbin<sup>17</sup>. La codificación abierta fue realizada mediante un análisis línea por línea, identificando conceptos asociados con los dos ejes temáticos, categorías y subcategorías en términos de propiedades y dimensiones.



Luego, la codificación axial reagrupó los datos previamente fracturados y estableció relaciones entre las categorías y subcategorías. La triangulación de la información se realizó mediante: a) revisión por parte de los participantes, a través de la lectura y confirmación de la historia relatada después de las entrevistas, b) comparación de los datos obtenidos en este estudio y los resultados de otros estudios nacionales e internacionales; y c) contraste entre fuentes de información utilizadas (revisión de expedientes y entrevistas individuales). Este artículo reporta los siguientes dos ejes temáticos: I) Satisfacción percibida compuesta por las categorías: expectativas (exploró la perspectiva de los pacientes previo a la atención médica), los atributos del servicio (identificó los elementos durante la atención médica que proporcionaron satisfacción a los pacientes) y utilidad del servicio (exploró la competencia del servicio de hospitalización según los beneficios obtenidos por la atención médica); y II) Calidad percibida compuesta por las categorías: aspectos tangibles (exploró las condiciones de infraestructura, equipamiento y recursos humanos percibidos), calidad funcional (exploró la eficiencia del servicio de hospitalización en la recuperación de los pacientes) y calidad relacional (exploró las habilidades emocionales del personal de salud que fomentaron la regulación del estado anímico y social del paciente). A su vez, estas seis categorías estuvieron integradas por 19 subcategorías como se muestran en el árbol de códigos (Figura 2).

**Figura 2.** Árbol de categorías, subcategorías y códigos de satisfacción y calidad de la atención médica en pacientes contagiados de COVID-19 hospitalizados



Fuente: Elaboración propia.

## Resultados

La calidad de la atención médica percibida fue una pieza del rompecabezas que vislumbró el funcionamiento de la prestación de los servicios de salud en México durante la pandemia de COVID-19. Las tablas 1 y 2 presentan las características sociodemográficas y clínicas de los entrevistados durante su hospitalización, destacando 8 hombres y 6 mujeres participantes entre los 22 y 77 años, todos graves, en su mayoría con comorbilidades, una estancia hospitalaria entre 4 y 18 días, y un periodo de internamiento transcurrido entre junio de 2020 y febrero de 2022. Las tablas 3 y 4 muestran los testimonios sobresalientes por categoría y código nominal de la ‘satisfacción’ y ‘calidad’ percibida durante la atención hospitalaria. A continuación, se realiza una síntesis de los significados que los participantes atribuyeron a los términos ‘satisfacción’ y ‘calidad’ en el servicio de hospitalización y sus respectivas categorías de análisis.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de pacientes hospitalizados por COVID-19 entrevistados

Variables Sociodemográficas	Olas epidemiológicas														Total
	1era		2da				3er		4ta						
	1 M	1 H	3 M		4 H		2 M	1 H	2 H						
Nº de participantes														14	
Edad	65	54	63	52	22	67	40	60	22	64	49	50	77	53	% 52
Lugar de residencia															
Altotonga															
Banderilla															
Cd. Allende															
La joya															
Miradores															
Misantla															
Xalapa	✓	✓	✓			✓		✓		✓	✓	✓			
Nivel socioeconómico															
Bajo															
Medio	✓		✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓		✓	✓	
Alto															
Escolaridad															
Primaria															
Secundaria															
Preparatoria															
Licenciatura	✓		✓		✓			✓				✓			
Seguridad Social															
Sin Seguridad Social	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		✓	✓	
IMSS															

Nota: M: Mujer; H: Hombre; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; %: Promedio de edad.

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 2.** Características clínicas de pacientes hospitalizados por COVID-19 entrevistados

Variables Clínicas	Olas epidemiológicas														Total
	1era		2da				3er		4ta						
	1 M	1 H	3 M		4 H		2 M		1 H	2 H					
Nº de participantes	06/ 20	07/ 20	10/ 20	01/ 21	01/ 21	03/ 21	03/ 21	01/ 21	10/ 20	06/ 21	06/ 21	05/ 21	01/ 22	02/ 22	14
Periodo de internamiento															
Días de estancia	12	15	8	7	18	12	13	14	7	11	12	4	6	10	% 11
Estadio clínico															
Neumonía no clasificada	✓	✓													
Neumonía grave			✓		✓	✓	✓				✓	✓	✓	✓	
Crítica – SDRA				✓				✓	✓	✓					
Comorbilidades															
Ninguna		✓				✓	✓		✓						
Sobrepeso/ obesidad				✓						✓	✓				
Hipertensión arterial	✓			✓				✓				✓	✓		
Diabetes gestacional					✓										
Diabetes mellitus tipo 2	✓		✓					✓				✓	✓	✓	
Enfermedad renal													✓		
Motivo de egreso															
Traslado CAME	✓	✓		✓	✓	✓	✓								
Mejoría			✓			✓			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Nota: M: Mujer; H: Hombre; SDRA: Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo; CAME: Centro de Atención Médica Expandida; %: Promedio de días de estancia.

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 3.** Testimonios sobresalientes por categoría y código nominal de la satisfacción percibida en pacientes hospitalizados por COVID-19

Satisfacción percibida: “Satisfecho es no sufrir, no sufrir en una hospitalización, yo sé que a veces de acuerdo al tipo de enfermedad puede sufrir porque sales de una operación y tienes dolor, pero si te atienden inmediatamente contra el dolor, pues te sientes bien agradecido, ¿no?”. (GXM-4)			
Categoría	Subcategoría	Código nominal	Testimonios
Expectativas	Comunicación externa	Saturación de hospitales	“Aparte de que pasaban muchos videos, a donde la gente estaba haciendo cola, y que se moría, y no llegaba. O sea, no llegaban a tiempo” (GXM-4)
		Exceso de fallecimientos	“Una vez hospitalizado el índice de fallecidos en los hospitalizados por COVID estaba alto” (LXM-14)
		Gravedad y contagio	“Sí, que era un virus, que se contagiaba, que era muy peligroso, que tenemos que estar con mucho cuidado”. (HAB-3)
		Acciones protectoras	“Y el cuidado que recomendaba que tuviera uno, no salir, y si sales ponte el tapabocas”. (SXB-9)

Continuará...

Atributos del servicio	Comunicación boca-oido	Rechazo de asistencia médica	<i>Precisamente por la información nos daba miedo a acudir a donde todo el mundo casi sale muerto. Entonces por eso es que dudas, en ir” (LXM-14)</i>
		Saturación del hospital	<i>“El hospital estaban estaban este... muy saturados, y todo eso, que no se daban abasto” (EXA-7)</i>
		Exceso de defunciones	<i>“Por tanto caso de que acudían y lamentablemente muchos no la libran”. (CXA-13)</i>
		Teorías conspirativas	<i>“Y esto era cosa del gobierno, del planeta estaba con mucha población, y que eso lo habían inventado pues ya para matar, mucha gente que nada más estaba robando oxígeno” (JJM-6)</i>
	Necesidades de salud	Fiebre	<i>“Era fiebre, era dolor de cabeza, dolor de cuerpo, y yo ya vomitaba flemas”. (CBB-5)</i>
		Insuficiencia respiratoria	<i>“Checó y dijo “que rápido que me pusieran oxígeno, porque no... ya no aguantaba la oxigenación”. (EXA-7)</i>
	Labor y actitud del personal de enfermería	Acompañamiento continuo	<i>“De verdad hubo una enfermera, que yo la recuerdo, si yo necesitaba algo, me ponía inquieta, ella se quedó platicando conmigo, todos los procedimientos con mucha delicadeza”. (CBB-5)</i>
		Resolución de necesidades	<i>“Ahí te atendían pues la enfermera, esos sí estaban al pendiente que estuviera el suero, estuviera todo, tu presión, que trabajara la máquina atrás con el oxígeno, que trabajara bien, todo eso... estaban muy pendientes”. (FXM-2)</i>
		Trato positivo	<i>“Porque las enfermeras se vía mucha motivación, trataban siempre de estar positivos, siempre con la mejor actitud, siempre de ánimo”. (AAM-10)</i>
	Labor del personal de apoyo	Regulación emocional	<i>“Llegaban los psicólogos, nos hacían una... Pues primero platicaban con nosotros, que todo iba a estar bien, que íbamos en mejoría” (IMB-11)</i>
Información recibida		Estado de salud	<i>“Toda la información que yo les pedí a los doctores, me la dieron. En ese sentido sí, te puedo decir que realmente ahorita el que mi cuerpo en cierta forma...” (HAB-3)</i>
	Tratamientos	<i>“Me empezaron a controlar; y me explicaron, “sabes qué, pasó esto, esto y esto. Afortunadamente, estás aquí todavía” (AAM-10)</i>	
Utilidad del servicio	Cuidados post-hospitalarios		<i>“Sí, me dijeron este... el de la bomba, y el del popote, y allá en el velódromo una doctora este... nos enseñó a hacer los ejercicios con la bomba, y este... y con el popote” (SMB-12)</i>
		Restablecimiento de la salud	<i>“Ni se te ocurra sacarme, no no, no me saquen, yo aquí me quedo, aquí me están dando buen tratamiento, yo me estoy sintiendo bien.” (JJM-6)</i>
	Valoración del servicio	Excelente	<i>“Conforme a los procedimientos, los tratos, el medicamento, todo todo todo, fue excelente... porque mi hijo se quedó en mi estómago, los dos salimos vivos”. (CBB-5)</i>
	Retorno al servicio de salud	Dispuesta	<i>Claro que sí, de hecho, quise hacerlo, pero este dice, “yo creí que tenías los síntomas graves”. Que acudo aquí y me dice, “mire señor ****, no tiene nada, se parece que tiene, pero en dado caso que empeorara, le sugiero que vaya al IMSS, porque ahí usted es derecho habiente”. Me regresé. (CXA-13)</i>

Fuente: Elaboración de los autores con base al instrumento.

**Tabla 4.** Testimonios sobresalientes por categoría y código nominal de calidad percibida en pacientes hospitalizados por COVID-19

Calidad percibida: “Un estándar de un servicio que se da, el cual considera la calidad, cuando el servicio es mejor”. (HAB-3)			
Categoría	Subcategoría	Código nominal	Testimonios
Aspectos tangibles	Alimentación	Vasta	<i>Y la verdad, nos daban mucho de comer; sí. Sí, muy sabrosa. Bueno, si estaba un poquito simple, pero así es, así es, así tiene que ser, ¿no? (LXM-14)</i>
	Abastecimiento y aplicación de medicinas	Suficiente	<i>“Bueno... a mí no me faltó nada, o sea, nada de que “sabes que, te vamos a cambiar, te vamos a combinar los medicamentos porque no hay”. (CBB-5)</i>
	Equipamiento	Herramientas de diagnóstico	<i>Me sacaron radiografía, ya no sé cuántas, no sé cuántas veces. Me metieron a una cosa, un aparato que yo ni sé cómo se llama. (SXB-9)</i>
		Oxígeno	<i>Sí, el de cómo iba tu... mejorando tu oxigenación. Y ya lo de checar lo demás, pues cada quien tenía lo suyo.” (IMB-11)</i>
	Equipo de protección personal	<i>Es que no las veía, no las veía, porque tenían cubre bocas y tenían mascarillas, o sea, andaban bien protegidas. (DXM-8)</i>	

Continuará...



Calidad funcional	Recursos humanos	Bastantes	<i>Sí, sí, hubo, sí, si estuvo el cuerpo médico y de enfermería, este... el adecuado, y el el correspondiente, había cambios las 24 horas cada 4 horas, este y cada vez que había cambios, bueno. (LXM-14)</i>
		Insuficientes	<i>"No había muchas enfermeras, no había y una estaba todo el día. Incluso hasta la noche, y salían muy rendidas porque pues no había personal". (DXM-8)</i>
	Fiabilidad	Aplicación de medicamentos	<i>"Conforme a los procedimientos, los tratos, el medicamento, todo todo todo, fue excelente... porque mi hijo se quedó en mi estómago, los dos salimos vivos, no tuvimos secuelas de gravedad". (CBB-5)</i>
		Canalización de la vía venosa	<i>"Hasta para cuando ponen el suero, ¿no?. Siempre: 'A ver, le voy a buscar bien su venita para que no le vaya a doler, le voy a dar un piquetito y todo'". (HAB-3)</i>
Calidad relacional	Seguridad	Traslados intra-hospitalarios	<i>"sabe qué doctor, yo no puedo ir al baño", dice "de verás ¿cómo te llevamos con oxígeno?, y yo no pues "con la silla ahí que me ayuden". Ya me ayudó un camillero, no recuerdo cómo se llama. (FXM-2)</i>
		Resolución inmediata	<i>Pues porque andaban, ahí atentos, y que no, no le faltara nada a uno. La muestra la muestra a la hora, la pastilla a la hora, todo, todo. (SXB-9)</i>
	Presentación	<i>Desde que llegaba, y se presentaban, no sé si se por el estado en el que estaba, aunque fuera cada cinco minutos, llegaban y se presentaban, "fulano de tal, y estoy aquí al pendiente". (AAM-10)</i>	
	Comunicación y apoyo técnico	<i>Y a la hora de hacer cambio de turno, pues ellas le pasaban, "A este paciente le dimos esto, esto y esto. Y ya le tocó esto y esto". (FXM-2)</i>	
	Capacidad de respuesta	Rápida	<i>Siempre en cualquiera de los turnos había una enfermera al pendiente de la saturación. Si mejoraba, pues tratar de ir avisando. Yo aún, tenían como una tablilla, un chequeo, cada ciertas horas, si mejoraba, si disminuía, estar muy pendiente, me checaban la presión, saturación, este... glucosa. (AAM-10)</i>
	Empatía	Comprensión auténtica	Apoyo emocional
Apoyo físico			<i>"Todas eran bien buenas enfermeras, porque así en frente de mí, estaba una viejita, e iban y le sobaban, la peinaban... luego iban y también igual, me acariciaban, me echaron crema en la espalda" (SMB-12)</i>
Extras		Regalos	<i>Cómo me acuerdo que me regaló... un me regaló perfume, me regaló un desodorante, un talco, cuando bailó, "ten, te lo regalo", un doctor, no nada más a mí, a varios. (EXA-7)</i>
		Concesiones	<i>Hubo un detalle de ellos que nos decían. "A mi vecino, fulanito, ¿quieres escuchar música, qué música te gusta?" este... y la ponían. (LXM-14)</i>
Empatía	Expresiones faciales	<i>Sí por la forma en como lo sentían ellos, lo expresaban o lloraban a abrazar a su compañero. Se muere el paciente, 'ya no lo pude, ya no estuvo a nuestro alcance hacer más por él, se nos fue'. (IMB-11)</i>	
	Rituales religiosos	<i>Cuando llegué, una paciente que estaba enfrente. Entonces decía entre ellos, una de las enfermeras: 'es que ya no hay mucho que hacer. Pues hay que hacer oración'. Tomaban su manita, y platicaban en el oído con ella". (LXM-14)</i>	

Fuente: Elaboración propia a partir de la guía de entrevista.

La satisfacción percibida fue descrita por los entrevistados como un 'estado de conformidad o alegría por las atenciones médicas en el esfuerzo de mitigar el sufrimiento físico y emocional durante la hospitalización'.

Las expectativas fueron descritas como la información transmitida por los medios de comunicación sobre la COVID-19 informaban una saturación en los hospitales, exceso de fallecimientos, la gravedad y contagiosidad de la enfermedad, así como las acciones para evitarla; las opiniones y creencias transmitidas por los familiares, amigos y vecinos se enfocaban en el rechazo a solicitar la asistencia médica en el hospital, se replicaba el miedo por el exceso de defunciones y teorías conspirativas sobre el origen de la COVID-19. Los principales signos y síntomas prevalentes en los entrevistados fueron: insuficiencia respiratoria, tos, fiebre, cefaleas, mialgias, fatiga y anosmia, las cuales aumentaron progresivamente hasta ser, en sus palabras: 'insoportables'. Las expectativas de los pacientes se enfocaron en el rechazo inicial para la asistencia médica en el hospital por la saturación del servicio, el temor a fallecer por el exceso de defunciones observadas y el ingreso al hospital como última opción por un estado de salud grave.

Los atributos del servicio se enfocaron en la labor y actitud positiva del personal de enfermería, la cual fue el elemento de satisfacción más valorado en la atención médica: por el acompañamiento continuo, aplicación de medicamentos, seguimiento de signos vitales, explicación de procedimientos y resolución de necesidades de manera puntual, rápida y delicada, así como el trato positivo experimentado por las palabras de ánimo, gestos para divertirlos y paciencia durante las atenciones que provocaron sentimientos de confianza, seguridad y satisfacción; la labor del personal de apoyo (personal de traslados, laboratorio, psicología y trabajo social) fue percibida como necesaria para un servicio integral que satisficiera las necesidades y atenciones como: traslados intrahospitalarios, regulación emocional, toma de muestras de laboratorio e intercambio de información con familiares; la información recibida sobre el estado de salud, tratamientos, procedimientos clínicos, y recomendaciones de cuidados post-hospitalarios proporcionó satisfacción en los pacientes durante su estancia en un ambiente desconocido. El juicio de valor sobre la satisfacción percibida se construyó por el acompañamiento físico, emocional y resolución de necesidades que el personal de enfermería y de apoyo les otorgó. Referente al personal médico, los entrevistados describieron un distanciamiento y baja interacción, atribuyendo tal conducta al exceso de pacientes que debían atender.

La utilidad del servicio se atribuyó al restablecimiento de la salud como principal beneficio, percibido en la disminución de síntomas respiratorios, la independencia del apoyo ventilatorio y la mejoría del estado de salud. La valoración del servicio fue descrita como excelente y se relacionó con elementos como: el trato humano, la aplicación de procedimientos, la satisfacción de necesidades y la supervivencia ante la enfermedad; el uso futuro de los servicios de salud del hospital como primera opción de asistencia médica fue una disposición de los pacientes derivado de la satisfacción por la atención médica recibida.

La calidad percibida fue descrita por los participantes como ‘el desempeño mejor otorgado por una institución o por el personal de salud que incluyen aspectos relacionados con el trato, acompañamiento, comunicación e intervenciones clínicas necesarias para la recuperación de la salud’.

Los aspectos tangibles fueron mencionados por los participantes, quienes informaron que la alimentación se distribuyó de forma vasta y puntual, considerándola como fundamental para restablecer la salud; el abastecimiento y aplicación de medicinas de manera ininterrumpida fue suficiente y clave en el proceso de recuperación. El equipamiento médico se describió como la provisión suficiente de herramientas de diagnóstico e insumos para la atención, destacando el uso de tomógrafos, equipo de protección personal y acceso a oxígeno como principales insumos para la atención de salud; los recursos humanos fueron identificados por el número de profesionales de la salud disponibles durante la estancia hospitalaria, el cual fue percibido como ‘bastantes’ para satisfacer las necesidades de salud y personales. Sin embargo, dos testimonios de pacientes atendidos en la primera y segunda ola señalan la falta de personal durante su atención médica.

La ejecución de los procedimientos clínicos fue percibida como excelente durante la implementación de las siguientes actividades: aplicación de medicamentos, canalización de la vía venosa y traslados



intrahospitalarios, los cuales fueron realizados procurando una invasión mínima; además, los entrevistados identificaron que el personal de salud implementó las siguientes conductas de calidad: autopersección, puntualidad en la administración de medicamentos, información completa, comunicación efectiva y apoyo técnico. Las cuales coadyuvaron a resolver las necesidades en salud, desde la prevención y resolución inmediata de problemas. La capacidad de respuesta describió la duración entre la solicitud de atención y la respuesta a la demanda, la cual fue identificada como ‘rápida’.

La comprensión auténtica del estado anímico y psicológico del paciente, y las atenciones a esas necesidades permitieron contener y calmar el miedo e incertidumbre por el internamiento, destacando acciones como el apoyo emocional con expresiones de cariño y palabras de ánimo, y el apoyo físico demostrado a través de caricias o masajes del personal de enfermería hacia los pacientes; los ‘extras’ (atenciones) más allá de las normatividades hospitalarias, se demostraron al recibir obsequios y concesiones individualizadas, como reproducir música. La empatía del personal de salud a través de respuestas emocionales y acciones afectivas, más allá de la atención profesional se caracterizó con expresiones faciales de ánimo y realizar rituales religiosos después del fallecimiento de un paciente.

## Discusión

Se logró identificar que la calidad y satisfacción de la atención hospitalaria percibida en pacientes hospitalizados por COVID-19 estuvo determinada tanto por componentes estructurales de los servicios hospitalarios como por elementos relacionales y afectivos desarrollados durante el internamiento. A pesar del contexto de incertidumbre, sobresaturación hospitalaria y temor social característicos de la crisis sanitaria, los entrevistados describieron experiencias favorables secundarias al trato humanizado, la comunicación, el acompañamiento continuo y la capacidad de respuesta del equipo de salud. Asimismo, hubo una percepción positiva sobre la suficiencia de recursos humanos e insumos, así como el restablecimiento de la salud, favorecieron cambios en la percepción institucional y una mayor disposición para utilizar nuevamente los servicios hospitalarios. Estos hallazgos evidencian que la calidad percibida en contextos de crisis sanitaria trasciende los componentes técnico-asistenciales, incorporando dimensiones emocionales, cognitivas y sociales que influyen directamente en la satisfacción de los pacientes.

La atención médica durante la pandemia por COVID-19 en México estuvo a cargo de instituciones públicas y privadas que integran el Sistema Nacional de Salud. En este contexto, la calidad de atención médica entre los subsistemas de salud en la Ciudad de México mostró diferencias importantes en letalidad por COVID-19, con una mayor probabilidad de fallecimiento en pacientes atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y, finalmente, por la Secretaría de Salud<sup>18</sup>. Dichos resultados reflejan desigualdades estructurales y organizacionales entre instituciones sanitarias durante la pandemia. Aunque la presente investigación no evaluó mortalidad hospitalaria, sí permitió profundizar en la calidad de la

atención desde la perspectiva de los pacientes sobrevivientes, aportando evidencia cualitativa sobre experiencias de satisfacción, trato recibido y percepción de desempeño institucional en una unidad perteneciente a la Secretaría de Salud.

Las características clínicas de los entrevistados evidenciaron una elevada frecuencia de comorbilidades, particularmente Diabetes mellitus (DM2) e Hipertensión arterial (HA), presentes en el 50% de pacientes. Estos resultados coinciden con investigaciones realizadas en pacientes hospitalizados por COVID-19, en las cuales se documentó que 65.8% de los pacientes presentaban DM2 y HA, condiciones asociadas a diagnósticos clínicos graves y mayor mortalidad<sup>19</sup>. La alta frecuencia de estas comorbilidades refleja el perfil epidemiológico predominante en México.

Las expectativas previas a la atención médica estuvieron enmarcadas por miedo, incertidumbre y desconfianza hacia los servicios públicos de salud. La sobresaturación hospitalaria, las noticias relacionadas con elevadas cifras de defunciones y las experiencias compartidas por familiares y conocidos condicionaron el retraso en la búsqueda de atención hospitalaria, acudiendo únicamente cuando el estado de salud se agravó. Investigaciones realizadas durante la pandemia documentaron<sup>20</sup>, corroboraron que la asistencia a los servicios de salud públicos estaba supeditada por el temor al contagio, motivo principal para la atención en servicios privados como primera opción. Estos hallazgos reflejan cómo la percepción social de riesgo influyó en las decisiones de utilización de servicios sanitarios durante la pandemia.

Los atributos relacionados con la calidad del servicio identificaron la importancia del contar con medicamentos, equipamiento, insumos y recursos humanos suficientes en la atención de los pacientes. Estudios internacionales<sup>21</sup>, corroboran la importancia de contar con infraestructura, equipos, medicamentos y recursos humanos para una atención médica de calidad. El acompañamiento continuo, la actitud y trato positivo del personal de enfermería y de apoyo, sustituyeron a la familia como principal fuente de apoyo social en un ambiente desconocido, aspecto clave para transmitir seguridad, confianza y una actitud de lucha ante la enfermedad. Estudios previos<sup>22</sup>, reportaron resultados similares en donde el personal de salud tuvo una función fundamental en la satisfacción de necesidades sociales de los pacientes mediante la escucha activa y comunicación cotidiana ante la restricción de visitas y el distanciamiento. La capacidad de respuesta rápida y ejecución de procedimientos clínicos orientados a minimizar el sufrimiento fueron elementos valorados como satisfactorios por los pacientes, coincidiendo con investigaciones donde la totalidad de los participantes manifestaron una rápida atención de salud y aplicación de procedimientos médicos<sup>23</sup>. Las expresiones de cariño, ánimo y comprensión fueron elementos necesarios en los entrevistados para tranquilizarse y aumentar el estado de ánimo, hallazgos consistentes con estudios que atribuyeron un valor importante al apoyo físico en la atención médica<sup>22</sup>. Estas acciones representan elementos relevantes para promoverse en los ámbitos hospitalarios. Finalmente, el cambio de actitud para retornar en algún momento al hospital, en esta investigación fue un elemento que reflejó la calidad de la atención médica percibida, en concordancia con investigaciones donde la mayoría de los pacientes hospitalizados por COVID-19 recomendaron el uso de los servicios hospitalarios por los resultados obtenidos<sup>24,25</sup>.



Los hallazgos de la presente investigación contribuyen a la comprensión de experiencias sobre la calidad de la atención médica en instituciones de salud públicas con características y contextos similares durante crisis sanitarias con saturación de los servicios y enfermedades emergentes. Finalmente, los resultados reportan elementos específicos sobre estrategias vinculadas al acompañamiento emocional, comunicación clínica, trato humanizado y organización de los servicios de salud.

Las limitaciones del estudio se relacionan con la inclusión exclusiva de pacientes sobrevivientes, lo que pudo favorecer percepciones predominantemente positivas sobre la atención recibida. Asimismo, el número de participantes y el enfoque cualitativo no permiten la generalización de los hallazgos; sin embargo, permiten profundizar en experiencias subjetivas y dimensiones poco exploradas sobre la calidad de atención médica durante la pandemia.

## *Conclusiones*

La calidad de la atención médica percibida en pacientes hospitalizados por COVID-19 fue un juicio de valor construido por aspectos afectivos, relacionados con un estado de conformidad o alegría por las atenciones enfocadas en aliviar el sufrimiento causado por la enfermedad y el restablecimiento de la salud; y cognitivas relacionadas con la construcción de un parámetro evaluativo, sobre un servicio de excelencia según sus características particulares y diferentes momentos de atención. Los hallazgos destacan la relevancia de una atención hospitalaria multidisciplinar, próxima al paciente, humanizada y efectiva en una enfermedad incapacitante y aislante como la COVID-19. Los resultados sugieren que la perspectiva del paciente es un elemento estructural en la toma de decisiones compartida que inciden directamente sobre la calidad de la atención médica en crisis sanitarias similares.

## *Conflicto de interés*

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## *Consideraciones éticas*

La investigación fue aprobada por los Comités de investigación y ética en investigación con número de folio 57/22 del Centro de Alta Especialidad “Dr. Rafael Lucio”. La participación de los pacientes fue voluntaria, obteniendo su consentimiento de forma verbal y escrita. Los nombres de los participantes fueron sustituidos por acrónimos compuestos por letras y números para mantener su anonimato.

## *Uso de inteligencia artificial*

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

## *Contribución de los autores*

Conceptualización: J.V.C., G.G.A.; Curación de datos: J.V.C., G.G.A.; Análisis formal: J.V.C., G.G.A., C.J.R.; Adquisición de fondos: G.G.A., C.J.R., J.A.M.H., J.B.R.C., J.J.D.V.; Investigación: J.V.C.; Metodología: J.V.C., G.G.A., C.J.R.; Administración del proyecto: G.G.A., C.J.R.; Recursos: J.B.R.C., J.J.D.V.; Software: J.V.C.; Supervisión: G.G.A., C.J.R.; Validación: G.G.A., C.J.R., J.A.M.H., J.B.R.C., J.J.D.V.; Visualización: J.V.C., G.G.A.; Redacción – borrador original: J.V.C., G.G.A., C.J.R., J.A.M.H.; Redacción – revisión y edición: J.V.C., G.G.A., C.J.R., J.A.M.H., J.B.R.C., J.J.D.V.

## *Financiamiento*

No se recibió financiamiento externo.

## *Agradecimientos*

Se agradece la disponibilidad de las personas para realizar las entrevistas y al personal del Centro de Alta Especialidad “Dr. Rafael Lucio” que facilitó el acceso para el desarrollo de la presente investigación.

## *Referencias*

1. Organización Mundial de la Salud. Sitio web. 2021 [Consultada 14/06/2022]. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
2. Ikejezie J, Miglietta A, Hammermeister Nezu I, et al. Informing the pandemic response: the role of the WHO's COVID-19 Weekly Epidemiological Update. *BMJ Glob Health*. 2024;9(4):e014466. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014466>



3. Gobierno de México. Panorama Nacional COVID-19 al 28 de julio de 2023 [Internet]. 2023 [Consultada 27/07/2023]. Disponible en: <http://www.atlasnacionalderiesgos.gob.mx/archivo/covid-19.html>
4. Secretaría de salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Integral de COVID-19 en México. Ciudad de México; 2022 Apr.
5. SSA/SPPS/DGE/DIE/InDRE/UIES/I. Informe Técnico. COVID-19/MÉXICO [Internet]. 2023 Aug [Consultada 6/03/2025]. Disponible en: [chrome-extension://efaidnbmninnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/846869/Informe\\_Tecnico\\_Semanal\\_COVID-19\\_2023.08.01.pdf](chrome-extension://efaidnbmninnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/846869/Informe_Tecnico_Semanal_COVID-19_2023.08.01.pdf)
6. Secretaría de Salud. Lineamientos de Reconversión Hospitalaria [Internet]. México; 2020 Apr [Consultada 23/04/2022]. Disponible en: [https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria\\_05042020\\_2.pdf](https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/07/Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria_05042020_2.pdf)
7. Gobierno del Estado de Veracruz. Sitio Web. 2020 [Consultada 29/05/2022]. Secretaría de Salud redistribuye servicios de alta especialidad. Disponible en: <http://www.veracruz.gob.mx/2020/05/27/secretaria-de-salud-redistribuye-servicios-de-alta-especialidad/>
8. Gaceta Oficial. Acuerdo que establece acciones de coordinación extraordinaria a las funciones del Registro Civil en la entidad, para atender la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). Xalapa-Enríquez, Ver.; 2020 Apr.
9. Chen CC, Hsiao CT, Chang DS, Lai WC. The Delivery Model of Perceived Medical Service Quality Based on Donabedian's Framework. *J Healthc Qual.* 2024;46(3):150-159. Doi: <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000420>
10. Huang CY, Lee PC, Chen LH. Exploring Consumers' Negative Electronic Word-of-Mouth of 5 Military Hospitals in Taiwan Through SERVQUAL and Flower of Services: Web Scraping Analysis. *JMIR Form Res.* 2024; 8: e54334. doi:10.2196/54334
11. Sánchez-Hernández RM, Martínez-Tur V, Peiró JM, Ramos J. Testing a hierarchical and integrated model of quality in the service sector: Functional, relational, and tangible dimensions. *Total Quality Management and Business Excellence.* 2009;20(11):1173–88. Doi: <https://doi.org/10.1080/14783360903247577>
12. Hamui L., Fuentes R., Aguirre R., Ramírez OF. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica. 2013. 1–208 p.

13. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Mem Fund Q.* 1966 Jul;44(3):166–206. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
14. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Komber A. The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess (Rockv).* 2002;6(32):1–244. Doi: <https://doi.org/10.3310/hta6320>
15. Camisón C, Cruz S, González T. Conceptos de calidad. In: Pearson Educación SA, editor. *Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas.* Madrid; 2006. p. 142–98.
16. Ignacio J, Olabuénaga R. Metodología de la investigación cualitativa. 5th ed. Serie Ciencias Sociales, editor. Vol. 15. Bilbao: Centro Español de Derechos Reprográficos; 2012. 1–342 p.
17. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Primera. Editorial Universidad de Antioquia, editor. Vol. 1. Colombia: Sage publications, Inc.; 2002.
18. García-Peña C, Bello-Chavolla OY, Castrejón-Pérez RC, Jácome-Maldonado LD, Lozano-Juárez LR. Variability in case fatality rate risk due to Covid-19 according to health services provider in Mexico City hospitals. *Salud Publica Mex.* 2022;64(2):119–30. Doi: <https://doi.org/10.21149/13817>
19. Hernández-Solís A, Torres-Rojas B, Reding-Bernal A. Comorbilidad asociada con infección por SARS-CoV-2 (Covid-19), en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Salud Publica Mex.* 2021 Feb 27;63(2, Mar-Abr):159–60. Doi: <https://doi.org/10.21149/12218>
20. Colchero MA, Moreno-Aguilar LA, Bautista-Arredondo S. The Covid-19 Cascade Of Care In Mexico: Symptoms, Positivity, And Health Care Seeking Decisions Amid The Pandemic. *Salud Publica Mex.* 2021;63(6):734–42. Doi: <https://doi.org/10.21149/12822>
21. Mukhtar NB, Abdullahi A, Abba MA, Mohammed J. Cite this article: Naziru Bashir Mukhtar et al. Views and experiences of discharged COVID-19 patients in Kano, Nigeria: a qualitative study. *Pan African Medical Journal [Internet].* 2020;37(1). Disponible en: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/series/37/1/38/fullJournal>. Available online at <https://www.panafrican-med-journal.com/content/series/1/>
22. Wasilewski MB, Szigeti Z, Sheppard CL, Minezes J, Hitzig SL, Mayo AL, et al. Infection prevention and control across the continuum of COVID-19 care: A qualitative study of patients', caregivers' and providers' experiences. *Health Expectations.* 2022 Oct 1;25(5):2431–9. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/hex.13558>



23. Pérez-Millan JM, Baerrio-Aguila J.E., Pérez-Ojeda Y, Rodríguez-Quesda. N.Y., Fernández-Pérez SE, Aranguren-Torriente D. Evaluación de la satisfacción de pacientes atendidos por la COVID-19 en el Hospital Universitario Clínico Quirpurgico Cmdte. *Medicent Electrón.* 2020;24(3):630–42. Disponible en: <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3217/2592>
24. Wingfield T, Ahmad MS, Hicks SR, Watson R, Ahmed RA, Jones L, et al. A patient satisfaction survey and educational package to improve the care of people hospitalised with COVID-19: A quality improvement project, Liverpool, UK. *Wellcome Open Res.* 2021;6. Doi: <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.17163.2>
25. Wu MS, Watson R, Hayat F, Ratcliffe L, Beadsworth MB, McKenna M, et al. What do people hospitalised with COVID-19 think about their care? Results of a satisfaction survey during the first wave of COVID-19 in Liverpool. *Future Healthc J.* 2021 Mar;8(1):e70–5. Doi: <https://doi.org/10.7861/fhj.2020-0260>