

00669



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**“LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN
(SISTEMAS DE SALUD)**

PRESENTA:

JOSÉ ANTONIO GARCÍA GARCÍA

TUTOR:

M.A. PEDRO MÁRQUEZ FERNÁNDEZ



MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE DE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

T e s i s

**“La Calidad en la atención del servicio de urgencias
del Hospital General de México”**

Que para obtener el grado de:

**Maestro en Administración
(Sistemas de Salud)**

Presenta: José Antonio García García

Tutor: M.A. Pedro Márquez Fernández

México, D.F., noviembre de 2004

Índice

Introducción

Páginas

Capítulo I (Marco teórico)

1.1 Aspectos históricos de la calidad

1.1.1	Antecedentes de la calidad	1
1.1.2	Definiciones de calidad	3
1.1.3	Evolución de la calidad	3
1.1.4	Principales precursores de la calidad y su filosofía	4
1.1.5	Diferencias entre productos y servicios	6
1.1.5.1	Servicio	7

1.2 Calidad en atención médica

1.2.1	Antecedentes de calidad en atención médica	8
1.2.2	Definición de calidad en atención médica	9
1.2.3	Evolución del estudio de la calidad en la atención médica	10

1.3 Calidad en la atención de los servicios médicos de urgencia

1.3.1	Enfoque del usuario	16
1.3.2	Calidad en la atención médica en México	17

Capítulo II

(Marco referencial)

2.1 Marco institucional

2.1.1	Institución rectora en servicios de salud (Secretaría de Salud)	21
2.1.2	Institución objeto de estudio (Hospital General de México)	22
2.1.2.1	Antecedentes históricos del Hospital General de México.	22
2.1.2.2	Filosofía institucional	23
2.1.2.3	El Hospital General de México en números	25
2.1.2.4	Servicio de urgencias médico- quirúrgicas del Hospital General de México	28

Capítulo III

(Diseño de investigación)

3.1	Importancia de la investigación	34
3.2	Justificación de la investigación	35
3.3	Planteamiento de la investigación	36
3.4	Objetivos	37
3.5	VARIABLES	37
3.6	Hipótesis de investigación	38
3.7	Instrumento de investigación	39
3.8	Tipo de investigación	42
3.9	Población objetivo	42
3.10	Criterios de inclusión y exclusión	42
3.11	Prueba piloto	43
3.12	Validez y confiabilidad	43
3.13	Tabulación	44
3.14	Análisis estadístico	44

Capítulo IV
Resultados
Interpretación y análisis

4.1	Estadística descriptiva	49
4.2	Estadística inferencial	62
4.3	Instrumento de rechazo o aceptación	64
4.4	Comportamiento de variables	65
4.5	Necesidades de los enfermos	77

Capítulo VI
Conclusiones

5.1	Conclusión cuantitativa	78
5.2	Tabla resumen	79
5.3	Análisis por parámetro	80

**Esquema de un sistema total de calidad para el servicio de
urgencias del Hospital General de México**

Bibliografía

Anexos estadísticos

Introducción

La investigación se desarrolló con los usuarios del servicio de urgencia de un hospital general de tercer nivel de atención, donde no se había desarrollado en forma integral una evaluación de la calidad de la atención médica en este tipo de servicio. Por otro lado, y derivado de una necesidad institucional se pretendió detectar las áreas más sensibles con el propósito de mejorar la atención y disminuir el número de inconformidades.

Capítulo I. Se presentan las teorías y corrientes de calidad más comunes, sobresaliendo las de los precursores de la calidad. También, se establecen las diferencias entre productos y servicios. Además, se abordan las definiciones más aceptadas de calidad en la atención médica donde sobresale el modelo propuesto por el Dr. Avedis Donabedian y se presenta un bosquejo de la calidad en los servicios de urgencias a nivel internacional, y se mencionan los esfuerzos desarrollados en México para profundizar en el estudio de la calidad.

Capítulo II. Este apartado trata lo referente a la política de salud pública partiendo del organismo rector (Secretaría de Salud) sitio donde se establecen los lineamientos generales de calidad que son índices a seguir por todas las dependencias del sector salud. También, se citan los resultados recientes y las estadísticas más representativas del servicio de urgencias médico- quirúrgicas del Hospital General de México.

Capítulo III. Este capítulo es el más significativo de la investigación, ya que es aquí donde se relaciona la teoría y la praxis que adquiere forma en el diseño de la investigación que aborda las siguientes etapas: Importancia de la investigación, justificación de la investigación, planteamiento de la investigación, objetivos, variables, hipótesis de la investigación, instrumento de investigación, tipo de investigación, población objetivo, criterios de inclusión y exclusión, prueba piloto, validez y confiabilidad, tabulación y análisis estadístico.

Capítulo IV. La función de este apartado es describir los resultados a través de cuatro herramientas: Estadística descriptiva, estadística inferencial, instrumento de rechazo o aceptación, comportamiento de variables y tablas resumen

Capítulo V. La función de este capítulo reside en que brinda una conclusión cuantitativa, tabla resumen y análisis por parámetro.

Bibliografía. Se citan los diferentes libros y revistas consultadas como bibliografía básica, con el objeto de que aquellas personas interesadas en el tema, puedan abundar aún más en el rubro de calidad.

Por último, se incorporan dos anexos estadísticos; El primero corresponde al estudio descriptivo y el segundo al inferencial.

Capítulo I.

Marco teórico

I.1 La calidad

1.1.1 Antecedentes

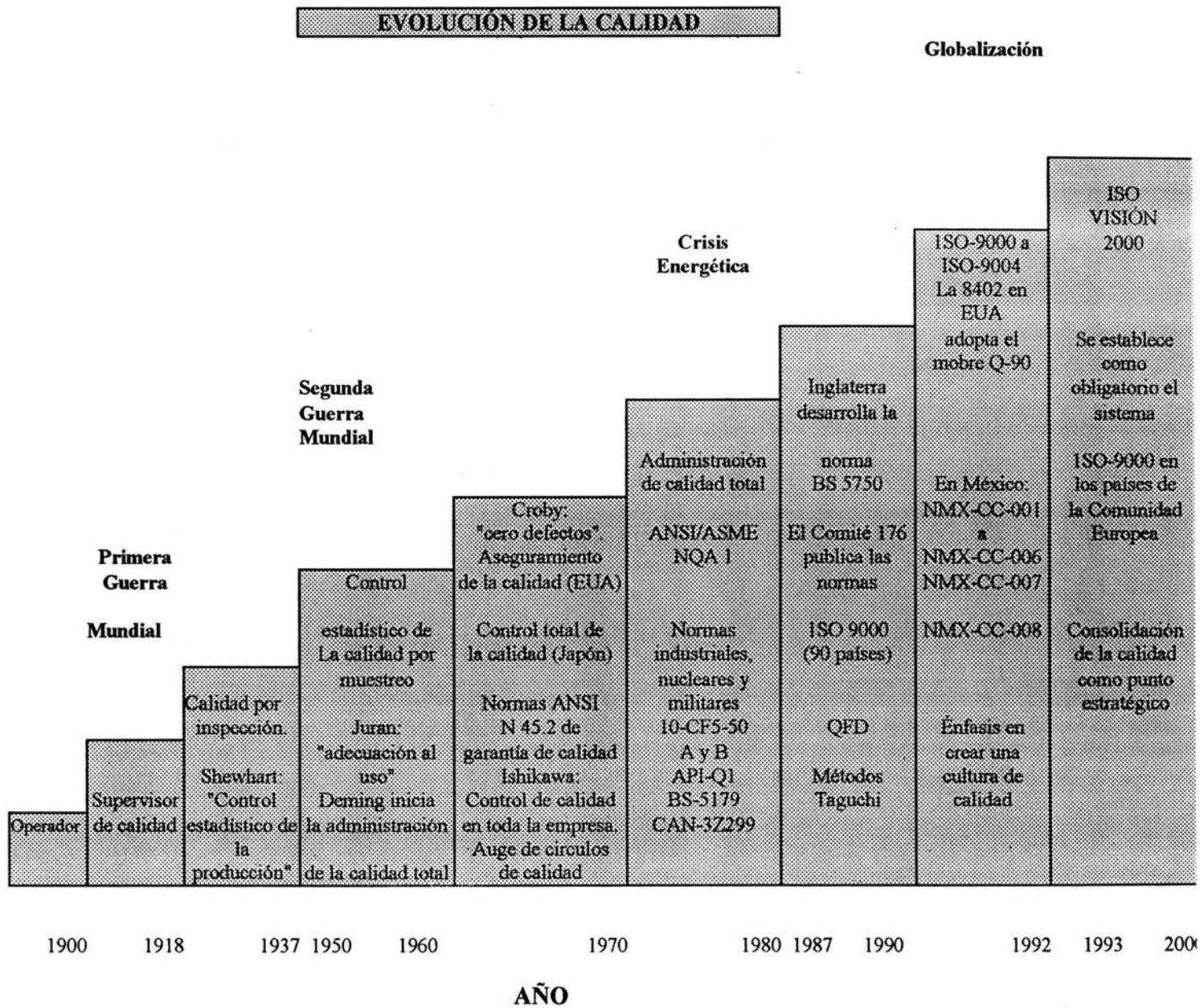
Las estrategias y las herramientas para asegurar la calidad pueden haber cambiado, pero las expectativas básicas de los clientes han sido muy constantes por largo tiempo. Aunque la demanda por la calidad ha sido parte de la naturaleza humana, la cuantificación y el establecimiento de estándares formales de calidad son un fenómeno del siglo XX (Hoyer y Hoyer, 2001).

A lo largo de la historia se ha observado que el hombre ha tenido que satisfacer sus necesidades más elementales para poder subsistir, por lo que él mismo elaboraba sus productos, sin otro concepto de calidad más que cumpliera con sus necesidades básicas. La población fue aumentando y con esto las necesidades, con lo cual las personas que diseñaban los productos se vieron en la necesidad de transmitir sus conocimientos, pasando a un régimen artesanal, en el cual la persona le daba un sello personal de acuerdo a su habilidad y experiencia y donde la calidad era controlada por él mismo. (Evans y Lindsay, 2000).

Más tarde, con la llegada de la revolución industrial, los pequeños talleres se convirtieron en pequeñas fábricas de producción masiva, se buscaron métodos de producción en serie y se organiza el trabajo en formas más completas, con el consecuente aumento de trabajadores a los que se les asigna una labor determinada, estén o no preparados para ejecutar dicha labor. Es cuando empiezan a aparecer personas con la función exclusiva de inspeccionar la calidad de sus productos, llamándolos inspectores de calidad, iniciando la calidad por inspección.

En la tabla 1 se sintetiza la serie de eventos y personajes trascendentes en la evolución de la calidad, siendo patente el hecho de que los periodos de crisis, han favorecido la irrupción de ideas y personajes relacionados con la calidad.

Tabla 1. Evolución de la calidad



1.1.2 Definiciones

1.2.1 La Norma Internacional ISO 8402 definió la calidad como el conjunto de propiedades y características de un producto o de un servicio que le confieren la capacidad de satisfacer las necesidades de los clientes, expresadas o implícitas (Laudoyer, 1995).

1.2.2 La ASQ (<http://www.asq.org>) [Consulta:30Enero2003] la define como la suma de propiedades y características de un producto o servicio que tienen que ver con su requerimiento de satisfacer una necesidad determinada.

1.2.3 La Norma Mexicana NMX-CC-9000-INMC-2000, la define como el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos, y la satisfacción del cliente, como la percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

1.1.3 Evolución

Se reconocen principalmente cuatro generaciones de la calidad (Gutiérrez, 2001):

Primera generación: control de calidad por inspección. Al ver los problemas suscitados en la producción en serie, los empresarios deciden centrar la calidad en la detección de los productos defectuosos. Aquí calidad significa atacar los efectos más no la causa, y la responsabilidad recae en los inspectores.

Segunda generación: aseguramiento de la calidad. En 1924, Walter Shewhart inició la era del control estadístico de la calidad. En la década de los 30's, H. F. Dodge y H. G. Roming, crearon el área de muestreos como sustituto de la inspección al 100% del producto obtenido.

En 1946 George Edwards definió el control de calidad como cualquier procedimiento, estadístico o no, que ayude a que las características de un producto sean menos variables y estén más cercanas a las especificaciones de diseño. También acuñó el término de aseguramiento de la calidad. El Dr. Edwards Deming, quién aprendió los fundamentos de calidad de Shewhart, y que ya habiendo aplicado el método estadístico en la industria armamentista norteamericana, fue invitado a Japón en 1947 y 1950, en donde impartió una

serie de conferencias a ingenieros japoneses sobre métodos estadísticos y sobre la responsabilidad de la calidad de personal gerencial de alto nivel. Promovió el empleo del ciclo de: planear, hacer, verificar y actuar.

Tercera generación: El proceso de calidad total. El Dr. Joseph Juran visitó Japón en 1954 y destacó el importante compromiso del área gerencial para el logro de la calidad. Los años 80's se distinguieron por el esfuerzo para alcanzar la calidad en todos los aspectos dentro de las organizaciones de los EUA. El proceso de calidad total se inicia y termina con el cliente, buscando el pleno conocimiento del mismo, de sus necesidades, requisitos y deseos.

Cuarta generación: mejora del proceso de calidad total. En esta generación el factor humano juega un papel muy importante al iniciar un proceso continuo de reducción de costos al haber desarrollado habilidades para trabajar en equipo y para la resolución de problemas. El cliente es el foco de atención. La suma de los esfuerzos del personal y la optimización del proceso reditúan en una reducción continua de costos que, junto con la reducción de la brecha con los clientes, se refleja en una mejora en las utilidades.

Para algunos otros autores, la reingeniería y el benchmarking, marcan dos generaciones extras en la evolución de la calidad.

1.1.4 Principales precursores de la calidad y sus filosofías.

Se debe partir del hecho de que no existe una definición única y universalmente aceptada de lo que es calidad. Otro aspecto a considerar es que la calidad la define el cliente. La mayoría de las definiciones tienen décadas de haberse emitido, pero continúan siendo válidas al momento actual (Freund, 1985).

Aunque existen varios expertos en el campo de la calidad, cuyos conceptos y enseñanzas han permitido ahondar en éste tema y sentar las bases sobre las que se pretende mejorar el nivel de ella, no se describirán todas las filosofías de la calidad. En la tabla 2 se presentan en forma resumida, las definiciones, filosofías y metodologías de nueve de ellos, considerados como los principales expertos de la calidad. Lo anterior no significa que no existan otros

autores sobresalientes en este tema, pero la descripción se centrará en los conceptos vertidos por la novena ya referida.

Tabla 2. Principales expertos de la calidad y sus conceptos más importantes.

Experto	Definición de calidad	Filosofía	Metodología
Walter A. Shewhart	La bondad de un producto.	Ciclo de Shewhart: Planear, hacer, estudiar y actuar. Parte objetiva y parte subjetiva de la calidad.	Control estadístico de los procesos. Gráficas de control.
W. Edwards Deming	Cualquier cosa que el cliente necesite y quiera. Sobrepasar las necesidades y expectativas del cliente.	Ciclo de Deming: Planear, hacer, verificar, actuar. Mejora continua.	Control estadístico de los procesos. 14 puntos para construir una cultura de calidad.
Joseph M. Juran	Adecuación al uso. Apto para usarse	Trilogía de la calidad (planeación, control y mejora de la calidad).	Autocontrol. Secuencia universal de mejoramiento. Espiral de la calidad.
Kaoru Ishikawa	Satisfacer los requisitos de economía, utilidad y oportunidad de los consumidores.	Lo primero es la calidad no las utilidades a corto plazo. Respeto a la humanidad. La calidad empieza y termina con la educación.	Control de calidad en toda la empresa. Círculos de calidad. Herramientas de calidad: gráfica de Pareto, digrama de causa-efecto, estratificación, hoja de verificación, histograma, diagrama de dispersión, gráfica de control de Shewhart.
Armand V. Feigenbaum	Es la resultante total de las características del producto y servicio de mercadotecnia, ingeniería, fabricación y mantenimiento a través de los cuales el producto o servicio satisfará las expectativas del cliente.	Control total de calidad. Las 9M en inglés: mercados, dinero, administración, hombres, motivación, materiales, máquinas y mecanización, métodos modernos de información, requisitos crecientes del producto. Costos de calidad.	Definir las características de la calidad que son importantes. Establecer estándares. Planear mejoras en los estándares de calidad. Establecer controles eficaces sobre los factores que afectan la calidad del producto.
Phillip B. Crosby	Cumplir con los requisitos.	Cero defectos. Hacer las cosas bien a la primera vez.	Cambio a través de las 6C's: comprensión, compromiso, competencia, comunicación, corrección, continuidad. Proceso para el mejoramiento de la calidad. 14 pasos para la administración por calidad.
Robert M. Pirsig	No es posible definir la calidad, pero la reconocemos cuando la vemos	Contradicciones a la deshonestidad intelectual que incluye términos técnicos de algo que no se ha definido adecuadamente	Hacer patentes las diferencias entre la teoría y la práctica, con retos prácticos a los estudiosos de la calidad
Shigeo Shingo	Es un buen diseño del proceso que impide que ocurran defectos en general.	Justo a tiempo. Cero inventarios en proceso Sistema de jalar vs empujar	"Poca-Yoke" o a prueba de errores. Predicción de defectos y detener el proceso donde ocurra un defecto.
Genichi Taguchi	La mínima pérdida ocasionada a la sociedad desde el envío del producto al cliente hasta su uso total.	Reducción de la variación. Función de pérdida económica	"Diseño robusto": diseñar un producto que sobrepase las expectativas del cliente en sus características más importantes y ahorrar dinero en las que al cliente no le interesan.

El orden de aparición está en relación al tiempo en que hicieron sus principales aportaciones.

(Freund, 1985), (Reeves, 1994), (Deming, 1989), (<http://www.deming.org>. [Consulta: 19 Septiembre 2002]), (Walton, 1988), (Juran, 1990), (<http://www.juran.com> [Consulta: 02 Marzo 2003]), (Crosby, 1989), (Feigenbaum, 1990), (Ishikawa, 1997) (Pirsig, 1974). (<http://www.phillipcrosby.com/pca/C.Articles/year2002/comparison.html>. [Consulta: 29 Marzo 2003]),

Todos hicieron énfasis, en mayor o menor grado, en la necesidad de enfocarse a las necesidades del cliente, e indirectamente a disminuir costos. Se ha calculado que casi el 30% de los costos de producción están relacionados con reprocesos. (Harrington, 1990).

La presidenta de la ASQ (Keim, 2002-2003) prevé un futuro halagüeño para la calidad basándose en el conocimiento adquirido, y señala cinco grandes áreas de impacto: 1) dispersión de la calidad, 2) integrando a la calidad a cantidades mayores de empleados, 3) una siguiente generación de herramientas y técnicas para la calidad, 4) desarrollo del lado humano de la calidad y, 5) el resurgimiento de los economistas de la calidad.

1. 1.5 Diferencias entre productos y servicios

Se han establecido en forma tradicional una serie de diferencias entre los productos y los servicios, y en la Tabla 3 se presentan algunos de ellos, aunque no son consideraciones absolutas (Evans y Lindsay, 2000). En cualquiera de los aspectos de organizaciones de producción o servicio, el cliente debe ser el foco de atención.

Tabla 3. Algunas diferencias entre productos y servicios

Producto	Servicio
Tangible	Intangible
Homogéneo	Heterogéneo
Venta, producción y consumo se llevan a cabo en forma independiente	Venta, producción y consumo se llevan a cabo simultáneamente
La satisfacción es resultado de un encuentro estático	La satisfacción es resultado de un encuentro dinámico
Se produce antes de venderlo	Se produce al instante de prestarlo
Si tiene algún defecto se puede cambiar	Si se prestó inadecuadamente no se puede repetir

Evans y Lindsay, 2000

1.1.5.1 Servicio

Se ha definido el servicio como un acto social que ocurre en contacto directo entre cliente y representantes de la empresa de servicio. El sistema de clasificación industrial estándar del gobierno estadounidense, describe las organizaciones de servicios como aquellas principalmente dedicadas a proporcionar una amplia diversidad de servicios a individuos, negocios y establecimientos gubernamentales y a otras organizaciones. Quedan incluidos servicios de hotelería, servicios de salud, comerciales, financieros, educativos, legales; etc.

Garvin (1988) describió ocho dimensiones de la calidad en los servicios, y en la Tabla 4 se mencionan ellas, y que han sido complementados por otros autores (Horovitz, 2000).

Tabla 4. Dimensiones de la calidad en los servicios.

Tiempo	Accesibilidad
Oportunidad	Conveniencia
Cortesía	Precisión
Consistencia	Sensibilidad

Horovitz, 2000

La importancia de la calidad en los servicios no se puede subestimar (Albretch, 1997). Se ha calculado que las empresas pierden en promedio tanto como un 35% de sus clientes todos los años, y que aproximadamente dos tercios de esas pérdidas se deben a mal servicio a los clientes.

Un concepto importante en la prestación de servicios es el de "momento de la verdad", desarrollado por Jan Carlzon (Evans,2000), que es cualquier situación a través de la cual un cliente entra en contacto con cualesquiera de los componentes de la institución y, le deja una impresión sobre la clase de servicio que brinda. De hecho, es una serie de momentos de la verdad", habiendo momentos amargos y estelares.

1.2 Calidad en la atención médica

1.2.1 Antecedentes de calidad en atención médica

La insistencia sobre la satisfacción del enfermo en la asistencia médica no es una idea nueva. Desde los tiempos de Hipócrates se hizo manifiesta (Schott, 1994). Igualmente desde la antigüedad el acto médico ha sido evaluado, como se señaló en el Código de Hammurabi.

En el siglo XX, los primeros intentos de fijar unos niveles de calidad surgieron de la propia profesión médica, también se hicieron esfuerzos por adaptar filosofías de la calidad de origen industrial, con resultados variables. Lee y Jones en 1933 reconocieron, en su exploración del concepto de calidad, que significa, en esencia, conformidad con normas, las cuales no son absolutas, sino que varían de una sociedad a otra (Lee y Jones, 1990).

En 1966 Donabedian publicó un artículo acerca de la evaluación de la calidad de la atención médica. Esta publicación marcó un hito en el estudio de la calidad en la atención médica, ya que tuvo el propósito de describir y evaluar los métodos que se empleaban hasta ese momento, para estimar el grado de calidad de la atención médica, así como proponer algunas orientaciones destinadas a estudios futuros (Donabedian, 1966). En el cuadro 1 se muestra la tríada ampliamente utilizada para evaluar la calidad en la atención médica.

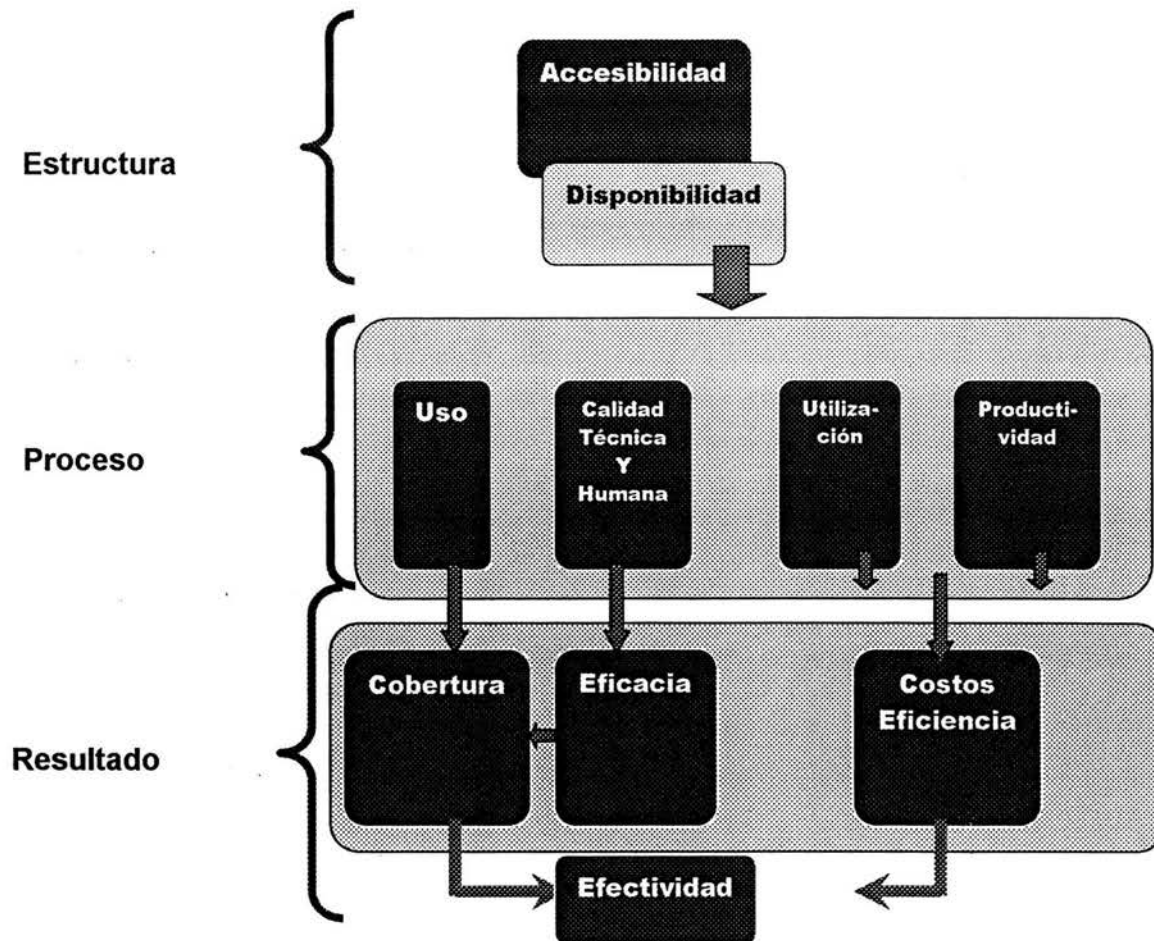
Cuadro 1. Componentes a evaluar en la calidad de la atención médica

1. Estructura	2. Proceso	3. Resultados
----------------------	-------------------	----------------------

Fuente: Donabedian (1966)

En la Figura 1 aparece desglosado el modelo propuesto por Donabedian para evaluar la calidad en la atención médica, mostrando que al final de los resultados lo que se quiere es la efectividad (Donabedian, 1966, 1988).

Figura 1. Modelo de evaluación de la calidad propuesto por Donabedian



1.2.2 Definición de calidad en la atención médica

Al igual que en el modelo industrial de la calidad, en la calidad de la atención a la salud, existen diversas definiciones, enfoques y formas de evaluarla. La calidad es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma (Donabedian, 1991).

La calidad de la atención médica (Aguirre, 2002) también puede ser definida de la manera siguiente: otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la institución.

1.2.3 Evolución del estudio de la calidad en la atención médica.

Donabedian es en la calidad en la atención médica, lo que Deming en la calidad en la industria. Donabedian (1993) estableció diferencias y similitudes entre lo que él denominó el modelo de atención a la salud y el modelo industrial. Concluyó que hay más similitudes que diferencias, y en el cuadro 2 se marcan las principales similitudes entre los dos modelos.

Cuadro 2 . Similitudes entre el modelo industrial de la calidad y el de atención a la salud

1. Su énfasis en servir al consumidor.
2. Su reconocimiento de la trascendencia, dignidad, entusiasmo y capacidad de todos los trabajadores.
3. Su rechazo a culpar a los individuos por las deficiencias inherentes a los sistemas y procesos.
4. La importancia que concede a la educación más que al castigo.
5. La importancia que concede al liderazgo más que a la dirección dictatorial.
6. Su énfasis en las automejoras internas más que en la regulación externa.

Fuente: Donabedian (1993)

Tanto Donabedian (1982) como Ruelas (1993) resaltan la preocupación explícita por la calidad, la productividad y los costos en todos los ámbitos de la economía internacional. Ello nos lleva a representar la calidad en la atención a la salud de la manera siguiente:

$$\text{Calidad} = \text{Beneficios} - (\text{Riesgo} + \text{Costo})$$

Donabedian (1990) consideraba tres componentes de la atención a la salud:

1. Atención técnica.
2. El manejo de la relación interpersonal.
3. El ambiente físico en el que se desarrolla el proceso de atención

Existen dificultades para la medición de los resultados de la atención médica en pacientes individuales o en el impacto de la atención médica en la comunidad. No existen uniformidad de criterios ni una metodología estandarizada. Por lo anterior, algunas mediciones de la calidad de la atención se han centrado en aspectos particulares, por ejemplo: en la evaluación de los procesos de atención médica (Rubenstein, 1977) (Donabedian, 1968) (Williamson, 1967) (Brook, 1973) (Sidel, 1966), en la utilización de indicadores de desempeño médico y relacionados a procesos (Rubenstein, 1977), o la evaluación de la calidad a través del expediente clínico (Fessel, 1972).

Existen indicadores para hacer patente las diferencias que existen en cuanto a la calidad de la atención, entre naciones (World Bank, 2000), en consulta psiquiátrica (Holmes, 2000), género (Travis, 2001), transporte de pacientes críticamente enfermos (Australasian College for Emergency Medicine, 2003), sistemas de atención prehospitalaria (Marcotte, 1999), raza y pobreza (Watson, 2001)

La Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), es un organismo independiente, sin fines de lucro que tiene más de 50 años de fundada, y que ha evaluado y acreditado a cerca de 20,000 organizaciones dedicadas a la atención de la salud en los EUA (<http://www.med.nyu.edu/envservices/JCAHO.html>. [Consulta: 31 Marzo 2003]). Desde su fundación ha dictado pautas que se traducen en mejora de la calidad de la atención.

La mejora continua de la calidad augura un cambio importante de conducta dentro de los hospitales, que afecta considerablemente a todos los individuos que intervienen, directa o indirectamente, en la prestación de la asistencia. Muchos hospitales que se han adherido a las nuevas ideas, afirman que este cambio es constructivo y enriquecedor (O'leary y O'leary, 1992). En el cuadro 3 aparecen los principios de la mejora continua de la calidad, y que como es notorio, es aplicable a la industria y a los servicios de salud.

Cuadro 3. Principios importantes de la mejora continua de la calidad (MCC)

1. La MCC se lleva, ante todo, desde dentro, no es una imposición ajena.
2. La MCC reconoce que no puede garantizarse una asistencia sin errores, pero insiste en que la calidad asistencial puede estar siempre mejorando constantemente.
3. La MCC se ocupa, primero del sistema y, en segundo lugar de las personas.
4. La MCC es un conjunto de actividades propios de una gran organización (no dependiendo del tamaño de la misma).
5. La MCC exige el compromiso de la dirección.
6. La MCC obliga a medir el desempeño.
7. La MCC está organizada para atender al paciente, no a la estructura de la organización.

Fuente: JCAHO (1990)

De acuerdo a la JCAHO existe una serie de elementos que integran la calidad, y en el cuadro 4 aparecen los elementos propuestos, pero con base en otras investigaciones que se revisarán más adelante, se podrían agregar algunos más. (<http://www.icafo.org/accredited+organizations/hospital/standars/standars+review+taskforce.html>)>[Consulta: 31 Marzo 2003]

Cuadro 4. Posibles elementos integrantes de la calidad en la atención médica (JCAHO)

1. Accesibilidad a la asistencia: la facilidad con que el paciente obtiene la asistencia que necesita y cuando la necesita.
2. Idoneidad de la asistencia: el grado correcto con que se presta la asistencia, de acuerdo con el estado actual de nuestros conocimientos.
3. Continuidad de la asistencia: el grado en que se presta la asistencia, de acuerdo con el estado actual de nuestros conocimientos.
4. Efectividad de la asistencia: el grado de aptitud que tiene un servicio para satisfacer las necesidades que se le exigen.
5. Eficacia de la asistencia: el grado con que la asistencia prestada produce el efecto deseado con un mínimo de esfuerzo, de gasto, o de pérdidas superfluas.
6. Problemas de perspectiva del paciente: el grado de participación del enfermo o sus familiares en el proceso de toma de decisiones en el ámbito sanitario y el grado de conformidad con que enjuician la asistencia.
7. Seguridad del medio asistencial: el grado de ausencia de riesgos o peligros en el ambiente asistencial.
8. Oportunidad de la asistencia: el grado de prontitud o diligencia con que se presta la asistencia cuando los pacientes la necesitan.

Fuente: JCAHO (1990)

Para diseñar formas útiles de medir la satisfacción del paciente se requiere entender como definen la calidad en la atención los usuarios, administradores y proveedores (Howard, 2000). Es difícil obtener una definición estándar de lo que es calidad, debido a que los usuarios y proveedores tienen perspectivas distintas al respecto (Turner, 1995). Los médicos

y las enfermeras definen la calidad de una manera distinta a la de los pacientes (Williams, 1998).

La evaluación de la calidad en el medio de la atención a la salud está cambiando de un enfoque a la auditoria y al mantenimiento de estándares en la práctica, a conceptos más amplios de mejora continua (Berwick, 1994, 1996). En los Health Care Criteria for Performance Excellence del Baldrige National Quality Program (2004), se establecen once rubros a evaluar, y que han servido de pauta para evaluar a organizaciones de cuidados a la salud. En el cuadro 5 aparece la oncena de criterios evaluados para la obtención de ese galardón.

Cuadro 5. Parámetros evaluados por el Baldrige National Quality Program, Health Care Criteria for Performance Excellence

1. Liderazgo visionario.
2. Excelencia enfocada en el cliente.
3. Personal y organización que aprenden.
4. Evaluación del personal y asociados.
5. Agilidad.
6. Enfoque al futuro.
7. Administración para la innovación.
8. Administración por información y mediciones.
9. Responsabilidad social y por la salud comunitaria.
10. Enfoque en resultados y creación de valor.
11. Perspectiva sistémica.

Fuente: Baldrige National Quality Program, Health Care Criteria for Performance Excellence (2004)

En las organizaciones de atención a la salud la satisfacción del paciente es un componente importante de la calidad del servicio (Donabedian, 1988). Los investigadores comúnmente dividen la calidad del servicio en dos componentes: calidad técnica y calidad funcional (Wong, 2002). La calidad técnica se refiere a la calidad del producto del servicio, mientras que la calidad funcional se refiere a la manera en que el producto del servicio es entregado.

Existe evidencia documentada de la alta tasa de errores médicos con los pacientes. Las lesiones y las muertes asociadas con errores médicos representan un problema mayor de

salud pública con costos económicos significativos y erosión de la credibilidad en el sistema de atención a la salud (Weinberg, 2002). Entre 44,000 y 98,000 decesos anuales ocurren por errores médicos prevenibles, haciendo de los errores médicos la octava causa de muerte en los EUA (Institute of Medicine, 1999). De acuerdo a cifras del National Patient Safety Foundation, el 42% de los pacientes han sido afectados por un error médico en los EUA.

<http://www.jcaho.org/accredited+organizations/hospitals/sentinel+events/glossary.htm>>[Consulta: 31 Marzo 2003]

La vasta mayoría de los profesionales de la salud – 95% de los médicos y 89% de las enfermeras – reportaron haber presenciado al menos un error médico serio (Alberti, 2001). Un indicador estrechamente vigilado por la JCAHO es el del denominado evento centinela – es la presencia inesperada de un hecho que puede causar la muerte o provocar lesión severa física o psicológica –. Ejemplo de este tipo de eventos, fueron las 63 cirugías efectuadas en el año 2000 en un sitio anatómico diferente al que debería de haberse realizado. Durante su seguimiento de esos eventos centinela entre 1995 y 2002, se encontró que las tres principales causas de esos eventos, fueron, en orden decreciente: comunicación inadecuada, falta de supervisión y entrenamiento, y la evaluación del enfermo. (<http://www.jcaho.org/accredited+organizations/hospitals/sentinel+events/glossary.htm>. [Consulta: 31 Marzo 2003]). En México, (Sauceda, 2000) a través de un programa de monitoria de la calidad, se logró reducir los eventos centinela en una organización, de 32 a 2 en un año.

Entre los factores múltiples de índole diversa que participan en la génesis de errores, se encuentran: carga de trabajo excesiva (McNamara, 1976), trabajo por turnos en urgencias Frank (2002). Los profesionales de la salud trabajan más allá de los límites que la sociedad considera aceptables en otros sectores. Esta práctica es incompatible con un sistema de atención médica seguro y de alta calidad (Gaba, 2002).

1.3 Calidad en la atención de los servicios de urgencias

La mejoría en la atención médica es una tendencia mundial, y varios intentos se han iniciado para elevar la calidad de la atención médica de urgencia y de los sistemas médicos de emergencia. En varios países se han realizado intentos por adoptar el concepto de Kaizen o Administración de la Calidad Total (TQM). Los mecanismos utilizados incluyen: 1) Círculos

de Control de Calidad (QC); 2) Mejora Continua de la Calidad (CQI); 3) Medicina Basada en Evidencia; 4) Rutas Críticas; 5) Guías Prácticas; 6) Evaluación de la Satisfacción del Usuario y, 7) Indicadores de Desempeño (Uehara, 1999).

La evaluación de la calidad del Lutheran General Hospital Care System (1992) incluyó 33,000 pacientes – 17,000 de ellos atendidos en los servicios de urgencias, y 16,000 pacientes ambulatorios – que fueron atendidos en 235 hospitales de 43 estados en EUA. El estudio concluyó que hubo ocho características que los pacientes ligaron a la calidad en los servicios de urgencias. Irónicamente, aún y cuándo los servicios de urgencias están típicamente asociados con pacientes traumatizados y con dolor agudo, la capacidad para controlar el dolor no fue clasificado como más importante que otras características. Además los proveedores de la atención ejercieron control directo sobre cada una de las características consideradas como importantes por los pacientes. El cuadro 6 muestra en orden decreciente esas ocho características.

Cuadro 6. Las ocho características más importantes para que los usuarios de los servicios de urgencias consideraran la atención de calidad

1. Cortesía del médico
2. Confort de la sala de espera
3. Cortesía de la enfermera
4. Respuesta satisfactoria a las preguntas del paciente
5. Respeto a la privacidad
6. Tiempo de espera aceptable para recibir tratamiento
7. Limpieza del área de tratamiento
8. Satisfacción con el control del dolor

Fuente: O'leary (1992)

La calidad, eficiencia, equidad y acceso son cuatro conceptos básicos para entender el sistema australiano de atención a la salud. (Cobelas, 2001).

En la evaluación de la calidad de servicios quirúrgicos en tres hospitales en Inglaterra (Johnson, 1999), se encontró que a pesar de que el 26% de los casi 1500 pacientes encuestados tuvieron alguna complicación posoperatoria, el 94% regresaría para ser atendidos por el mismo médico. Las más bajas evaluaciones correspondieron a los enfermos atendidos en el servicio de urgencias.

Darr (2002) utilizó el modelo de Donabedian para investigar la satisfacción del paciente, a través de entrevistas personales y de observaciones. Encontró que en el 24.8% de los casos hay interacción entre el médico y el paciente o su familia; en el 62.4% la interacción ocurrió entre el personal de enfermería y el paciente o su familia y, en el 12.8% la interacción del paciente o su familia fue con personal de apoyo a la atención.

Schwartz (1987) encontró que las causas principales de quejas en servicios de urgencias fueron: facturación (55.3%), descontento hacia el médico (28.7%) y las enfermeras (7%). En el estudio realizado por Chande (1991), los errores diagnósticos eran la principal queja (21.6%), problemas con la facturación (18.8%), tratamiento insuficiente (14.8%), falta de pericia profesional (12.5%) y los tiempos de espera (9.7%).

Se realizó una evaluación de la satisfacción de los usuarios de clínicas para pacientes ambulatorios, consultorios de médicos familiares y servicios de urgencia, en Ontario, Canadá (Hutchison, 2003). Se centraron los cuestionarios en tres aspectos: actitud del médico, comunicación centrada en el paciente y tiempo de espera para la atención. Los servicios de urgencias fueron los peor evaluados, sobretodo en los tiempos de espera. Los tiempos de espera es un punto álgido al momento de evaluar la satisfacción del usuario de los servicios de salud. En un estudio realizado en 30 servicios de emergencia del Estado de California, EUA (Lambe, 2003), se demostró que los pacientes esperan para atención médica un promedio de 56 minutos, y que el 42% de los enfermos espera más de una hora. Los tiempos de espera eran más largos para poblaciones de menor nivel económico.

Se ha propuesto como una herramienta para la mejora de la calidad en los servicios de urgencias, la realización de benchmarking entre esas organizaciones, pero aun no existe un modelo aceptado con todos sus parámetros para realizarlo. (<http://www.acep.org/1,4717,0.html>. [Consulta: 31 Marzo 2003]).

1.3.1 Enfoque orientado al usuario

La mayoría de los líderes actuales de organizaciones de atención a la salud consideran que es vital la satisfacción de los clientes (o usuarios), y ellos saben qué deben tener sistemas de retroalimentación para medir la satisfacción del usuario con los productos y servicios que le

proporcionan. Sin embargo, ellos no utilizan la información recabada para detectar áreas de oportunidad y mejorar. Los principales motivos señalados por ellos son: no saben que hacer con los datos, están muy ocupados, no tuvieron resultados en el pasado, los administradores y el staff no toman como propios los procesos, baja motivación en el personal. (Scott, 2001).

A finales de la década de los 70's e inicios de la siguiente década, aproximadamente el 75% de las organizaciones de salud en los EUA instrumentaron programas de servicio de calidad. Esos programas fueron abandonados, y después retomados en los 90's. Scott (2001) propone seis estrategias para la mejora continua, y que tienen un objetivo: la satisfacción del usuario. En el cuadro 7 aparecen esas estrategias, y resalta que no existen diferencias notorias de lo señalado para mejorar otro tipo de servicio.

Cuadro 7. Estrategias para la mejora continua en organizaciones de salud

1. Incrementar el conocimiento acerca de la calidad y el cliente
2. Servicio dispuesto a las expectativas del cliente y estándares de conducta.
3. identificar y eliminar barreras y obstáculos.
4. aprender y desarrollar habilidades.
5. escuchar a nuestros usuarios
6. Reforzar y apoyar la mejora continua

Scott (2001)

Cuando las organizaciones de atención a la salud han intentado emular el éxito de otras organizaciones de servicios diferentes a la salud, los resultados raramente han cumplido las expectativas (Kurtenbach, 2000). Para explicar los problemas de las organizaciones de atención a la salud que han encarado proveer un excelente servicio al cliente, se debe entender que el cuidado a la salud es más complejo que la mayoría de las otras áreas de servicios, y que no son puramente empresas destinadas al consumo. El éxito de las organizaciones de atención a la salud no está mayormente determinado por sus capacidades tecnológicas y los aspectos relacionados con los costos, sino por su servicio al usuario.

1.3.2 Calidad de la atención médica en México

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde 1956 se iniciaron acciones con la finalidad de evaluar, inicialmente, la calidad en la atención, y años después se enfocaron hacia la mejora de la atención médica. Aguirre (1997) hace énfasis en la importancia de la

administración de la calidad en la atención médica. En el IMSS se han empleado una serie de plantillas para evaluar la calidad de la atención médica, teniendo diferentes enfoques (Aguirre, 2002).

Se hizo patente que era indispensable la transición en la atención a la salud, de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía de la calidad (Ruelas, 1990). De hecho, basándose en un concepto nacido en la industria, se llevó al terreno de la atención a la salud los círculos de calidad. En México fueron introducidos en el Instituto Nacional de Perinatología por Ruelas y su grupo de colaboradores (1990). A veces existe confusión de términos utilizados en cuanto a la calidad. El aseguramiento de la calidad, mejora continua, calidad total, etcétera, son estrategias, surgidas en momentos históricos específicos y con enfoques en algunos casos similares y otros diferentes, que deben ser subordinadas al objetivo hacia el cual se dirigen: garantizar la calidad, en este caso, de la atención a la salud (Ruelas, 1993). Él mismo (1997) mencionó que dentro de las tendencias a futuro de las organizaciones de la atención médica en México, se encontraban la calidad y la eficiencia como imperativos.

A través de la Fundación Mexicana para la Salud se han realizado encuestas de satisfacción con los servicios de salud en México (Zurita, 1997). (<http://www.funsalud.org.mx/quehacer/publicaciones/simrefsalud/frenk.pdf> [Consulta:30 Marzo 2003]).

Existen variaciones dependiendo del estrato económico, zona geográfica, edad del encuestado, etc. Pero constante en las dos encuestas es el hecho de la inconformidad por la calidad de los servicios médicos en el país. Aunque el nivel de insatisfacción en esas dos encuestas contrastan con la realizada por Ramírez (1998) que el 81.2% de los usuarios percibió que la calidad de la atención fue buena.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006, establece diez estrategias para cumplir con sus objetivos, una de ellas es: desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud, teniendo como objetivo general elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, privilegiando el enfoque al usuario a través de un trato digno y una atención médica efectiva. El cuadro 8 muestra las líneas de acción que se enmarcan en

esa cruzada, que aunque es nacional, hasta el momento actual los integrantes de la Secretaría de Salud en el Distrito Federal no se han sumado a este esfuerzo.

Cuadro 8. Líneas de acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud

1. Definir códigos de ética para los profesionales de la salud.
2. Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos.
3. Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias.
4. Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño.
5. Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores.
6. Promover el uso de guías clínicas.
7. Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud.
8. Reforzar el arbitraje médico.

Fuente: Secretaría de Salud: Plan nacional de Salud 2001-2006

Recientemente, la Secretaría de Salud (2002) ha desarrollado la estrategia SUMAR (Servicios de Urgencias con Mejoras en la Atención y Respeto), que consta de una serie de acciones y estrategias, entre otros objetivos para disminuir los tiempos de espera para la atención de urgencias.

A través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se han tratado de dirimir las discrepancias entre proveedores y usuarios de los sistemas de salud, a través de la conciliación y el arbitraje.

En la tablas 5, 6 y 7 aparecen, respectivamente, los motivos de inconformidad, con base en datos del año 2001 de la CONAMED, según tipo de institución, por tipo de servicio y motivos de la inconformidad. (<http://www.conamed.gob.mx/principal.htm>>[Consulta: 28 Marzo 2004]) (<http://www.conamed.gob.mx/printestadisticas.htm>>[Consulta: 11 Marzo 2004]).

Tabla 5. Motivos de inconformidad según tipo de institución

Medicina privada	Seguridad social	Población abierta
Resultados insatisfactorios relacionados con el precio, procedimientos que no dominan o crear falsas expectativas	Diferimiento injustificado, exceso de controles administrativos o exceso de demanda	Complicaciones posquirúrgicas, por la insuficiente o nula información a los pacientes o descuido de las obligaciones de medios y seguridad

Fuente: CONAMED (2003)

Tabla 6. Inconformidades por tipo de servicio

Tipo de servicio	Total	Porcentaje
Traumatología y ortopedia	359	13.5
Ginecología y obstetricia	337	12.7
Urgencias	331	12.4
Medicina familiar	223	8.4
Cirugía general	152	5.7
Odontología	122	4.6
Urología	104	3.9
Pediatría	67	2.5
Otras	966	36.3
Total	2,661	100

Fuente: CONAMED (2003)

Tabla 7. Motivo de inconformidad (2001)

Motivo	Total	Porcentaje
Tratamiento quirúrgico	876	32.9
Tratamiento médico	789	29.7
Diagnóstico	376	14.1
Atención de parto y puerperio inmediato	150	5.6
Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	119	4.5
Relación médico-paciente	98	3.7
Otros	253	9.5
Total	2,661	100

Fuente: CONAMED (2003)

Capítulo II

(Marco referencial)

2.1 Institución rectora en servicios de salud (Secretaría de Salud)

En el año de 1943, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia con la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad con base al decreto del 18 de Octubre de 1943. Es la encargada de regular la atención a la salud en el país, así como la prestación de servicios médicos a personas que no son derecho habientes de algún sistema de seguridad social, dependiendo el Hospital General de México de dicha Secretaría (Díaz, 1994).

La Secretaría de Salud pasó de otorgar 23,415,000 consultas médicas en 1986 a 75,051,560 en el año 2000. (<http://www.ssa.gob.mx/dgied/sns/inf gob/aig12.htm>>[Consulta: 21 Abril 2003]), (Zedillo, 2000). La tabla 8 muestra la cantidad y tipo de consulta, reflejando el predominio de la consulta de medicina general. (<http://www.ssa.gob.mx/dgied/sns/ssa/2000/SCuadro01.htm>>[Consulta 21 Abril 2003]) . El Hospital General de México se cataloga como componente de los Institutos Nacionales de Salud.

Tabla 8. Tipo de consultas otorgadas (2000)

Entidad Federativa	Urgencias	General	Especializada	Odontológica	Total
Estados Unidos Mexicanos	4,754,098	56,873,784	8,759,398	4,664,280	75,051,560
Distrito Federales	796,869	3,471,335	2,103,314	725,796	7,097,314
Institutos Nacionales	168,746	59,301	1,016,462	68,098	1,312,607

Fuente: Estadísticas del Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud, 2000

En la tabla 9 se muestran las atenciones de urgencias otorgadas por entidad federativa (se muestran sólo algunos ejemplos). Llama la atención la alta tasa mortalidad en la atención de urgencias en Baja California, así como también en la atención hospitalaria, siendo las más

altas de la Secretaría de Salud en el país, a pesar del número de pacientes que atiende (<http://www.ssa.gob.mx/dgied/sns/ssa/2000/SCuadro05.html>)>[Consulta: 21 Abril 2003]).

Tabla 9. Urgencias Atendidas según Entidad Federativa (2000)

Entidad Federativa	Total	Enviado después de la atención				
		Hospita- lización	Consulta Externa	Otra Unidad	Domicilio	Defun- ción
Estados Unidos Mexicanos	4,754,098	1,026,997	588,197	113,638	2,811,697	8,205
Baja California	66,587	21,984	13,208	648	30,216	531
Chiapas	159,422	43,808	22,861	1,429	91,089	235
Distrito Federal	796,869	113,803	214,840	34,671	395,641	1,296

Fuente: Sistema de Información en Salud para Población Abierta. Subsistema de Servicios. SSA.

2.1.2 Institución objeto de estudio (Hospital General de México)

El Hospital General de México es un organismo público descentralizado de la Secretaría de Salud, ubicado en Dr. Balmis 148, colonia Doctores, delegación Cuauhtémoc, en el Distrito Federal. En 1995 se publicó el Decreto por el que se crea el Organismo Descentralizado Hospital General de México (Díaz, 1994).

El Hospital General de México, se ha destacado por brindar atención médica especializada a millones de mexicanos, se atiende esencialmente a pacientes de escasos recursos económicos, aquellos que no están registrados en la seguridad social ni tienen acceso a la medicina privada, cuya procedencia no tan sólo es del Distrito Federal.

2.1.2.1 Antecedentes históricos del Hospital General de México.

El día 5 de Febrero de 1905, siendo Presidente de la República Mexicana el General Porfirio Díaz y Vocal del Consejo Superior de Salubridad el Dr. Eduardo Liceaga, fue inauguró el Hospital General de México; siendo su primer director el Dr. Fernando López. Contaba con una plantilla de 315 trabajadores entre médicos y administrativos (Díaz, 1994).

En 1968 se inició la remodelación del Hospital General de México, reinaugurándose el 19 de Noviembre de 1970, quedando estructurado por 32 unidades Médicas y 10 unidades administrativas. En septiembre de 1985 se contaba con 1,700 camas, y como consecuencia

del sismo el Hospital General sufrió daños considerables quedando reducida su capacidad a 1,178 camas censables. El 7 de Abril de 1986, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se creó como Organismo Administrativo Desconcentrado por funciones, jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud, con autonomía operativa. El 11 de Mayo de 1995, se creó el Hospital General de México como Organismo Descentralizado del Gobierno Federal con personalidad jurídica y patrimonio propios (http://hgm.salud.gob.mx/hospital/hosp_hist.html)[Consulta: 13 Marzo 2003]).

En Octubre de 1995 un nuevo sismo ocasionó la reducción en el número de camas a 1,008.

2.2.2 Filosofía institucional

Misión

Constituirse en el hospital regional de referencia de la zona centro del país que proporciona servicios de salud de alta especialidad médica, con calidad y calidez, bajo principios éticos que su personal cumple cabalmente y que por su actividad ha recibido el reconocimiento de la sociedad mexicana

(<http://hgm.salud.gob.mx/>[Consulta: 12/Nov/ 2004]).

Visión

Ser un centro hospitalario con reconocimiento internacional, que se ha constituido como referencia de otras instituciones de salud y que proporciona asesoría en modelos de atención para el segundo y tercer nivel; participando en el apoyo al Seguro Popular y el Fondo directo de Gastos Catastróficos de la política institucional. Sus investigaciones y docencias cuentan con proyección mundial y es reconocida como la Institución de Salud por excelencia del país.

(<http://hgm.salud.gob.mx/>[Consulta: 12/Nov/ 2004]).

Objetivos y Metas

En los cuadros 9, 10 y 11 se enuncian los objetivos más relevantes del Hospital General de México, en donde es manifiesto que en los objetivos a corto, mediano y largo plazo, la mejora

de la calidad de la atención aparece tanto en forma explícita como implícita, y se propone reducir las situaciones derivadas de la mala calidad de la atención, como lo son las demandas o denuncias por mala atención médica. (http://hgm.salud.gob.mx/hospital/prop_obj.html>[Consulta: 13 Marzo 2003])

Cuadro 9. Objetivos a corto plazo

- Mejorar la calidad de la atención médica y de enfermería, a través de la capacitación.
- Incrementar el porcentaje de ocupación hospitalaria.
- Motivar el cambio del personal hacia una buena actitud de servicio e incrementar los valores en el servidor público.
- Presupuestar los recursos financieros en forma eficiente.
- Otorgar trato digno, con responsabilidad e información a todo usuario.
- Disminuir casos médicos legales por responsabilidad médica.

Fuente: hgm.salud.gob.mx

Cuadro 10. Objetivos a mediano plazo

- Incrementar la productividad de los servicios sin disminución de la calidad.
- Optimizar el área de la planta física instalada.
- Contar con equipo de alta tecnología.
- Contar con el personal suficiente para cubrir necesidades.
- Evitar pérdidas financieras por incumplimientos de contratos.
- Disminuir laudos condenatorios al hospital.

Fuente: hgm.salud.gob.mx

Cuadro 11. Objetivos a largo plazo

- Reestructurar la planta física del hospital (verticalización).
- Contar con el equipo de alta tecnología y mantener en perfectas condiciones el ya existente.
- Incorporar a la red institucional de cómputo a todos los servicios del Hospital General de México.
- Sistematizar las áreas del Hospital General de México.
- Modernizar y automatizar las acciones de enseñanza.
- Fortalecer el ámbito universitario.

Fuente: hgm.salud.gob.mx

En el cuadro 12 aparecen las metas prioritarias de el Hospital General de México, y en cuanto a calidad de la atención, se hace patente y es congruente con la misión, la visión y los objetivos del propio nosocomio

(http://hgm.salud.gob.mx/hospital/prop_meta.html>[Consulta:13 Marzo 2003]).

Cuadro 12. Metas del Hospital General de México

- Fortalecer las actividades y programas del hospital hasta lograr la calidad total en la atención.
- Contar con alta tecnología de apoyo para el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Asistencia y permanencia del personal en el servicio.
- Consentimiento informado a todos los enfermos o sus familiares.
- Apego al catálogo de los medicamentos básicos.
- Reducción del promedio de días estancia para aumentar la rotación de camas.
- Contar con solvencia económica que permita dar respuesta a las necesidades del hospital.
- Ser el hospital de excelencia en docencia y formación de recursos para la salud.
- Ser un centro de investigación líder nacional y con reconocimiento internacional.
- Implementar un programa de salud prepagada (tarjeta de salud).

Fuente: hgm.salud.gob.mx

2.2.3 El Hospital General de México en números

Actualmente, la planta física horizontal del hospital cuenta con una superficie total de 12.52 hectáreas de las cuales 6.63 están construidas; de los 50 edificios, 33 pertenecen al área médico asistencial y 17 a las áreas de gobierno enseñanza e investigación y servicios generales. El número actual de camas censables es de 952 y 180 no censables, por lo que el 84% de las camas del hospital son censables.

En el año 2001 se otorgaron 641,889 consultas de especialidad, de las cuales 282,053 fueron consultas de primera vez y 359,836 subsecuentes.

En las tablas, y gráficas siguientes aparecen algunas de las estadísticas más relevantes del Hospital General de México, que se generaron durante el año 2001 (http://hgm.salud.gob.mx/hospital/informe_enero_dic.pdf>[Consulta: 17 Marzo 2003]).

En la tabla 10 aparece en total de consultas médicas, resaltando el hecho que los servicios de cirugía otorgan el mayor porcentaje de consultas.

Tabla 10. Consulta total de primera vez por área troncal (2001).

DIVISIÓN	1ª VEZ			SUBSECUENTE			TOTAL		ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN
	CONSULTA POR SERVICIO	% EN RELACIÓN AL TOTAL DE 1ª VEZ	% EN RELACIÓN AL TOTAL DEL SERVICIO	CONSULTA POR SERVICIO	% EN RELACIÓN AL TOTAL SUBSECUENTE	% EN RELACIÓN AL TOTAL DEL SERVICIO	CONSULTA POR SERVICIO	% EN RELACIÓN AL TOTAL DE CONSULTA	
MEDICINA INTERNA	106,327	37.70	55.03	86,904	24.15	44.97	193,231	30.10	0.82
CIRUGÍA	98,131	34.79	35.15	181,009	50.30	64.85	279,140	43.49	1.84
GINECO/OBSTETRICIA	48,284	17.12	48.65	50,961	14.16	51.35	99,245	15.46	1.06
PEDIATRÍA	23,694	8.40	39.65	36,066	10.02	60.35	59,760	9.31	1.52
SUBTOTAL	276,436	98.01	43.78	354,940	98.54	56.22	631,376	98.36	1.28
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	5,617	1.99	53.43	4,896	1.36	46.57	10,513	1.64	0.87
TOTAL	282,053	100.00	43.94	359,836	100.00	56.06	641,889	100.00	1.28

Fuente: Departamento de estadística de la subdirección de planeación del H.G.M.

En el año 2001, tan sólo el 61.33% de los enfermos residen en el Distrito Federal, y que el Estado de México es la entidad de procedencia de casi el 30% de todos los pacientes que se atienden en el Hospital General de México. La atención a la población de entre 15 y 54 años ocupó el 70% del total de las consultas (Departamento de Estadística de la Subdirección de Planeación del H.G.M., 2001)

En la tabla 11 se presentan los datos referentes a ocupación hospitalaria. Es notorio que los servicios de cirugía generan el 50% de la estancia hospitalaria. Los servicios de medicina interna tienen el mayor número días de estancia en promedio y el más bajo índice de rotación de camas. El servicio de gineco-obstetricia tiene un comportamiento inverso, en esos mismos indicadores, con relación a los de medicina interna.

Tabla 11. Ingresos, egresos, días estancia, promedio días estancia, índice de rotación e intervalo de sustitución, por área troncal (2001).

División	Ingresos		Egresos		Días estancia		Promedio días estancia	Índice de rotación	Intervalo de sustitución
	ABSOLUTO	RELATIVO	ABSOLUTO	RELATIVO	ABSOLUTO	RELATIVO			
MEDICINA INTERNA	6,642	16.47	6,567	16.30	68,983	30.00	10.5	23.0	4.0
CIRUGÍA	20,272	50.27	20,297	50.38	123,401	53.66	6.1	40.1	3.3
GINECO/OBSTETRICIA	10,710	26.56	10,734	26.65	17,696	7.70	1.6	178.9	0.4
PEDIATRÍA	2,705	6.71	2,686	6.67	19,876	8.64	7.4	26.6	6.3
TOTAL	40,329	100.00	40,284	100.00	229,956	100.00	5.7	42.3	2.8

Fuente: Departamento de estadística de la subdirección de planeación del H.G.M.

En la tabla 12 se registran las causas más frecuentes de defunción. Es manifiesta la predominancia de causas no infecciosas como responsables de los decesos.

Tabla 12. Las diez causas más frecuentes de defunción, por grupo de edad y sexo (2001).

NÚM. PROG	CAUSA	NÚMERO DE CASOS	<1 año			1--4			5-14			15-44			45-64			65-+		
			H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
1	NEOPLASIAS	367				4		4	7	8	15	45	86	131	49	75	124	51	42	93
2	DIABETES MELLITUS	259								1	1	17	23	40	60	65	125	40	53	93
3	CIRROSIS HEPÁTICA	129										23	3	26	49	19	68	23	12	35
4	CRECIMIENTO FETAL LENTO, DESNUTRICIÓN E INMADUREZ	105	66	39	105															
5	NEUMONÍAS	100	1	1	2	1		1				14	9	23	16	13	29	21	24	45
6	ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	98										8	6	14	18	10	28	16	40	56
7	S.I.D.A.	85										60	13	73	9	2	11	1		1
8	CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA	51										1	2	3	7	11	18	13	17	30
9	CARDIOPATÍA ISQUEMICA Y OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	50										1		1	9	5	14	12	23	35
10	INSUFICIENCIA RENAL	41										14	14	28	3	4	7	1	5	6

Fuente: Anatomía patológica del Hospital General de México.

De los 40329 egresos hospitalarios en el año 2001, hubo 1944 defunciones, por lo que la mortalidad general durante la atención hospitalaria fue del 4.8%. (Anatomía patológica del H.G.M., 2001).

El hospital cuenta con 6341 trabajadores, 5549 de los cuales tienen base contractual (87%). Las plazas ocupadas en el área de enfermería, administrativa y médica, representan poco más del 70% de todo el personal. (Dirección de Recursos Humanos, 2001)

La capacidad física instalada es de 1,008 camas, 48 quirófanos, 3 salas de expulsión y una sala de labor, 19 centrales de esterilización, 8 salas de terapia intensiva, 2 cuneros, 2 salas de admisión, 38 salas de recuperación, 150 consultorios, 37 salas de espera, 27 salas de rayos X, 45 salas de laboratorio, 1 sala de aféresis, 1 sala de sangría, 1 sala de ultrasonido, 1 sala de endoscopia, 7 cubículos de terapia de lenguaje, 1 de anatomía patológica, 2 auditorios y 48 aulas (Subdirección de planeación del HGM, 2001).

Las diferentes pruebas de laboratorio representan más del 90% de todos los estudios paraclínicos.

En el área de Enseñanza e Investigación se ha considerado como el hospital escuela de mayor relevancia en la medicina nacional. Se imparten aproximadamente 70 cursos de educación médica continua, capacitando a una población 6,671 alumnos con la participación de 1,624 profesores internos y 442 externos. Laboran en el hospital 18 médicos pertenecientes al Sistema Nacional de Investigadores. El 60% de los protocolos concluidos

se publican en revistas de circulación nacional y el 27% en revistas de circulación internacional.

El cuadro 13 presenta el balance de ingresos y egresos del año 2001. Sobresale el déficit de poco más de 56 millones de pesos en ese ejercicio. http://hgm.salud.gob.mx/estadisticas/estadisticas_1.html>[Consulta: 19 Marzo 2003]

Cuadro 13. Estado de ingresos y gastos por el año terminado al 31 de diciembre de 2001.

(PESOS)	
INGRESOS	
Subsidio recibido del Gobierno Federal	\$1,019,137,074
Cuotas de recuperación	61,957,137
Donativos en especie	6,883,445
Productos financieros	845,700
Proyectos de investigación	9,605,625
Otros ingresos	<u>1,116,981</u>
Total ingresos	<u>1,099,545,962</u>
COSTOS Y GASTOS DE OPERACIÓN	
Servicios personales	842,727,479
Materiales y suministros	191,285,658
Servicios generales	81,136,961
Total costos y gastos de operación	<u>1,115,150,098</u>
	(15,604,136)
DEPRECIACIÓN Y ESTIMACIÓN PARA CUENTAS INCOBRABLES	
	<u>40,427,393</u>
Insuficiencia de ingresos sobre gastos	<u>\$(56,031,529)</u>

Fuente: Dictamen del auditor externo.

El presupuesto para el año 2002 fue de \$ 1,167,406,918.00

2.1.2.4 Servicio de urgencias médico-quirúrgicas del Hospital General de México

El servicio tiene 18 camas para la hospitalización de todo aquel enfermo que tenga alguna patología que ponga en peligro la vida, un órgano o alguna función. En 13 de ellas se cuenta con monitoreo continuo de los enfermos.

En los siguientes párrafos, gráficas y tablas, se presentan las estadísticas más relevante del servicio de urgencias del Hospital General de México durante el año 2001 (http://hgm.salud.gob.mx/servmed/u_urgencias.html>[Consulta: 19 Marzo 2003]).

Tiene dos consultorios para la atención de los enfermos que acuden al servicio. Además, el servicio cuenta con una "sala de choque" para la atención de inmediato de alguna urgencia mayor. En sus instalaciones están un laboratorio para análisis clínicos, una sala de radiología simple y una unidad de endoscopia de tubo digestivo. Estos 3 últimos servicios funcionan, al igual que el servicio de urgencias, todos los días del año, durante las 24 horas del día.

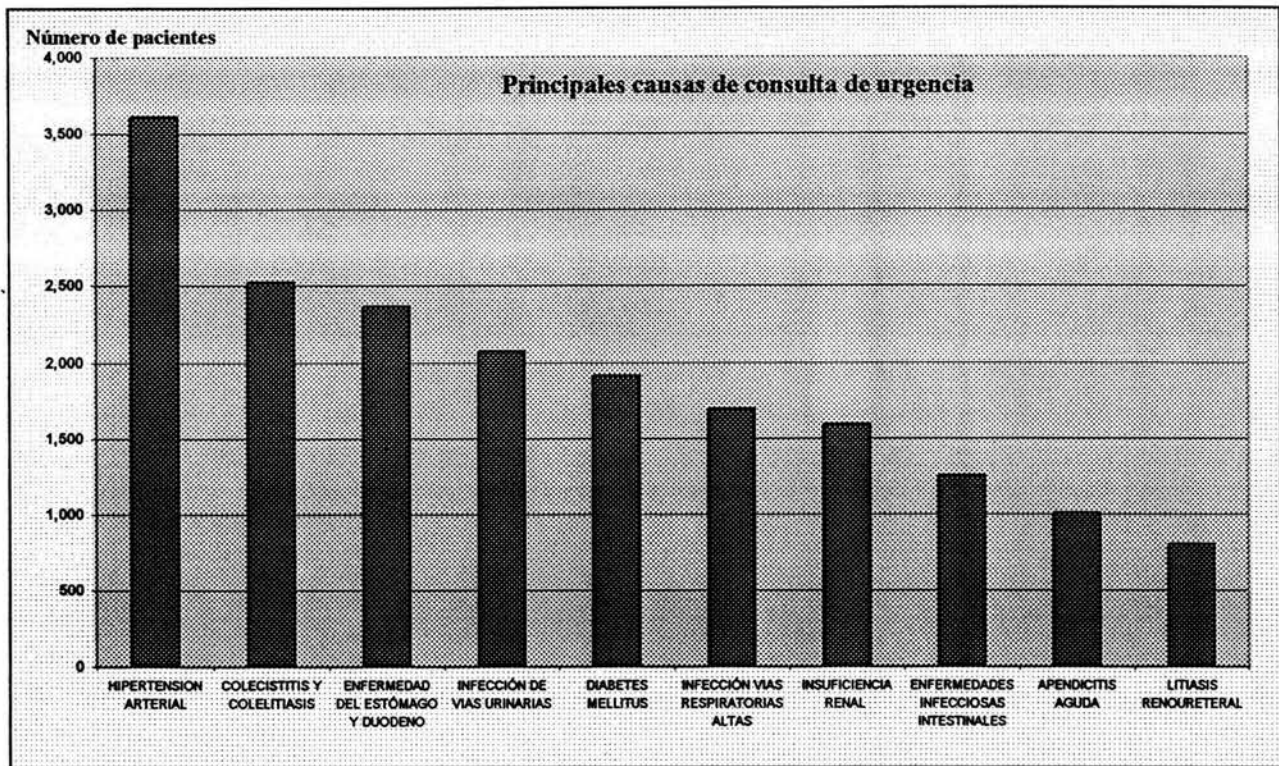
Aunque desde el punto de vista administrativo existen diferentes horarios, en todos ellos se cuenta con los servicios de médicos especialistas (la mayoría con certificación vigente por el consejo de su especialidad médica) en medicina interna y cirugía general, además de gastroenterólogo endoscopista.

En el año 2001 se otorgaron 29,006 consultas en el servicio de urgencias médico-quirúrgicas, que representa el 4.51% del total de consultas otorgadas en el Hospital General de México. Es necesario mencionar que el hospital cuenta con áreas específicas para la atención de enfermos pediátricos y enfermas con patología gineco-obstétrica. Son eventuales los pacientes que acuden al servicio para atención de problemas relacionados con traumatología.

El 77% del personal contratado para el servicio, corresponde al área de enfermería y al área médica.

En el cuadro 14 se muestran las diez enfermedades más frecuentes que motivaron la consulta en el servicio de urgencias. Las causas más frecuentes son de patología no infecciosa y son más frecuentes los padecimientos de atención no quirúrgica.

Cuadro 14. Causas más frecuentes que motivan la consulta en el servicio de urgencias (2001).



En la tabla 13 aparecen los procedimientos más frecuentes realizadas a los pacientes del servicio de urgencias. Resalta que la cirugía que más se realiza, es con mucho, la apendicectomía.

Tabla 13. Cirugías más frecuentes realizadas por el servicio de urgencias (2001).

Número progresivo	Cirugía	Casos
1	Apendicectomía	447
2	Colecistectomía	91
3	Drenaje de absceso apendicular	63
4	Amputación por encima de la rodilla	48
5	Ooforectomía y salpingooforectomía	39
6	Colostomía	31
7	Laparotomía exploradora	30
8	Reparación hernia umbilical	27
9	Reparación hernia inguinal	21
10	Adherenciólisis	14

Fuente: reporte elaborado por la subdirección de planeación del H.G.M., 2001

La tabla 14 contiene las diez principales causas de defunción en el servicio de urgencias médicas. Las enfermedades crónico degenerativas y las neoplasias son las más frecuentemente conducen al fallecimiento.

Tabla 14. Las diez causas más frecuentes de mortalidad en el servicio de urgencias (2001)

Número Progresivo	Diagnóstico	Casos
1	Diabetes mellitus	69
2	Cirrosis hepática	40
3	Neoplasias	30
4	Neumonías	23
5	Enfermedad vascular cerebral	20
6	Hipertensión arterial y cardiopatía hipertensiva	16
7	Insuficiencia renal	15
8	Cardiopatía isquémica	14
9	Trastornos mentales debido al uso del alcohol	12
10	Pancreatitis	7

Fuente: Anatomía patológica del H.G.M.

En la tabla 15 aparece un resumen de algunos indicadores en la atención de urgencias, que se generaron durante el año 2001. Se atendieron un promedio de 80 consultas diarias, a enfermos que provinieron en su mayoría fuera del Distrito Federal, y que en menos del 20% de los casos se les atendió en los primeros 20 minutos de su llegada al servicio. El 22% de los enfermos tenían patologías que requerían intervención quirúrgica.

Tabla 15. Algunos indicadores de atención en urgencias en el año 2001

Parámetro	Número
Número de consultas de urgencias	29,006
Procedencia de usuarios de urgencias	Distrito Federal: 44.9% Estado de México: 33.8% Otras entidades: 22.3 %
Tiempo de espera para consulta	0-10 minutos: 9.4% 11-20 minutos: 9.0% 21-30 minutos: 16.7% 31-40 minutos: 2.6 % > 41 minutos: restante %
Internamientos en el año	4,611
Cirugías de urgencia	1010
Infecciones nosocomiales	16
Estudios de imagenología realizados	6,699
Estudios de laboratorio realizados	177,605

Fuente: Subdirección de planeación del H.G.M

En México se han desarrollado programas de garantía de calidad en el primer nivel de atención a la salud (Reyes, 1990), evaluación de la atención médica a través de la satisfacción de expectativas de pacientes y trabajadores (Aguirre, 1990), la satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica (Salinas, 1994)

Vidal y Reyes (1993) resaltaron la necesidad de diseñar un sistema de monitoría – creación de indicadores y estándares – para el desarrollo de programas de garantía de calidad. El sistema de monitoría constituye el eje central de los programas de garantía de calidad.

En la tabla 16 se muestran los resultados de una encuesta realizada en la consulta de urgencias del Hospital General de México en el año 2002, se aplicaron 234 encuestas. (http://hgm.salud.gob.mx/estadisticas/ev_octubre_enero2003.pdf>[Consulta: 25 Mayo 2003]).

Es de resaltar el prolongado tiempo de espera, sin embargo, no se preguntó al usuario su grado de inconformidad con la espera.

Tabla 16. Evaluación de la calidad en el servicio de urgencias (2002)

Pregunta	Evaluación	
¿ Fue informado y orientado sobre los trámites para recibir la atención médica ?	Si	74.8%
¿ Cómo califica la información proporcionada ?	Excelente Completa Mínima Insuficiente No contestó	12.4 % 50.4 % 24 % 1.8 % 6.4 %
¿ Cuánto tiempo esperó para pasar a la consulta ?	0 – 10' 11 – 20' 21 – 30' 31 – 40' 41 – 50' > 51' No contestó	9.4 % 9.0 % 16.7 % 2.6 % 1.7 % 38 % 22.6
¿ Cuánto tiempo le dedicó el médico a su consulta ?	0 – 10' 11 – 20' 21 – 30' 31 – 40' 41 – 50' > 51' No contestó	16.7 % 38 % 12 % 0.4 % 0 % 0.4% 32.5 %
¿ Quedó satisfecho con la atención e información que el médico le proporcionó ?	Mucho Regular Poco Nada No contestó	48.7 % 36.3 % 6.8 % 0.9% 7.3 %
¿ Cómo califica la atención recibida por trabajo social?	Muy buena Buena Regular Mala Muy mala No contestó	34.2 % 53.8 % 8.2 % 0.4 % 0.4 % 3.0 %
¿ Cómo califica la atención recibida por el servicio de enfermería ?	Muy buena Buena Regular Mala Muy mala No contestó	21 % 58.1 % 13.2 % 2.2 % 0.4 % 5.1 %
¿ Cómo califica la atención recibida por los médicos ?	Muy buena Buena Regular Mala Muy mala No contestó	27.8 % 53.4 % 14.1 % 0 % 0 % 4.7 %
¿ Algún servidor público del hospital le solicitó dinero, dádiva, regalos o alguna otra gratificación ?	Si No No contestó	0.9 % 94.9 % 4.2 %
¿ Recomendaría nuestros servicios médicos a otras personas o instituciones ?	Si No No contestó	89 % 3 % 8 %

Fuente: Departamento de estadística del H.G.M., 2002

Capítulo III

Diseño de investigación

3.1 Importancia de la investigación

Los tres retos actuales del Sistema de Salud en México son: mejorar la calidad de la atención, disminuir la inequidad en la asignación de recursos y de atención médica a la población, y favorecer la protección financiera de las familias en casos de enfermedad. En México existe heterogeneidad en los niveles de calidad que las distintas unidades de atención ofrecen a los ciudadanos. La calidad debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes (Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2001-2006).

Existen varias definiciones de lo que es calidad. Depende del enfoque predominante la definición que se usará. La American Society for Quality (ASQ) propuso que calidad es “la suma de propiedades y características de un producto o servicio que tienen que ver con su requerimiento de satisfacer una necesidad determinada”

(<http://www.asq.org> [Consulta: 30 Enero 2003]).

La Norma Mexicana NMX-CC-9000-INC-2000 define la satisfacción del cliente, como la percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos. En el ámbito de los servicios de salud, la definición más difundida es la de Donabedian (1991) que establece que calidad en la atención a la salud es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud.

Aunque a nivel internacional existen reportes de evaluaciones de los servicios de urgencias, principalmente en EUA, son insuficientes aún, y parciales. (Bizovi, 2002). Al momento actual no se ha hecho una evaluación global de los servicios de urgencias en México, tan sólo se han hecho estudios exploratorios de cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios en algunos servicios de urgencias. La mayor parte de esas evaluaciones han correspondido al proceso de certificación de hospitales por parte de Consejo de Salubridad General (Programa Nacional de Certificación de Hospitales, 1999).

Con base a cifras del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (http://hades.inegi.gob.mx/sitio_inegi/estadistica/espanol/sociomed/salud/sal_07.html) [Consulta: 07 Abril 2003]) en el país se otorgaron, durante el año 2000, aproximadamente 222 millones de consultas médicas. En las diferentes instalaciones de la Secretaría de Salud se otorgaron 75,051,560 consultas médicas, de las cuales, 4,754,098 fueron realizadas en los diferentes servicios de urgencias del país (Estadísticas del Sistema Nacional de Salud, 2000). Estas consultas son el preámbulo más frecuente para el internamiento hospitalario en los servicios de urgencias del país.

En el año 2000 en los Institutos de Salud que tiene la Secretaría en el Distrito Federal se otorgaron 168,746 consultas de urgencia (Estadísticas del Sistema Nacional de Salud, 2000).

3.2 Justificación de la investigación

La medicina de urgencia desempeña un papel integrador y fundamental en la definición, estructura y función de la asistencia sanitaria. (O'Leary, 1992). Lamentablemente la mala calidad de la atención, favorece la morbilidad y mortalidad en el servicio de urgencias, aumenta las insatisfacciones de todos los involucrados en los servicios médicos, incrementa costos, etc. Bodenheimer (1999) reportó cerca de 180,000 decesos anuales relacionados con la mala calidad de atención médica en EUA.

Por las implicaciones que tiene hacia la vida, la salud, la economía y otros ámbitos, es que es indispensable medir la calidad del servicio de urgencias, en este caso del Hospital General de México. Hasta el momento actual se han realizado encuestas, parciales aun, dirigidas a evaluar la satisfacción de los usuarios.

Los usuarios de los sistemas de salud cada vez se tornan más exigentes. La mala atención médica en los servicios de urgencias, es la tercera causa de inconformidad ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. La tendencia muestra un incremento anual en el número de inconformidades en la atención médica (Valdés, 2001). Las crecientes denuncias y demandas, incrementa la medicina defensiva, que va en contra de la calidad de la atención, ya que no ofrece lo que necesariamente el usuario necesita, e incrementa los costos, sin que ello se traduzca en un beneficio mayor a la salud del enfermo (Rivero, 2000).

En México, para el proceso de certificación y recertificación de hospitales, es necesario tener mediciones de la satisfacción de usuarios e indicadores de atención. Además, el realizar esas mediciones también va en cumplimiento con las líneas de acción de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, programa de la Secretaría de Salud en México (Plan Nacional de Salud 2001-2006), que se ha centrado – en cuanto a los servicios de urgencias – al tiempo de espera para consulta y si está satisfecho el usuario con ese tiempo de espera.

3.3 Planteamiento del problema

En la actualidad se ha documentado en forma parcial la evaluación de la calidad de la atención médica de urgencias en el Hospital General de México.

Es necesario conocer las necesidades de los usuarios del servicio para poder diseñar programas de mejora continua. También es importante conocer el grado de satisfacción que tienen los usuarios por el servicio recibido.

Entre las formas de manifestar su inconformidad por la mala calidad de la atención, los usuarios presentan quejas, demandas y/o denuncias contra la institución o el personal de salud, con repercusiones en los ámbitos personal e institucional. Se ha documentado a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico que existe un creciente número de querrelas contra el personal de salud, y la atención de urgencias en la tercera causal en frecuencia. Lo anterior lleva a la práctica de una medicina defensiva, lo cual va en detrimento de la calidad.

La realización de la presente investigación permitirá evaluar la calidad de la atención de urgencias, y detectar las áreas que favorecen la disminución de la calidad. Derivado de la detección de áreas de oportunidad para mejorar la atención, se espera disminuyan las inconformidades de los usuarios.

3.4 Objetivos

Generales

1. Contribuir a mejorar la calidad de la atención del servicio de urgencias del Hospital General de México.

Específicos

1. Conocer la satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias del Hospital General de México.

2. Conocer las necesidades de atención a la salud de los usuarios del servicio de urgencias del Hospital General de México.

3. Proponer el esquema de un sistema total de calidad para el servicio de urgencias del Hospital General de México, teniendo como parte nuclear la misión del Hospital General de México y las necesidades de sus usuarios.

3.5 Variables

Satisfacción: el grado en que las necesidades y expectativas del usuario corresponden a la percepción del servicio recibido.

Tiempo de espera: cantidad de minutos que transcurren desde que el usuario llega a la sala de urgencias hasta que comienza a recibir la atención médica.

Tiempo de consulta: cantidad de minutos que dura la consulta médica.

Trato amable: actitud agradable con que el personal de salud atiende al usuario.

Estructura: conjunto de elementos físicos y organizacionales que tienen la finalidad de atender al usuario.

Resultado: producto obtenido del proceso de la atención.

3.6 Hipótesis de investigación

La medición de los índices de calidad en el servicio de urgencias del Hospital General de México, nos permitirá conocer los niveles de percepción y de aceptación que tienen los usuarios respecto a la satisfacción del servicio, los resultados obtenidos, trato del personal y por grupo de enfermedades.

3.7 Instrumento de medición

Evaluación de la Calidad de la Atención del Servicio de Urgencias del Hospital General de México

I. Datos generales

P.1 Edad

1. 18 a 24	2. 25 a 34	3. 35 a 44	4. 45 a 54	5. 55 a 64	6. más de 65
------------	------------	------------	------------	------------	--------------

P.2 Género

1. Masculino	2. Femenino
--------------	-------------

P.3 Nivel de instrucción

1. Analfabeta	2. Lee y escribe	3. 1 a 6 años	4. 7 a 9 años
5. 10 a 12 años	6. 13 a 18 años	7. más de 18 años	

II. Grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades (O.M.S)

P.4 Grupos de enfermedades

1. Infecciosas y parasitarias	2. Tumores	3. Sangre y órganos Hematopoyéticos
4. Endocrinas, nutricionales	5. Sistema nerviosos	6. Sistema circulatorio
7. Sistema respiratorio	8. Sistema digestivo	9. Piel y tejido subcutáneo
10. Sistema osteomuscular	11. Sistema genitourinario	12. Síntomas, signos y hallazgos anormales
13. Traumatismos y envenamientos		

III. Tiempo de espera

P.5 Tiempo que esperó para recibir atención médica en minutos

1. 1 a 10 minutos	2. 11 a 20 minutos	3. 21 a 30 minutos	4. 31 a 40 minutos
5. 41 a 50 minutos	6. 51 a 60 minutos	7. Más de 60 minutos	

IV. Tiempo de consulta

P.6 Tiempo de duración de su consulta

1. 1 a 5	2. 6 a 10	3. 11 a 15	4. 16 a 20	5. 21 o más
----------	-----------	------------	------------	-------------

V. Actitud del personal médico y auxiliar

P.7 El médico de la consulta se presentó por su nombre al entrar usted al consultorio

1. Sí	2. No
-------	-------

P.8 El trato del médico en la consulta le pareció amable

1. Sí	2. No
-------	-------

P.9 El trato de la enfermera en la consulta le pareció amable

1. Muy de acuerdo	2. de acuerdo	3. indiferente	4. en desacuerdo	Muy en desacuerdo
-------------------	---------------	----------------	------------------	-------------------

P.10 Se le explicó con lenguaje acerca del motivo de su internamiento y del plan a seguir

1. Sí	2. No
-------	-------

P.11 Se le explicó acerca del motivo de su firma en la hoja del consentimiento

1. Sí	2. No
-------	-------

P.12 Se le trato con respeto durante su atención en urgencias

1. Sí	2. No
-------	-------

P.13 Se le orientó acerca de los trámites para su ingreso a urgencias

1. Sí	2. No
-------	-------

P.14 Se le explicó como se llevaba a cabo el resguardo de sus pertenencias

1. Sí	2. No
-------	-------

P.15 Se le explicó y pidió autorización para realizarle los estudios y procedimientos que le hicieron en urgencias

1. Sí	2. No
-------	-------

P16. Se le informó acerca del tratamiento que estaba recibiendo

1. Sí	2. No
-------	-------

P17. Se le permitió la visita de sus familiares

1. Sí	2. No
-------	-------

P18. El trato recibido por el personal médico durante su hospitalización fue amable

1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. Indiferente	4. En desacuerdo	Muy en desacuerdo
-------------------	---------------	----------------	------------------	-------------------

P19. El trato recibido por el personal de enfermería en su hospitalización fue amable

1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. Indiferente	4. En desacuerdo	Muy en desacuerdo
-------------------	---------------	----------------	------------------	-------------------

P20. El trato recibido por el personal de trabajo social durante su hospitalización fue amable

1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. Indiferente	4. En desacuerdo	Muy en desacuerdo
-------------------	---------------	----------------	------------------	-------------------

P21. El trato recibido por el personal de rayos X durante su hospitalización fue amable

1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. Indiferente	4. En desacuerdo	Muy en desacuerdo
-------------------	---------------	----------------	------------------	-------------------

P22.El médico de la consulta le saludo al momento de entrar al consultorio

1. Sí	2. No
-------	-------

P23. El médico de la consulta le explicó con lenguaje claro acerca de la enfermedad motivo de su consulta

1. Sí	2. No
-------	-------

P24. El médico de la consulta le resolvió sus dudas, explicándose con un lenguaje claro

1. Sí	2. No
-------	-------

P25. Se le explicaron claramente los motivos de su egreso del servicio de urgencias

1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. Indiferente	4. En desacuerdo	Muy en desacuerdo
-------------------	---------------	----------------	------------------	-------------------

VI. Estructura del servicio

P26. La sala de espera en urgencias estaba limpia

1. Sí	2. No
-------	-------

P27. El consultorio en que fue atendido estaba limpio

1. Sí	2. No
-------	-------

P28. La iluminación del consultorio le pareció adecuada

1. Sí	2. No
-------	-------

P29. Tuvo privacidad durante su atención en urgencias

1. Sí	2. No
-------	-------

P30. Durante su internamiento en urgencias, la sala de internamiento estaba generalmente limpia

1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. Indiferente	4. En desacuerdo	Muy en desacuerdo
-------------------	---------------	----------------	------------------	-------------------

P31. Durante su internamiento en urgencias le solicitaron a su familiar comprar medicamentos para su tratamiento

1. Sí	2. No
-------	-------

VII. Sensación de seguridad

P32. Se sintió seguro mientras permaneció bajo atención médica en urgencias

1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. Indiferente	4. En desacuerdo	Muy en desacuerdo
-------------------	---------------	----------------	------------------	-------------------

VIII. Satisfacción del servicio

P33. Está usted satisfecho con el resultado de la atención de urgencia que recibió

1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. Indiferente	4. En desacuerdo	Muy en desacuerdo
-------------------	---------------	----------------	------------------	-------------------

P34. En caso de requerir nuevamente atención médica de urgencia, acudiría a este servicio de primera intención

1. Sí	2. No
-------	-------

P35. Usted recomendaría este servicio de urgencias

1. Sí	2. No
-------	-------

3.8 Tipo de investigación

La presente investigación es **prospectiva** (estudio en el que toda la información se recogerá de acuerdo a los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de ésta), **transversal** (estudio que se mide una sola ocasión a las variables involucradas. Implica evaluar las unidades en el tiempo definido), **analítica** (se analizan todas y cada una de las partes de la investigación), **de tipo explicativo no experimental** (estudio en el cuál el investigador no modifica a su voluntad una o algunas de las variables del fenómeno estudiando; el aspecto fundamental de este tipo de estudio es que no se pueden asignar al azar las unidades a las diversas variantes del factor casual).

3.9 Población objetivo

Son los usuarios del servicio de urgencias del Hospital General de México. Se decidió tomar una muestra representativa con base en el número de pacientes que son internados anualmente en el servicio de urgencias.

Se seleccionará una muestra representativa aleatoria del grupo de pacientes que requirieron internamiento. La muestra tendrá un 95% de confianza. Para los presentes cálculos se usará el programa STATS™.

3.10 Criterios de selección y exclusión:

El instrumento de evaluación se aplicará a los pacientes que cumplan con los criterios de selección.

Criterios de selección:

- Selección al azar para participar en el estudio
- Paciente que hayan sido internado en el servicio de urgencias del Hospital General de México
- Mayores de 18 años
- Sin distinción de sexo
- Sin distinción de diagnóstico
- Que hable español

- Con condiciones médicas que permitan contestar el cuestionario
- Manifestación por escrito de haber aceptado contestar el cuestionario

Criterios de exclusión:

- Enfermos que no cumplan con los criterios de inclusión
- Enfermos trasladados de otro hospital.

Criterios de eliminación:

- Retiro del consentimiento para contestar el cuestionario
- Cuestionario contestado en forma incompleta
- Agravamiento del paciente al momento de la aplicación del cuestionario

3.11 Prueba piloto

Un cuestionario lo aplicó personal médico al momento de que el enfermo egresó del servicio de urgencias, en cualesquiera de los turnos laborales. Se aplicó a pacientes que estuvieron internados en el servicio de urgencias del Hospital General de México. La duración para su aplicación fue de alrededor de 10 minutos.

Antes de la aplicación del instrumento se realizó una prueba piloto con él. Se aplicó en una población muestra del 10% del estimado para aplicarlo en forma definitiva. El cuestionario constó de 36 preguntas, las cuales evaluaron estructura, proceso y resultados, así como permitió conocer las necesidades del usuario.

3.12 Validez y confiabilidad

Validez y confiabilidad son dos requisitos que debe reunir todo instrumento de medición para cumplir eficazmente su cometido, es decir, medir. La validez implica relevancia respecto de la variable a medir, mientras que la confiabilidad implica consistencia respecto de los resultados obtenidos. En la presente nota se analizan estos requisitos, en tanto aplicados especialmente a los tests psicológicos.

Todo instrumento de medición intenta medir algo. Este algo es algún aspecto recortado de la realidad, habitualmente designado como variable. Como la variable puede adoptar diferentes

valores, el instrumento de medición informará acerca de qué valor adoptó la variable aquí y ahora, en este sujeto o en esta observación.

3.13 Tabulación

Se aplicaron 378 cuestionarios, los cuales se tabularon de una manera sencilla.

La recolección fue manual y mecánica con el auxilio de la computadora, la clasificación de las frecuencias de cada una de las respuestas se realizó con la utilización del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 10.0 para Windows (ver anexo estadístico).

3.14 Análisis estadístico

La prueba de significación Chi cuadrada

Antes que determinar si una asociación entre variables es significativa o se debe al azar, primero se pondrá un ejemplo de esa asociación.

Ejemplo, en un cuestionario se tienen, entre otras, las dos siguientes preguntas:

1. ¿Ha utilizado alguna vez los servicios de urgencias del Hospital General de México?
2. ¿El tiempo de espera es el adecuado?

Para medir la asociación entre estas dos preguntas es necesario utilizar el coeficiente "Q", pero antes de deben cruzar ambas preguntas para formar un cuadro de correlación. Éste quedaría así.

¿Ha utilizado alguna vez los servicios médicos de urgencia?

Tiempo adecuado		Si	No
¿Ha utilizado el servicio de urgencias	Si	41	10
	No	15	35

Ahora sí, la fórmula del coeficiente "Q" para calcular la asociación entre estas dos variables es la siguiente:

$$Q = \frac{AD - BC}{AD + BC}$$

Sustituyendo:

$$Q = \frac{(40)(35) - (10)(15)}{(40)(35) + (10)(15)} Q = 0.80$$

Así, tenemos que, según el coeficiente "Q", existe una alta asociación entre el uso del servicio de urgencias y el tiempo de espera de los usuarios. Para saber si tal correlación es significativa o se debe al azar, utilizaremos ahora ya la prueba de significación Chi cuadrada.

La fórmula de esta prueba de significación es la siguiente:

$$X^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Aquí fo es la frecuencia esperada o real, mientras que fe es la frecuencia esperada y Σ es la sumatoria. Las frecuencias esperadas se obtienen de la forma que sigue:

$$A = \frac{N1n3}{N}$$

$$C = \frac{n2n3}{N}$$

$$B = \frac{N1n4}{N}$$

$$D = \frac{n2n4}{N}$$

El cuadro teórico del cual se parte. para empezar a hacer los despejes es este:

A (40)	B (10)	n1 (50)
C (15)	D (35)	n2 (50)
n3 (55)	n4 (45)	N (100)

Es alta la correlación pues se acerca a la unidad. El 1 representa así una asociación total, del 100.

Sustituyendo las fórmulas de arriba para calcular las frecuencias esperadas queda:

$$A = \frac{(50)(55)}{100} = 27.5$$

$$C = \frac{(50)(55)}{100} = 27.5$$

$$B = \frac{(50)(45)}{100} = 22.5$$

$$D = \frac{(50)(45)}{100} = 22.5$$

Terminando de desarrollar la fórmula:

Fo	fe	fo-fe	(fo-fe) ²	$\frac{(fo-fe)^2}{fe}$
40	27.5	12.5	156.25	5.68
10	22.5	-12.5	156.25	6.94
15	27.5	-12.5	156.25	5.68
35	22.54	12.5	156.25	6.94
Σ				25.24

El resultado de la Chi cuadrada calculada es de 25.24. Este valor se debe confrontar ahora con el valor de la Chi cuadrada teórica que se obtiene de una tabla conocida como "Distribución de la ji cuadrada".

Se quiere comprobar la correlación entre las dos preguntas hechas al principio con un 95 de confianza, que se había determinado desde la construcción del tamaño de la muestra. Para probar tal correlación es necesario contrastar lo que se quiere demostrar con una hipótesis nula, que represente lo contrario, es decir, que no hay asociación entre variables. Si se rechaza la hipótesis nula, entonces la hipótesis de trabajo se acepta.

¿Cómo se rechaza la hipótesis nula o la hipótesis de nuestra investigación?

La Chi cuadrada teórica se obtiene de la tabla. Los datos para hacerlo son el nivel de confianza y el grado de libertad que se halla del lado izquierdo de dicha tabla que en este caso es 1. De este modo, la Chi cuadrada teórica es de 5,02

En el ejemplo se observa que la Chi cuadrada calculada (25.24) es mayor a la ji cuadrada teórica (5.02). Por lo tanto, la hipótesis nula se rechaza y se confirma la correlación que establecimos en un principio.

Como interpretación final, se puede decir que la prueba de significación Chi cuadrada reveló que la asociación encontrada entre las dos variables (preguntas) objeto de estudio es significativa con un 95 de confianza.

Escalas

Lamda, "Q", Spearman, Kendall, Gamma, Phi, Correlaciones, De Pearson, Múltiple, Porcentajes, Derivadas.

Por ejemplo:

Coefficiente de correlación de Pearson

- Calcula la magnitud de la correlación entre dos variables intervalos o de razón
- Varía de + 1 a - 1

Correlación parcial

- La magnitud de una correlación cambia cuando se le calcula en colectivos en los cuales se dan las dos variables de esa correlación pero diferenciados por una o más variables

- Surge la necesidad de controlar, por ejemplo. La variable sexo, para anular su efecto en la correlación prioritaria
- Varía de + 1 a - 1
- Detecta correlaciones espúreas y variables intervinientes revela relaciones entre dos variables cuando globalmente no aparecen en un colectivo

Capítulo IV

Interpretación y análisis de resultados

4.1 Estadística descriptiva

Compendia o simplifica afirmaciones referentes a medidas realizadas sobre una población. Se aplica en sentido amplio a muestras que representan poblaciones a las que debería referirse en sentido estricto. Sirve para la descripción numérica de un grupo en particular. Ninguna conclusión va mas allá del grupo descrito, y en cualquier similitud con los de fuera del grupo no puede ser garantizada. Los datos describen este grupo y solamente éste.

Gran parte de la investigación en las ciencias sociales y administrativas implica la estadística descriptiva , y proporciona información valiosa acerca de la naturaleza de un grupo en particular o clase. Este tipo de datos se utiliza como base para la investigación aplicada. Este tipo de datos se utiliza como base para la investigación aplicada. En este apartado se incluyen las medidas y escalas estadísticas.

I. Datos generales

Pregunta 1. La edad entre la que oscilan los pacientes se distribuye de la siguiente manera; el 18.3% tiene una edad entre 25 a 34 años y, en segundo termino con 17.7% se encuentran los que tienen de 35 a 44 años, en tercer termino el 17.2% que oscilan entre los 18 a 24 años, en cuarto termino se encuentran los que tienen entre 55 a 64 años con un porcentaje de 15.9%, en quinto termino con 15.6% se encuentran los que oscilan entre 45 a 54 años y, por último el 15.3% los que tienen más de 65 años.

Pregunta 2. En lo referente a la distribución por género; el 54.8% manifestaron pertenecer al genero femenino y el 45.2% restante al masculino.

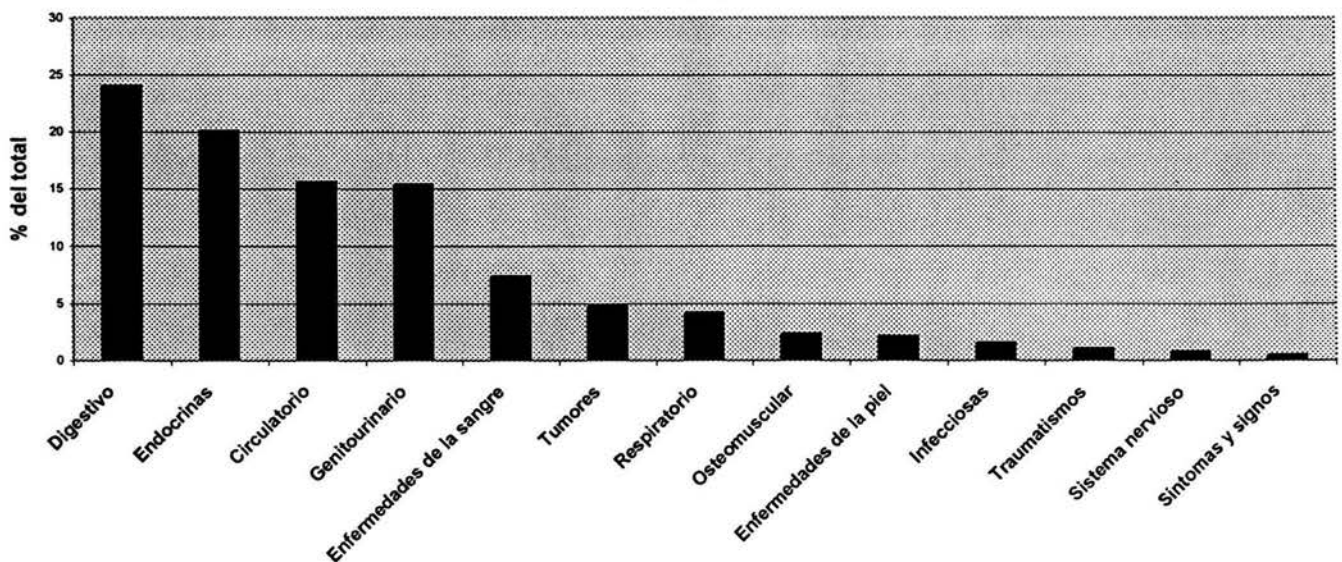
Pregunta 3. En lo referente al nivel de instrucción, un 1.32% de los pacientes manifestó ser analfabeta, el 1.58% sabía leer y escribir, 41.53% de los enfermos tuvo escolaridad entre 1 a 6 años, el 36.5% manifestó una escolaridad entre 7 y 9 años, el 14.55% de los encuestados

expresó una escolaridad entre 10 y 12 años, y el 4.49% refirió entre 13 y 18 años de escolaridad. No hubo población encuestada con escolaridad superior a 18 años.

II. Grupo del Catálogo Internacional de Enfermedades

Pregunta 4. En lo referente al grupo del Catálogo Internacional de Enfermedades por la que fueron internados en el servicio de urgencias, el primer lugar lo ocuparon los pacientes atendidos por causas del aparato digestivo con un 24.07%, las enfermedades endocrinas y metabólicas fueron la segunda causa con 20.11%, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la tercera causa de internamiento con 15.6%, la cuarta causa correspondió al sistema genitourinario con 15.34%, las enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos con 7.41% fueron la quinta causa de internamiento entre los encuestados, los tumores con el 4.76% ocuparon el sexto lugar, los padecimientos del sistema respiratorio con el 4.23% ocuparon el séptimo lugar, las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo fueron la octava causa de internamiento con el 2.38%, con el 2.11% las afecciones de la piel y tejido subcutáneo ocuparon el noveno lugar, las diferentes enfermedades infecciosas y parasitarias con el 1.58% ocuparon el décimo lugar, la undécima causa correspondió a los traumatismos y envenenamientos con el 1.06%, con el 0.79% de los ingresos y ocupando el duodécimo lugar aparecieron las enfermedades del sistema nervioso 0.79%, y el último lugar correspondió al rubro de síntomas y signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio con el 0.53% como motivo de internamiento de los enfermos encuestados.

Gráfica 1. Enfermos por grupo de enfermedades

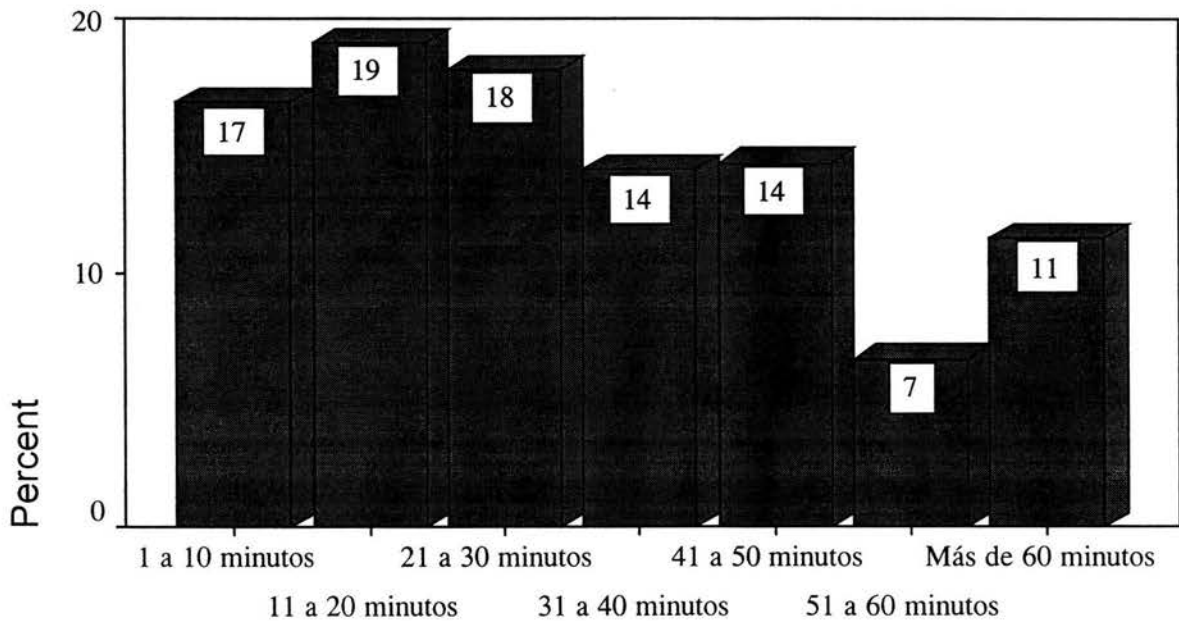


III. Tiempo de espera

Pregunta 5. El 19.0% de los pacientes debió esperar de 11 a 20 minutos para ser atendido, en segundo termino el 18.0% manifestaron esperar de 21 a 30 minutos, en tercer termino 16.7% de 1 a 10 minutos, en cuarto lugar con 14.3% manifestaron esperar de 41 a 50 minutos, en quinto lugar el 14.0% de 31 a 40 minutos, en sexto lugar el 11.4% manifestaron esperar más de 60 minutos y por último, el 6.6% de 51 a 60 minutos.

Hospital General de México

Tiempo de espera

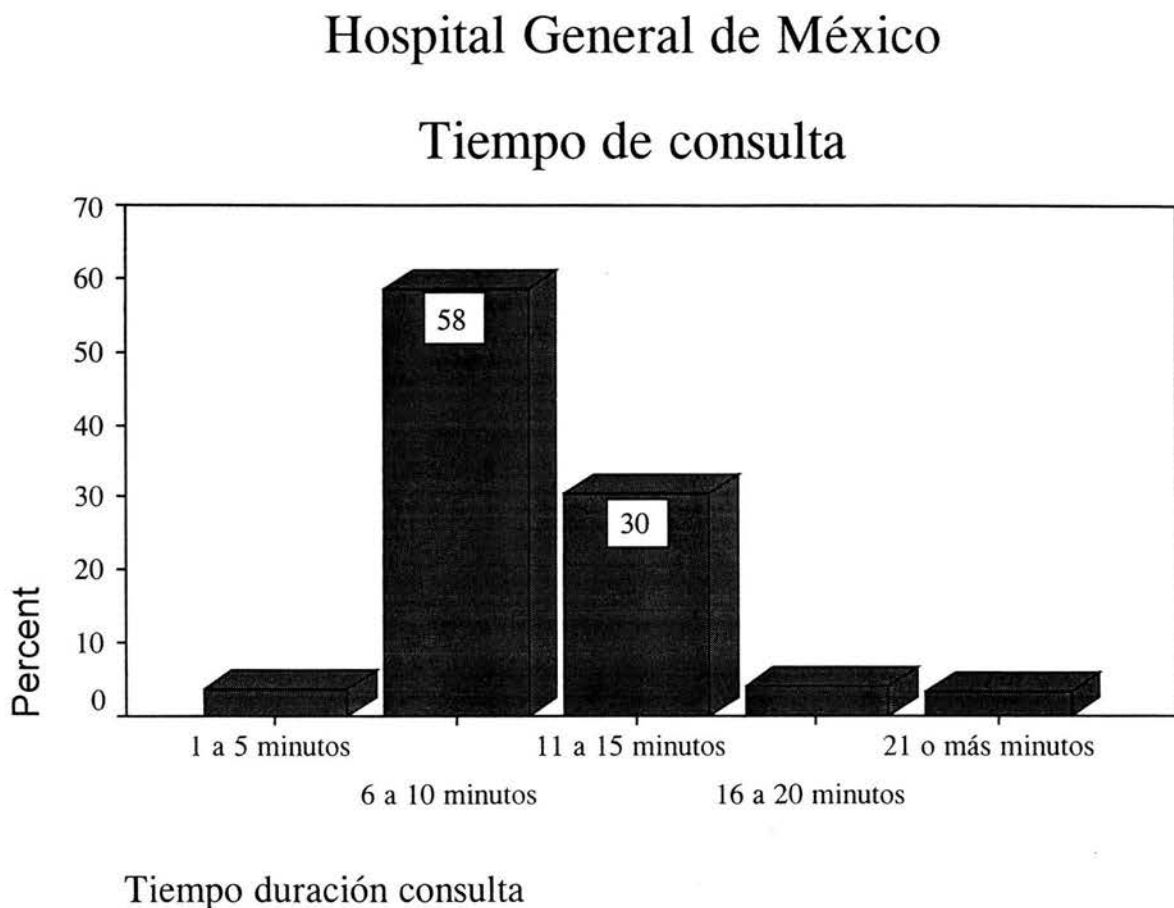


Tiempo de espera

Gráfica 2

IV. Tiempo de consulta

Pregunta 6. Con respecto a la duración de la consulta los pacientes opinaron con un 58.5% de 6 a 10 minutos, en segundo termino el 30.4% de 11 a 15 minutos, en tercer termino con 4.0% de 16 a 20 minutos, en cuarto lugar el 3.7% de 1 a 5 minutos y por último, el 3.4% manifestó de 21 ó más minutos.



Gráfica 3

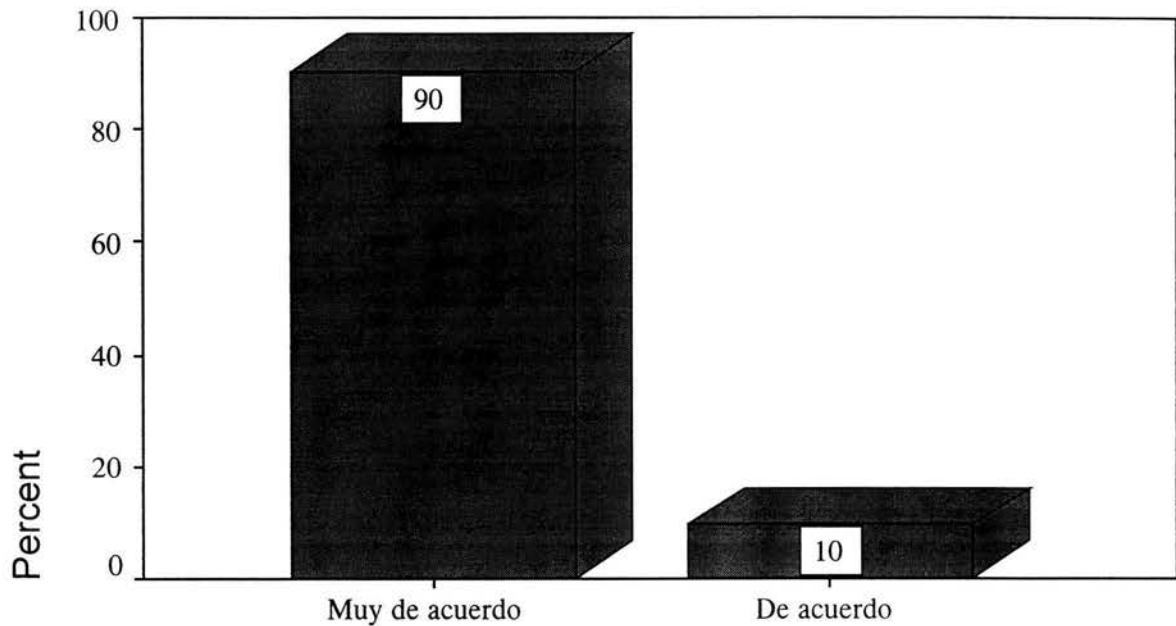
V. Actitud del personal médico y auxiliar

Pregunta 7. Con respecto a sí el médico se presentó por su nombre, el 89.9% manifestó que sí mientras que el 10.1% opino que no.

Pregunta 8. Con respecto a sí el trato del médico fue amable en la consulta, el 90.5% opinó estar muy de acuerdo mientras que el 9.5% manifestó estar de acuerdo.

Hospital General de México

Actitud del personal



¿Trato del médico en consulta fue amable?

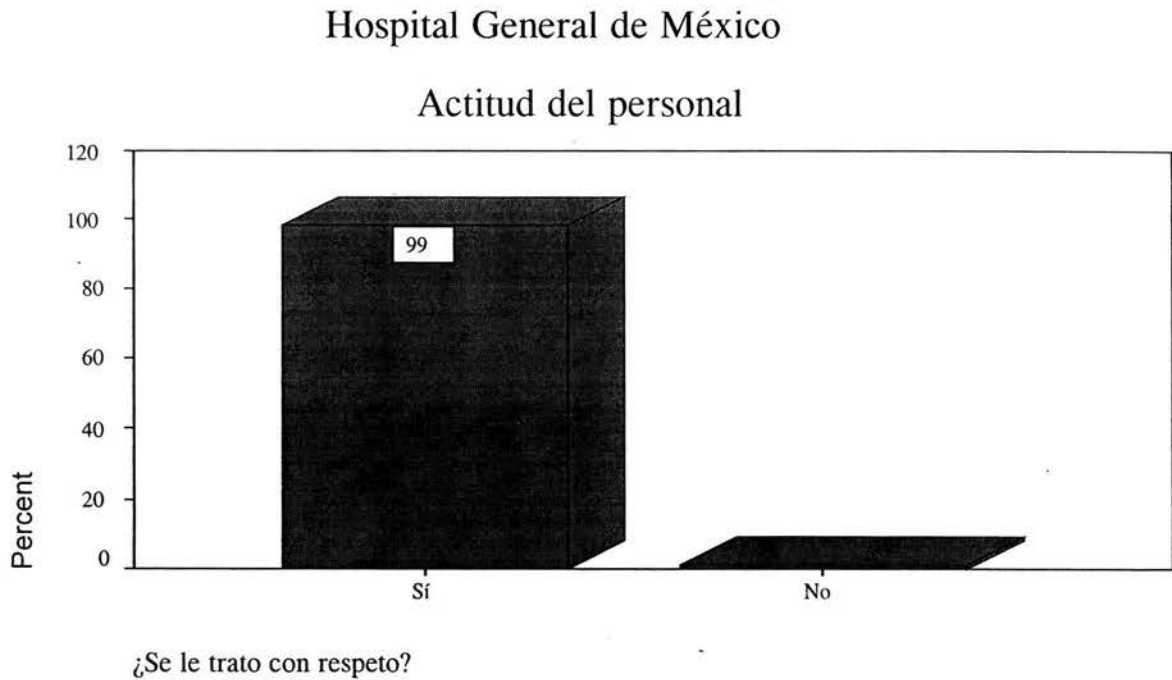
Gráfica 4

Pregunta 9. Con respecto a sí el trato de la enfermera fue amable, el 89.9% opinó que esta muy de acuerdo mientras que el 10.1% manifestó estar de acuerdo.

Pregunta 10. Con respecto a si le explicaron el motivo de internamiento y plan el 78.6% opinó que sí mientras que el 21.4% indicó que no.

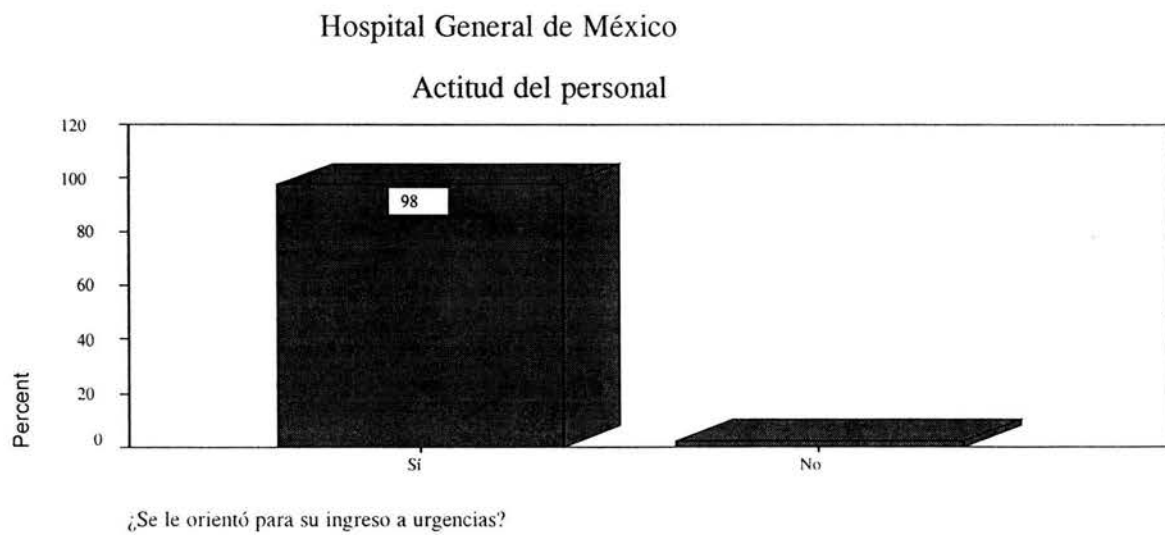
Pregunta 11. Referente a si se le explico la hoja de consentimiento y secuelas el 54.0% indicó que sí mientras que el 46.0% manifestó que no.

Pregunta 12. El 98.7% manifestó que sí se le trato con respeto mientras que el 1.3% opinó que no.



Gráfica 5

Pregunta 13. 97.6% de los pacientes considera que sí se le oriento para su ingreso a urgencias mientras que el restante 2.4% opinó que no.



Gráfica 6

Pregunta 14. 99.5% de los pacientes manifestó que sí se le explico sobre el resguardo de pertenencias mientras que el 0.5% indicó que no.

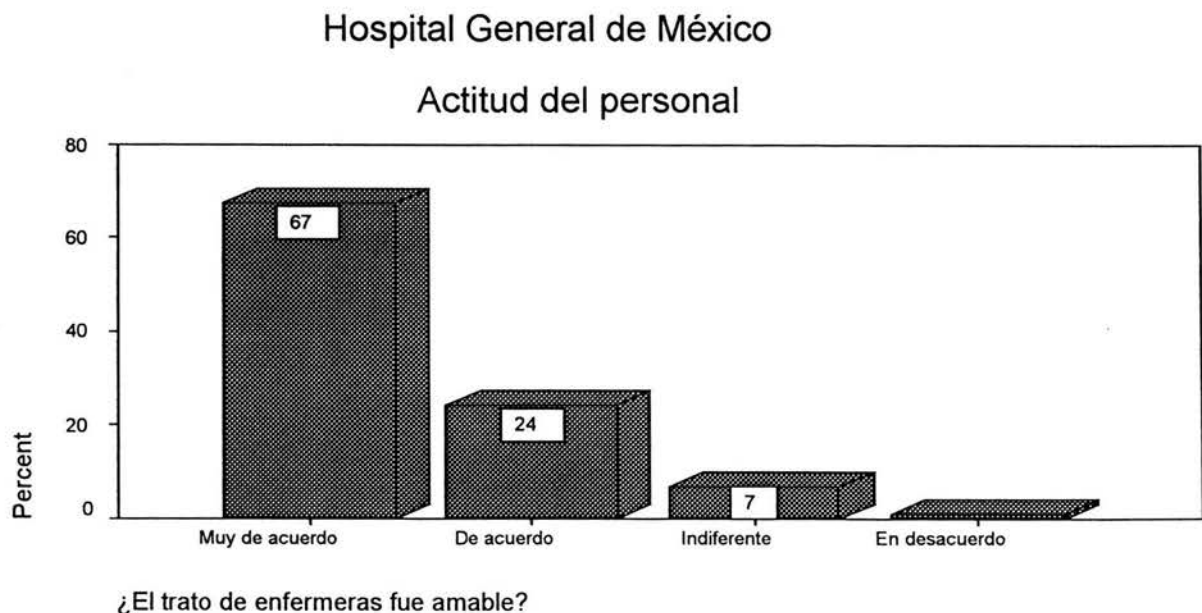
Pregunta 15. Con respecto a si se le pidió autorización para realizarle estudios y procedimientos el 88.9% indicó que sí con respecto al 11.1% que manifestó que no.

Pregunta 16. En lo referente a si se le informó sobre el tratamiento que estaba recibiendo, el 71.2% opinó que sí con respecto al 28.8% que manifestó que no.

Pregunta 17. El 89.2% de los pacientes manifestó que sí se les permitió la visita de sus familiares y el restante 10.8% que indicó que no.

Pregunta 18. Con respecto a sí el trato del médico durante su hospitalización fue amable, el 58.2% considera que fue muy de acuerdo, en segundo termino el 36.8% esta de acuerdo, en tercer lugar el 4.5% le es indiferente y por último, 0.5% está en desacuerdo.

Pregunta 19. En lo referente a si el trato de las enfermeras fue amable el 67.5% opinó que esta muy de acuerdo, en segundo lugar manifestaron estar de acuerdo con el 24.3%, en tercer lugar con 7.1% le es indiferente y por último, 1.1% indicó estar en desacuerdo.

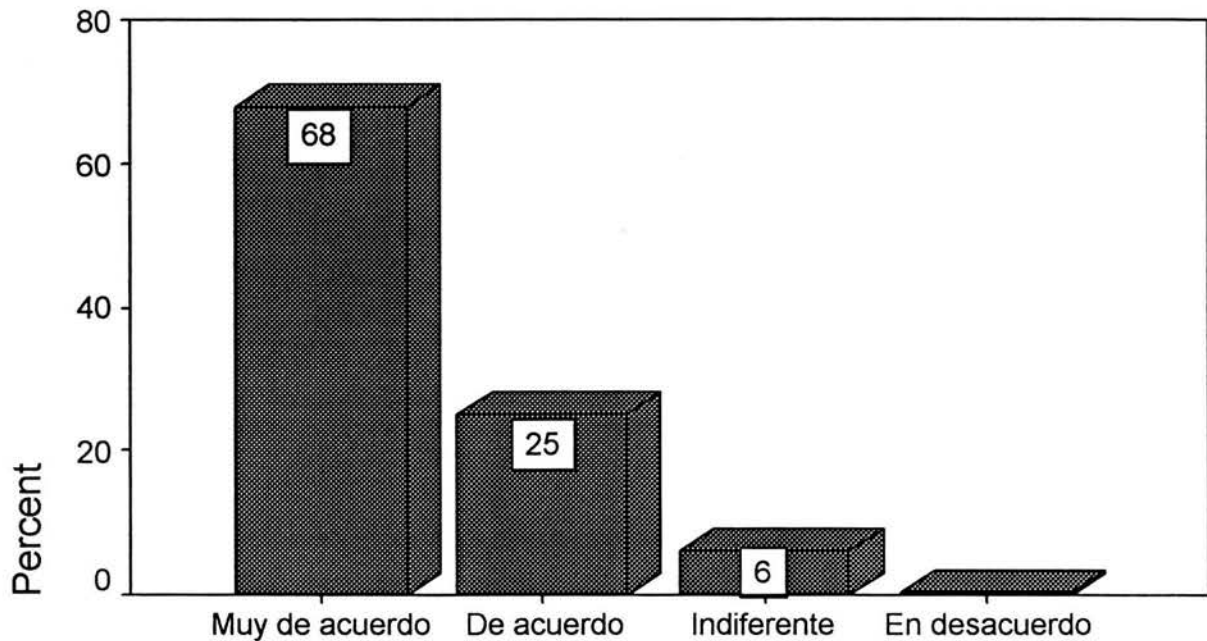


Gráfica 7

Pregunta 20. Con respecto al trato del personal de trabajo social sí fue amable, el 68.0% opinó estar muy de acuerdo, en segundo termino 25.1% esta de acuerdo, en tercer termino el 6.3% le es indiferente, y por último, 0.5% esta en desacuerdo.

Hospital General de México

Actitud del personal



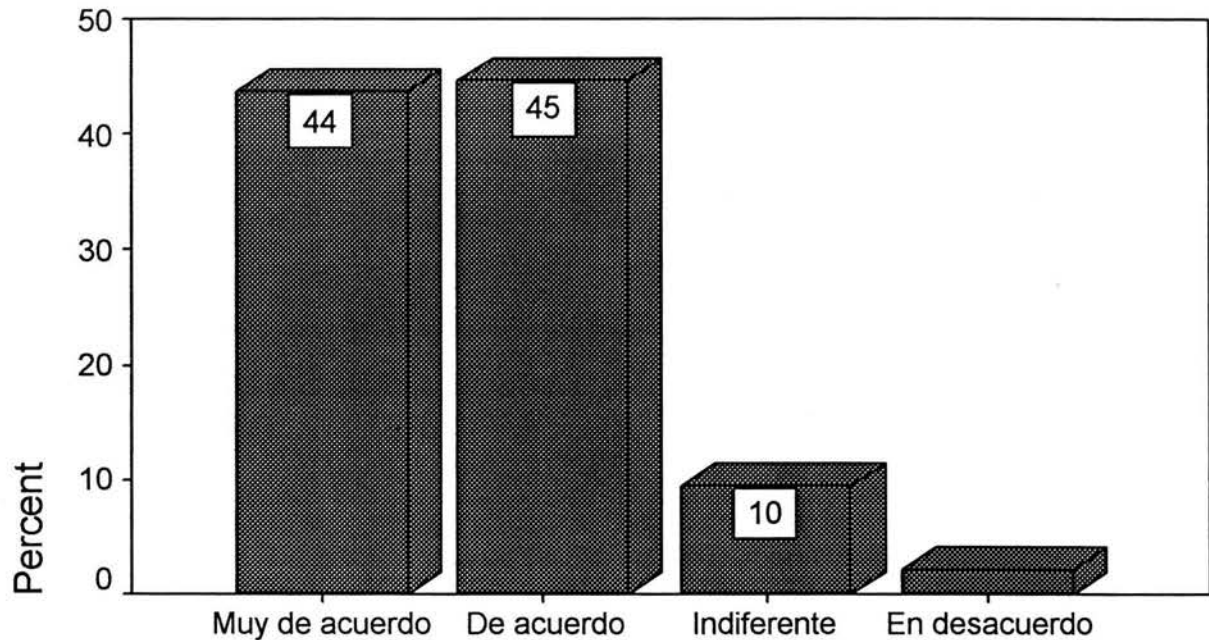
¿El trato del personal de trabajo social fue amable?

Gráfica 8

Pregunta 21. En lo referente a si el trato del personal de rayos X fue amable, el 44.7% esta de acuerdo, en segundo termino el 43.7% esta muy de acuerdo, en tercer termino el 9.5% le es indiferente y el restante 2.1% esta en desacuerdo.

Hospital General de México

Actitud del personal



¿El trato del personal de rayos X fue amable?

Gráfica 9

Pregunta 22. El 95.5% de los pacientes manifestó que el doctor sí lo saludó al entrar al consultorio con respecto al 4.5% restante que manifestó que no.

Pregunta 23. El 91.3% de los pacientes opinó que el médico sí le explicó con lenguaje claro la enfermedad mientras que el 8.7% opinó que no.

Pregunta 24. 91.3% de los pacientes opinaron que el médico sí les resolvió sus dudas mientras que el 8.7% opinó que no.

Pregunta 25. Con respecto a si le explicaron con claridad los motivos de egreso, el 56.6% opinó estar de acuerdo, en segundo termino el 19.0% opinó estar en desacuerdo, en tercer termino

11.6% manifestó estar muy de acuerdo, en cuarto lugar el 10.1% le es indiferente y por último, 2.6% está muy en desacuerdo.

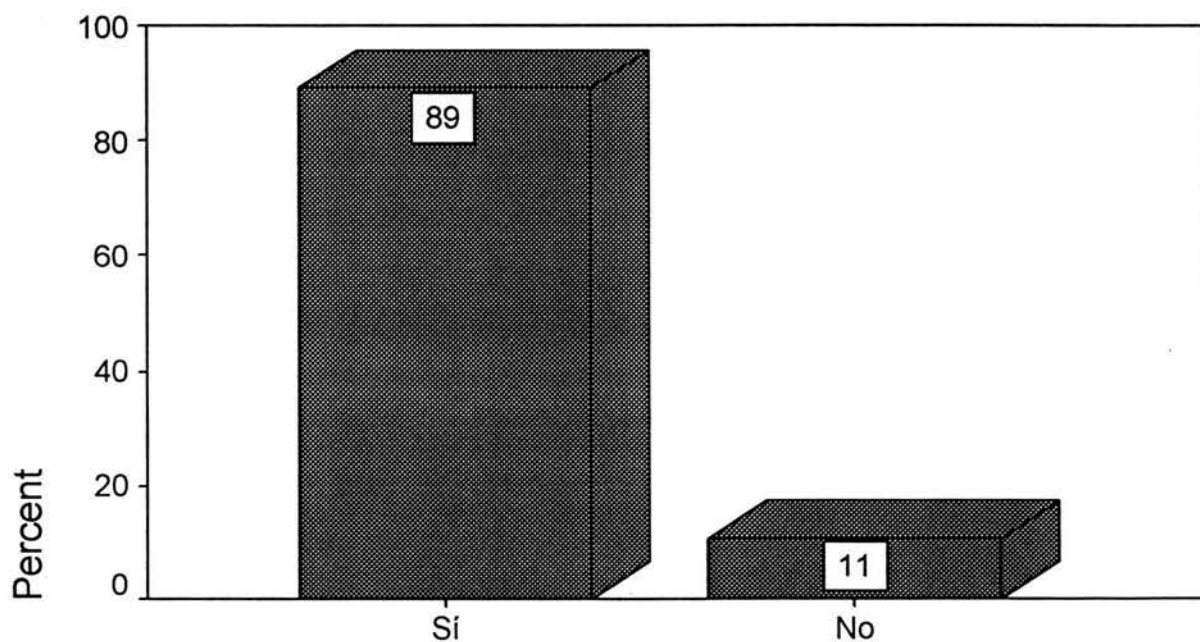
VI. Estructura del servicio

Pregunta 26. 89.9% de los encuestados manifestó que sí estaba limpia la sala de espera con respecto al 10.1% que mencionó que no.

Pregunta 27. Con respecto a sí el consultorio estaba limpio, el 89.2% manifestó que sí con respecto al 10.8% que contestó que no.

Hospital General de México

Estructura del servicio



¿El consultorio estaba limpio?

Gráfica 10

Pregunta 28. El 97.1% opinó que sí era adecuada la iluminación mientras que el 2.9% opinó que no.

Pregunta 29. Con respecto a si tuvo privacidad, el 62.2% opinó que sí mientras que el 37.8% indicó que no.

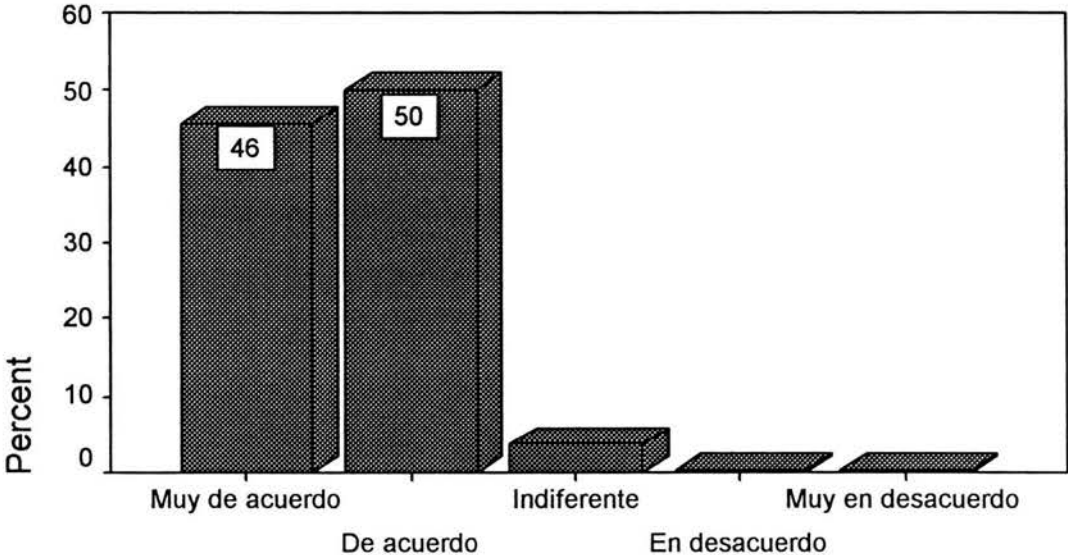
Pregunta 30. De acuerdo a si la sala de internamiento estaba limpia, 66.9% manifestó estar muy de acuerdo, en segundo termino 26.5% esta de acuerdo, 4.5% le es indiferente y por último, 2.1% esta en desacuerdo.

Pregunta 31. 81.2% de los pacientes dijo que no le solicitaron la compra de medicamentos durante el internamiento, mientras que el 18.8% opinó que sí.

VII. Sensación de seguridad

Pregunta 32. En lo referente a si se sintió seguro mientras estaba en el área de urgencias, 50.0% esta de acuerdo, en segundo termino 45.8% esta muy de acuerdo, en tercer lugar 3.7% le es indiferente, y por último compartiendo el mismo porcentaje con 0.3% están en desacuerdo y muy en desacuerdo.

Hospital General de México
Satisfacción del servicio



¿Se sintió seguro mientras permaneció en el área de urgencias?

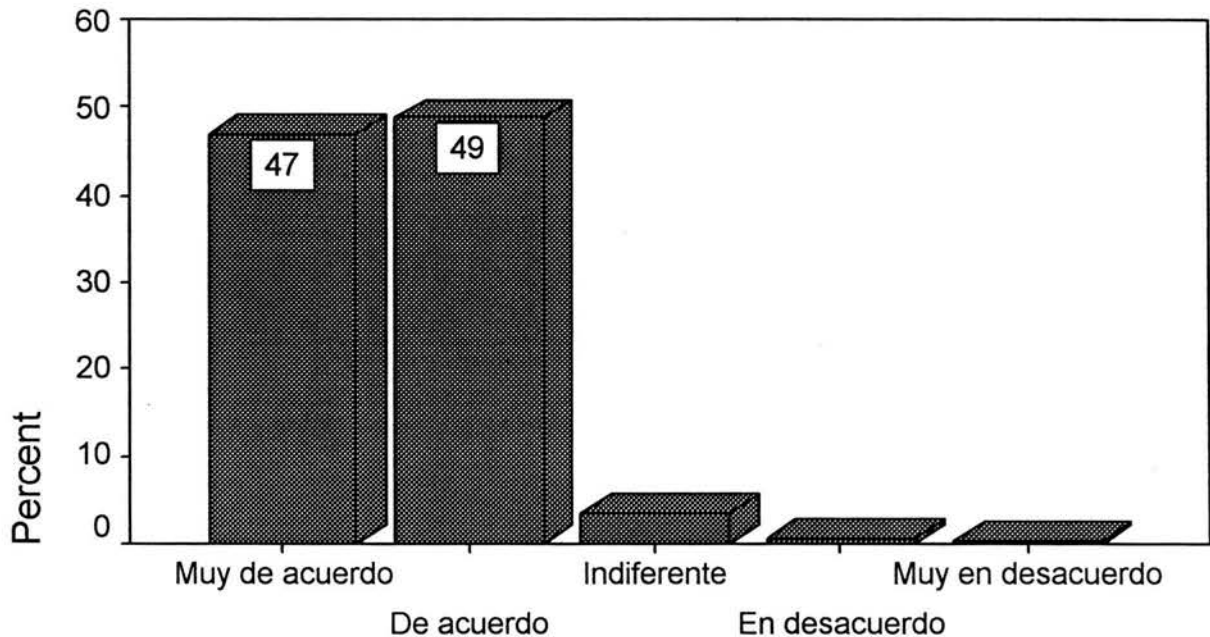
Gráfica 11

VIII. Satisfacción del servicio

Pregunta 33. Con respecto a si está satisfecho con el resultado, el 48.7% de los pacientes manifestó estar de acuerdo, en segundo lugar el 46.8% manifestó estar muy de acuerdo, en tercer lugar 3.4% le es indiferente, en cuarto lugar 0.8% está en desacuerdo y por último, 0.3% está muy en desacuerdo.

Hospital General de México

Satisfacción del servicio



¿Está usted satisfecho con el resultado?

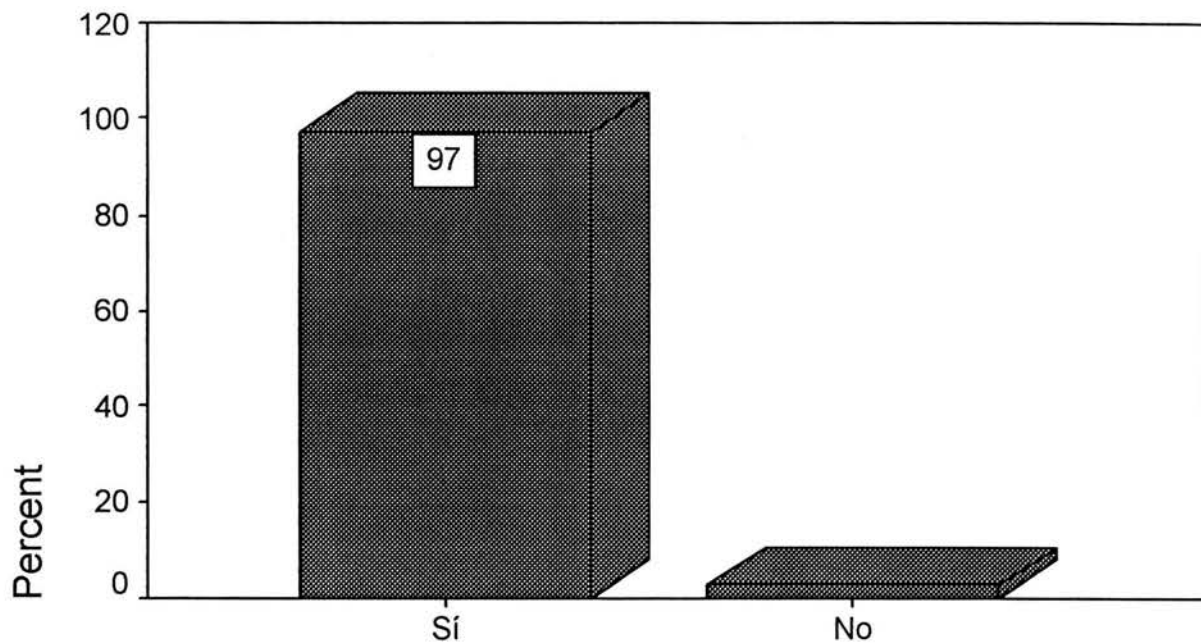
Gráfica 12

Pregunta 34. En lo referente a si acudiría una vez más a este servicio, el 97.6% manifestó estar muy de acuerdo, mientras que el 2.4% manifestó estar de acuerdo.

Pregunta 35. En lo referente a si recomendaría este servicio de urgencias, el 97.4% manifestó que sí, mientras que el 2.6% opinó que no.

Hospital General de México

Seguridad



¿Usted recomendaría este servicio de urgencias?

Gráfica 13

4.2 Estadística inferencial.

Una vez resumida la muestra, el siguiente problema que se presenta es la extrapolación de los resultados a la población objeto de análisis. Para ello se utilizaron las distintas herramientas que ofrece la estadística inferencial, dentro de la que pueden distinguirse dos vertientes: la paramétrica y la no paramétrica. La justificación teórica de la estadística inferencial paramétrica descansa sobre hipótesis específicas relativas al tipo de distribución de la población usualmente distribución normal. La no paramétrica es aquella técnica que nos permiten comparar muestras y hacer inferencias o pruebas de significación, sin tener que suponer normalidad en las poblaciones.

4.2.1 Prueba de hipótesis bajo la herramienta X^2

El propósito de este de punto es validar la hipótesis de investigación contrastando las nueve variables elegidas que corresponden a siete parámetros contra la pregunta clave; los datos se obtuvieron de las tablas de contingencia; donde las hipótesis se aprueban o se rechazan dependiendo del nivel de significancia.

Operacionalización.

La tabla de contingencias es el lugar donde los datos se asientan formado por filas y columnas correspondientes a la observación de nuestras variables con sus respectivas categorías; el coeficiente de contingencia es una variante del coeficiente Phi, en donde de las dos variables presenta más de dos categorías.

La fuerza de la asociación que existe entre las variables; la proporciona el índice que resulta del cruce de ellas, por ejemplo si el valor es cero nos indica que no existe asociación entre las variables; pero si su máximo se acerca a uno existe una fuerte asociación o una asociación perfecta. De la misma forma se evalúa la V. de Cramer.

El nivel de Significancia que empleamos en esta investigación fue de .05% el cual nos indica que existe una probabilidad del .05% que la decisión tomada sea errónea.

Por otra parte, para **evaluar la relación teoría – praxis**, optamos por realizar un análisis de las siguientes variables:

Contrastación de variables

Satisfacción

Variable dependiente	Variables independiente
P33. ¿Satisfacción con resultados?	P5. ¿Tiempo de espera?
	P12. ¿Se le trato con respeto?
	P27. ¿El consultorio estaba limpio?
	P32. ¿Se sintió seguro durante su permanencia?

Trato

Variable dependiente	Variables independiente
P35. ¿Recomendaría este servicio?	P8. ¿Trato amable de médico?
	P19. ¿Trato amable de enfermeras?
	P20. ¿Trato amable de trabajador social
	P21. ¿Trato amable de rayos X?

Grupos del Catálogo Internacional de enfermedades

Variable dependiente	Variables independiente
P28. ¿Grupo del Catálogo de enfermedades?	P5. ¿Tiempo de espera?
	P6. ¿Tiempo de consulta?
	P12. ¿Se le trato con respeto?
	P13. ¿Se le orientó para su ingreso a urgencias?

Por último, para poseer más argumentos que pudieran responder de una manera más significativa a la hipótesis de investigación, se decidió realizar un análisis múltiple entre una variable dependiente y siete independientes.

4.3 Instrumento de rechazo o aceptación de hipótesis.

Dentro del ámbito de la investigación en ciencias sociales se tiene una regla generalmente aceptada que consiste en establecer rangos mínimos o máximos de confianza y error, regularmente se observan los siguientes criterios.

.95% de margen de confianza	.05% margen de error
------------------------------------	-----------------------------

Por lo tanto, y para establecer lineamientos operacionales en la investigación se establecen los siguientes criterios:

1. Si la significancia resultante es menor de 0.05% se rechaza H_0 .
2. Si la significancia es mayor de 0.05% se acepta H_0 .
3. El coeficiente de contingencia y la V de Cramer nos indican que tanta, asociación existe entre las variables, siendo sus valores en un margen de 0 y 1.
0 Nos indica que no hay asociación
1 Nos indica que existe fuerte asociación.

Las variables elegidas que se midieron con otras variables independientes fueron las preguntas número 33, 35 y 28, la cuales cuestionan lo siguiente:

Pregunta 33. ¿Satisfecho con el resultado de atención médica que recibió en urgencias?

1. Muy de acuerdo	2. De acuerdo	3. Indiferente	4. En desacuerdo	5. Muy en desacuerdo
-------------------	---------------	----------------	------------------	----------------------

Pregunta 35. Recomendaría este servicio de urgencias

1. Sí	2. No
-------	-------

Pregunta 4. Grupo del Catálogo Internacional de enfermedades

1. Infecciosas y parasitarias	2. Tumores	3. Sangre y órganos Hematopoyéticos
4. Endocrinas, nutricionales	5. Sistema nerviosos	6. Sistema circulatorio
7. Sistema respiratorio	8. Sistema digestivo	9. Piel y tejido subcutáneo
10. Sistema osteomuscular	11.. Sistema genitourinario	12. Síntomas, signos y hallazgos anormales
13. Traumatismos y envenamientos		

4.4 Comportamiento de las variables

(P28) Satisfacción de resultados vs (P5) Tiempo de espera.

H^o: La satisfacción con el resultado sí tiene una relación significativa con el tiempo de espera

Hⁱ: La satisfacción con el resultado no tiene una relación significativa con el tiempo de espera

Tabla de resultados

Ji cuadrada (χ^2): 439.04	Grados de libertad: 24
Significancia: .00%	Phi o V. de Cramer: .53

Comentarios

Como la significancia es de 0.00% es menor que la significancia de 0.05%, se rechaza H^o y se acepta Hⁱ; Lo cual nos indica que sí existe una relación significativa entre la satisfacción por los resultados y el tiempo de espera.

Los usuarios del servicio de urgencia del Hospital General de México que están muy de acuerdo con los resultados obtenidos y que tuvieron un tiempo de espera entre 11 a 20 minutos representan el 19.0%, seguidos de los que también opinan lo mismo y que se ubicaron en el rango de 1 a 10 minutos representan el 16.7%.

Por otro lado, la relación entre variables nos dice que es fuerte ya que, el valor del coeficiente de correlación es de .82%.

(P28) Satisfacción de resultados vs (P12) Trato respetuoso

H^o: La satisfacción con el resultado si tiene una relación significativa con trato respetuoso.

Hⁱ: La satisfacción con el resultado no tiene una relación significativa con el trato respetuoso.

Tabla de resultados

Ji cuadrada (χ^2): 307.28	Grados de libertad: 4
Significancia: .00%	Phi o V. de Cramer: .90

Comentarios

Como la significancia es de 0.00% es menor que la significancia de 0.05%, se rechaza H^o y se acepta Hⁱ; Lo cual nos indica que sí existe una relación significativa entre la satisfacción por los resultados y el trato respetuoso.

Los usuarios del servicio de urgencia del Hospital General de México que están de acuerdo con los resultados obtenidos y que consideran que sí se les trato con respeto representan el 48.7%, seguidos de los que estoy muy de acuerdo con los resultados obtenidos y que manifiestan que se les trato con respeto representan el 46.8%.

Por otro lado, la relación entre variables nos dice que es regular ya que, el valor del coeficiente de correlación es de .44%.

(P28) Satisfacción de resultados vs (P27) Limpieza de consultorio.

H^o: La satisfacción con el resultado sí tiene una relación significativa con la limpieza del consultorio.

Hⁱ: La satisfacción con el resultado no tiene una relación significativa con la limpieza del consultorio.

Tabla de resultados

Ji cuadrada (χ^2): 162.18	Grados de libertad: 4
Significancia: .00%	Phi o V. de Cramer: .65

Comentarios

Como la significancia es de 0.00% es menor que la significancia de 0.05%, se rechaza H^o y se acepta Hⁱ; Lo cual nos indica que sí existe una relación significativa entre la satisfacción por los resultados y la limpieza del consultorio.

Los usuarios del servicio de urgencia del Hospital General de México que están muy de acuerdo con los resultados obtenidos y que manifiestan que el consultorio reunía las condiciones higiénicas representan el 46.8%, seguidos de los que están de acuerdo y que tienen la misma percepción sobre la higiene del consultorio con el 42.3%.

Por otro lado, la relación entre variables nos dice que es regular ya que, el valor del coeficiente de correlación es de .52%.

(P28) Satisfacción de resultados vs (P32) Seguridad en el área de urgencias.

H^o: La satisfacción con el resultado sí tiene una relación significativa con la seguridad durante la permanencia en área de urgencia.

Hⁱ: La satisfacción con el resultado no tiene una relación significativa con la seguridad durante la permanencia en área de urgencia

Tabla de resultados

Ji cuadrada (χ^2): 1198.86	Grados de libertad: 16
Significancia: .00%	Phi o V. de Cramer: .89

Comentarios

Como la significancia es de 0.00% es menor que la significancia de 0.05%, se rechaza H^o y se acepta Hⁱ; Lo cual nos indica que sí existe una relación significativa entre la satisfacción por los resultados y la seguridad que percibió el usuario durante su permanencia en el área de urgencias.

Los usuarios del servicio de urgencia del Hospital General de México que están de acuerdo con los resultados obtenidos y que se manifestaron su acuerdo de sentirse seguros en el área de urgencia representan el 48.7%, seguidos de los que están muy de acuerdo con los resultados y que también manifestaron sentirse muy de acuerdo con su estancia en la misma área representan el 45.8%.

Por otro lado, la relación entre variables nos dice que es muy fuerte ya que, el valor del coeficiente de correlación es de .97%.

(P35) Recomendación del servicio de urgencias vs (P8) Personal (Médico).

H^o: La recomendación del servicio de urgencias sí tiene una relación significativa con el trato dispensado por el personal (médico).

Hⁱ: La recomendación del servicio de urgencias sí tiene una relación significativa con el trato dispensado por el personal (médico).

Tabla de resultados

Ji cuadrada (χ^2): 97.58	Grados de libertad: 1
Significancia: .00%	Phi o V. de Cramer: .50

Comentarios

Como la significancia es de 0.00% es menor que la significancia de 0.05%, se rechaza H^o y se acepta Hⁱ; Lo cual nos indica que sí existe una relación significativa entre la recomendación del servicio de urgencias del Hospital General de México y el trato dispensado por el personal médico del área de urgencias.

Los usuarios de urgencia del Hospital General de México manifiestan que sí recomendarían el servicio de urgencia y que consideran que están muy de acuerdo con la opinión de que el trato fue amable de parte del personal médico representan el 90.0%, seguidos de los que opinan lo mismo pero que difieren en cuanto a que se manifiestan que ellos están de acuerdo y representan el 6.9%.

Por otro lado, la relación entre variables nos dice que es regular ya que, el valor del coeficiente de correlación es de .50%.

(P35) Recomendación del servicio de urgencias vs (P19) Personal (Enfermeros).

H^o: La recomendación del servicio de urgencias sí tiene una relación significativa con el trato dispensado por el personal enfermeros (as).

Hⁱ: La recomendación del servicio de urgencias sí tiene una relación significativa con el trato dispensado por el personal enfermeros (as).

Tabla de resultados

Ji cuadrada (χ^2): 196.80	Grados de libertad: 3
Significancia: .00%	Phi o V. de Cramer: .72

Comentarios

Como la significancia es de 0.00% es menor que la significancia de 0.05%, se rechaza H^o y se acepta Hⁱ; Lo cual nos indica que sí existe una relación significativa entre la recomendación del servicio de urgencias del Hospital General de México y el trato dispensado por el personal de enfermeros (as).

Los usuarios de urgencia del Hospital General de México manifiestan que sí recomendarían el servicio de urgencia y que consideran que están muy de acuerdo con la opinión de que el trato fue amable de parte del personal médico representan el 67.5%, seguidos de los que opinan lo mismo pero que difieren en cuanto a que se manifiestan que ellos están de acuerdo y representan el 24.3%.

Por otro lado, la relación entre variables nos dice que es regular ya que, el valor del coeficiente de correlación es de .50%.

(P35) Recomendación del servicio de urgencias vs (P20) Personal (Trabajo Social).

H^o: La recomendación del servicio de urgencias sí tiene una relación significativa con el trato dispensado por el personal (Trabajo social).

Hⁱ: La recomendación del servicio de urgencias sí tiene una relación significativa con el trato dispensado por el personal (Trabajo socia).

Tabla de resultados

Ji cuadrada (χ^2): 170.92	Grados de libertad: 3
Significancia: .00%	Phi o V. de Cramer: .67

Comentarios

Como la significancia es de 0.00% es menor que la significancia de 0.05%, se rechaza H^o y se acepta Hⁱ; Lo cual nos indica que sí existe una relación significativa entre la recomendación del servicio de urgencias del Hospital General de México y el trato dispensado por el personal de trabajo social del área de urgencias.

Los usuarios de urgencia del Hospital General de México manifiestan que sí recomendarían el servicio de urgencia y que consideran que están muy de acuerdo con la opinión de que el trato fue amable de parte del personal de trabajo social representan el 68.0%, seguidos de los que opinan lo mismo pero que difieren en cuanto a que se manifiestan que ellos están de acuerdo y representan el 25.1%.

Por otro lado, la relación entre variables nos dice que es regular ya que, el valor del coeficiente de correlación es de .47%.

(P35) Recomendación del servicio de urgencias vs (P21) Personal (Rayos X).

H^o: La recomendación del servicio de urgencias sí tiene una relación significativa con el trato dispensado por el personal de rayos X.

Hⁱ: La recomendación del servicio de urgencias sí tiene una relación significativa con el trato dispensado por el personal de rayos X.

Tabla de resultados

Ji cuadrada (χ^2): 170.92	Grados de libertad: 3
Significancia: .00%	Phi o V. de Cramer: .67

Comentarios

Como la significancia es de 0.00% es menor que la significancia de 0.05%, se rechaza H^o y se acepta Hⁱ; Lo cual nos indica que sí existe una relación significativa entre la recomendación del servicio de urgencias del Hospital General de México y el trato dispensado por el personal de rayos X del área de urgencias.

Los usuarios de urgencia del Hospital General de México manifiestan que sí recomendarían el servicio de urgencia y que consideran que están de acuerdo con la opinión de que el trato fue amable de parte del personal de rayos X y representan el 44.7%, seguidos de los que dicen también recomendarían este servicio pero que están muy de acuerdo en que el trato que recibieron por parte del personal de rayos X fue amable. y que representan el 43.7%.

Por otro lado, la relación entre variables nos dice que es regular ya que, el valor del coeficiente de correlación es de .47%.

(P4) Los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades vs (P5) Tiempo de espera.

H^o: Los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades sí tiene una relación significativa con el tiempo de espera del usuario del servicio de urgencia.

Hⁱ: Los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades no tiene una relación significativa con el tiempo de espera del usuario del servicio de urgencia

Tabla de resultados

Ji cuadrada (χ^2): 1398.86	Grados de libertad: 72
Significancia: .00%	Phi o V. De Cramer: .78

Comentarios

Como la significancia es de 0.00% es menor que la significancia de 0.05%, se rechaza H^o y se acepta Hⁱ; Lo cual nos indica que sí existe una relación significativa entre el catalogo de enfermedades y el tiempo de espera del usuario del servicio de urgencias del Hospital General de México.

De acuerdo a lo establecido en los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades que maneja el servicio de urgencias del Hospital General de México, el 17.2% de los pacientes se ubica en el rubro de enfermedades genitourinarios donde el tiempo de espera es de 11 a 20 minutos, seguido de los que padecen tumores y que tienen un tiempo de espera de 21 a 30 minutos representan el 14.6%

Por otro lado, la relación entre variables nos dice que es muy fuerte ya que, el valor del coeficiente de correlación es de .97%.

(P4) Los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades vs (P6) Tiempo de consulta.

H^o: Los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades sí tiene una relación significativa con el tiempo de consulta del usuario del servicio de urgencia.

Hⁱ: Los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades no tiene una relación significativa con el tiempo de consulta del usuario del servicio de urgencia

Tabla de resultados

Ji cuadrada (χ^2): 781.05	Grados de libertad: 48
Significancia: .00%	Phi o V. De Cramer: .71

Comentarios

Como la significancia es de 0.00% es menor que la significancia de 0.05%, se rechaza H^o y se acepta Hⁱ; Lo cual nos indica que sí existe una relación significativa entre los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades y el tiempo de consulta del usuario del servicio de urgencias del Hospital General de México.

De acuerdo a lo establecido en el catalogo de enfermedades que maneja el servicio de urgencias del Hospital General de México, el 20.1% de los pacientes se ubica en el rubro de enfermedades genitourinarios donde el tiempo de consulta es de 6 a 10 minutos, seguido de los que padecen osteomuscular y que tienen un tiempo de consulta de 11 a 15 minutos representan el 14.6%

Por otro lado, la relación entre variables nos dice que es muy fuerte ya que, el valor del coeficiente de correlación es de .81%.

(P4) Los grupos del Catálogo de Internacional de Enfermedades vs (P12) Trato respetuoso.

H^o: Los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades sí tiene una relación significativa con el trato respetuoso del usuario del servicio de urgencia.

Hⁱ: Los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades no tiene una relación significativa con el trato respetuoso del usuario del servicio de urgencia

Tabla de resultados

Ji cuadrada (χ^2): 339.69	Grados de libertad: 12
Significancia: .00%	Phi o V. De Cramer: .94

Comentarios

Como la significancia es de 0.00% es menor que la significancia de 0.05%, se rechaza H^o y se acepta Hⁱ; Lo cual nos indica que sí existe una relación significativa entre los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades y el trato con respeto dispensado en el servicio de urgencias del Hospital General de México.

De acuerdo a lo establecido en los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades que maneja el servicio de urgencias del Hospital General de México, el 24.3% de los pacientes se ubicó en el rubro de enfermedades digestivas y comentó que sí había recibido un trato respetuoso seguido de los que padecen enfermedades endocrinológicas y que se manifestaron en el mismo sentido representan el 20.1%.

Por otro lado, la relación entre variables nos dice que es débil ya que, el valor del coeficiente de correlación es de .24%.

(P4) Los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades vs (P13) Recibió orientación para su ingreso a urgencias.

H°: Los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades sí tiene una relación significativa con la orientación para el ingreso a urgencias.

Hⁱ: Los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades no tiene una relación significativa con la orientación para el ingreso a urgencias.

Tabla de resultados

Ji cuadrada (χ^2): 255.60	Grados de libertad: 12
Significancia: .00%	Phi o V. De Cramer: .82

Comentarios

Como la significancia es de 0.00% es menor que la significancia de 0.05%, se rechaza H° y se acepta Hⁱ; Lo cual nos indica que sí existe una relación significativa entre el catalogo de enfermedades y la orientación que el usuario recibe en su ingreso a urgencias.

De acuerdo a los grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades que maneja el servicio de urgencias del Hospital General de México, el 24.3% de los pacientes se ubicó en el rubro de enfermedades digestivas y comentó que sí había recibido un trato respetuoso seguido de los que padecen enfermedades endocrinológicas y que se manifestaron en el mismo sentido representan el 20.1%.

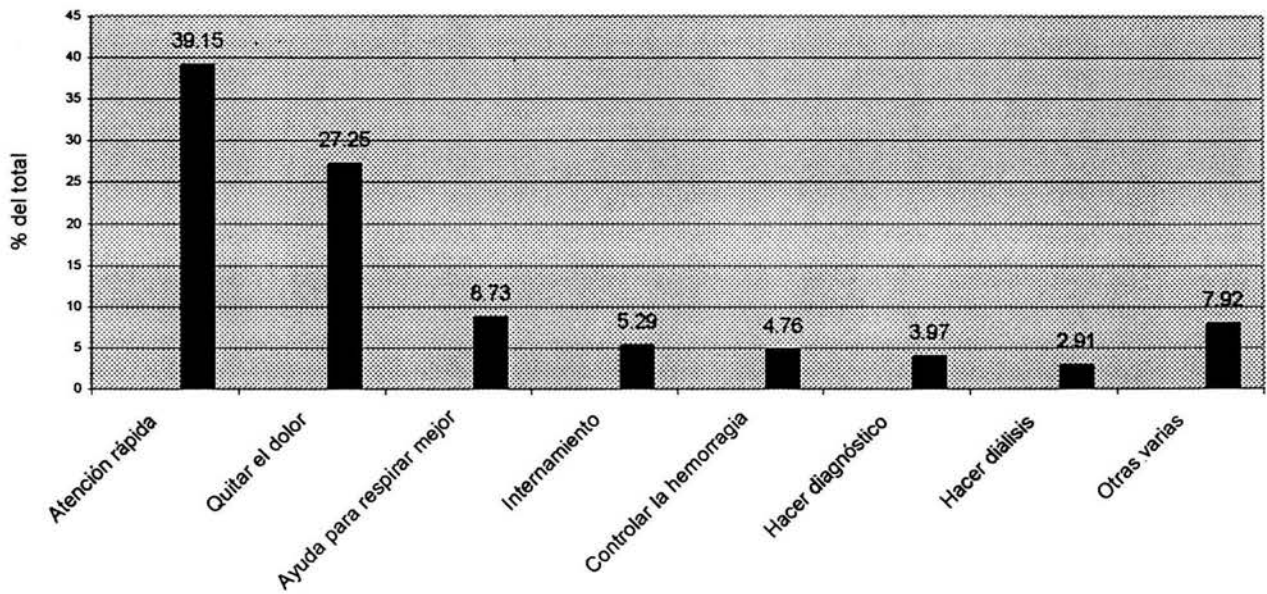
Por otro lado, la relación entre variables nos dice que es débil ya que, el valor del coeficiente de correlación es de .29%.

4.5 Necesidades de los enfermos

La identificación de las necesidades de los enfermos que acuden al servicio de urgencias del Hospital General de México, es la base para construir un sistema total de calidad, que es uno de los objetivos específicos de la presente investigación.

En la gráfica 14 se muestran las principales necesidades de los enfermos para haber acudido al servicio de urgencias del Hospital General de México. La principal necesidad expresada fue la atención rápida con un 39.15% y la segunda fue quitar el dolor con un 27.25%. Existieron necesidades muy específicas, como fueron la de internarse (5.29%) y la de realizar diálisis peritoneal (2.91%). Ya que todas las necesidades implican también la satisfacción de expectativas, su atención y solución tienen impacto en la satisfacción de los usuarios.

Gráfica 14. Principales necesidades de los enfermos internados en urgencias



Capítulo V

Conclusiones

5.1 Conclusiones cuantitativas

Una de las mas significativa de la investigación, es que representa uno de los primeros intentos para evaluar un sinnúmero de factores que anteriormente no eran considerados para ser medidos debido a una serie de trabas administrativas, he de reconocer el profesionalismo de las autoridades del hospital para autorizar tal actividad. Por otro lado, una de las fortalezas del presente trabajo es su apego a una metodología adecuada que respondiera a las necesidades tanto del suscriptor como a los requerimientos de la institución.

La forma en que se diseñó esta investigación estuvo sustentada en la operación del paquete estadístico SPSS en ambiente WINDOWS, que nos permitió operacionalizar las variables que respondieron a nuestras necesidades académicas o profesionales. Además, argumentamos líneas anteriores el porque nos abocamos a elegimos tal herramienta.

Por otra parte, es de suma importancia mencionar que la actuación del investigador no está en función de lo que quisiéramos obtener sino que a partir de los datos obtenidos nos permite argumentar bajo condiciones de certidumbre podemos tomar una decisión mas viable sustentada en el uso de modelos cuantitativos.

Por último, y a la luz de los resultados es posible afirmar que la hipótesis de investigación fue **aprobada estadísticamente**, ya que, de acuerdo a los resultados obtenidos, así lo indican (Tabla A).

De la misma manera, consideramos que la medición es una actividad permanente y en constante evaluación cuya finalidad es identificar los errores en el servicio de urgencia, satisfacción del usuario, trato dispensado capacidad instalada, así como también en la mejora de los procesos de atención, estableciendo una dinámica de servicio que responda a las necesidades institucionales

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Tabla A. Tabla resumen

P33					
Satisfacción		Resultado			
Número de Pregunta	χ^2	Grados de Libertad	Significancia	Índice V. Cramer Phi	Resultado*
P5	439.04	24	0.0%	.53	A.H.I
P12	307.28	4	0.0%	.90	A.H.I
P27	162.18	4	0.0%	.65	A.H.I
P32	1198.86	16	0.0%	.89	A.H.I
P35					
Recomendación		(Trato)			
Número de Pregunta	χ^2	Grados de Libertad	Significancia	Índice V. Cramer Phi	Resultado*
P8	97.58	1	0.0%	.50	A.H.I
P19	196.80	3	0.0%	.72	A.H.I
P20	170.92	3	0.0%	.67	A.H.I
P21	304.66	3	0.0%	.89	A.H.I
P4					
Catalogo		de		enfermedades	
Número de Pregunta	χ^2	Grados de Libertad	Significancia	Índice V. Cramer Phi	Resultado*
P5	1398.86	72	0.0%	.78	A.H.I
P6	781.05	48	0.0%	.71	A.H.I
P12	339.69	12	0.0%	.94	A.H.I
P13	255.60	12	0.0%	.82	A.H.I

*Significa que se aceptaron las hipótesis de investigación

5.3 Análisis por parámetro.

En este apartado se describe el comportamiento de todas las preguntas que conformaron los parámetros establecidos que en suma completaron el instrumento de medición; por otro lado, la forma en que se decidió manipular ésta información partió de las siguientes consideraciones:

1. Se consideraron las preguntas que conformaron el parámetro.
2. El porcentaje obtenido en las corridas estadísticas es fundamental.
3. La ubicación es el resultado del porcentaje acumulado y la manera en que se maneja es descendente.
4. La fijación de estos criterios permite establecer de una forma genérica el perfil de los académicos.

I. Datos Generales.

El primer factor que destaca es el hecho de que el 54.8% de los pacientes pertenecieron al género femenino, en segundo lugar un 41.53% tuvo entre 1 y 6 años de escolaridad, por último, el 18.3% tuvo una edad entre 25 a 34 años.

II. Grupos del Catálogo Internacional de Enfermedades

El 24.3% de los pacientes acudió por enfermedad en el sistema digestivo.

III. Tiempo de espera

El 19.0% de los pacientes opinan que tardaron de 11 a 20 minutos en ser atendidos.

IV. Tiempo de consulta

El 58.5% de los pacientes opinaron que la duración de la consulta fue de 6 a 10 minutos.

V. Actitud del personal médico y paramédico

El 99.5% de los pacientes manifiestan que sí se les explicó con respecto al resguardo de pertenencias, en segundo lugar el 98.7% indicó que sí se le trato con respeto, en tercer lugar con 97.6% opinó que sí se le oriento con respecto a su ingreso, en cuarto lugar el 95.5% manifestó que el doctor sí los saludo al entrar al consultorio, en quinto lugar compartiendo el mismo porcentaje, los que manifestaron que sí se les explicó con lenguaje claro la enfermedad y a los que sí se les resolvieron sus dudas, en sexto lugar el 90.5% opinó estar de acuerdo con el trato de médico que fue amable, en séptimo lugar compartiendo el mismo porcentaje, con 89.9% los que manifestaron que el médico sí se presento por su nombre y los que están muy de acuerdo con el trato amable del médico en la consulta, en octavo lugar el 89.2% manifestó que sí se les permitió la visita de familiares, en noveno lugar con 88.9% opinaron que sí se les solicitó autorización para realizarles estudios y procedimientos, en décimo lugar el 78.6% opinaron que sí se les explicó el motivo del internamiento, en onceavo lugar el 71.2% opinó que sí se les informó sobre el tratamiento que estaba recibiendo, en doceavo lugar el 68.0% opinó estar muy de acuerdo en el trato amable del personal de trabajo social, en treceavo lugar el 67.5% opinó estar muy de acuerdo con el trato amable de las enfermeras, en catorceavo lugar el 58.2% considera estar muy de acuerdo en el trato amable del médico durante su hospitalización, en quinceavo lugar con 56.6% manifestó estar de acuerdo con la explicación clara de los motivos de egreso, en dieciseisavo lugar con 54.0% los que manifestaron que sí se les explicó la hoja de consentimiento y secuelas, por último, con un 44.7% los que opinaron estar de acuerdo con el trato amable del personal de rayos X.

VI. Estructura del servicio

El 97.1% de los pacientes opinan que sí era adecuada la iluminación, en segundo lugar con 89.9% los que opinaron que sí estaba limpia la sala de espera, en tercer lugar con 89.2% los que opinaron que sí estaba limpio el consultorio, en cuarto lugar con 81.2% los que manifestaron que no les solicitaron comprar medicamentos durante el internamiento, en quinto lugar con 66.9% los que manifestaron estar muy de acuerdo con respecto a las sala de internamiento limpia, por último, el 62.2% los que manifestaron que sí tuvieron privacidad.

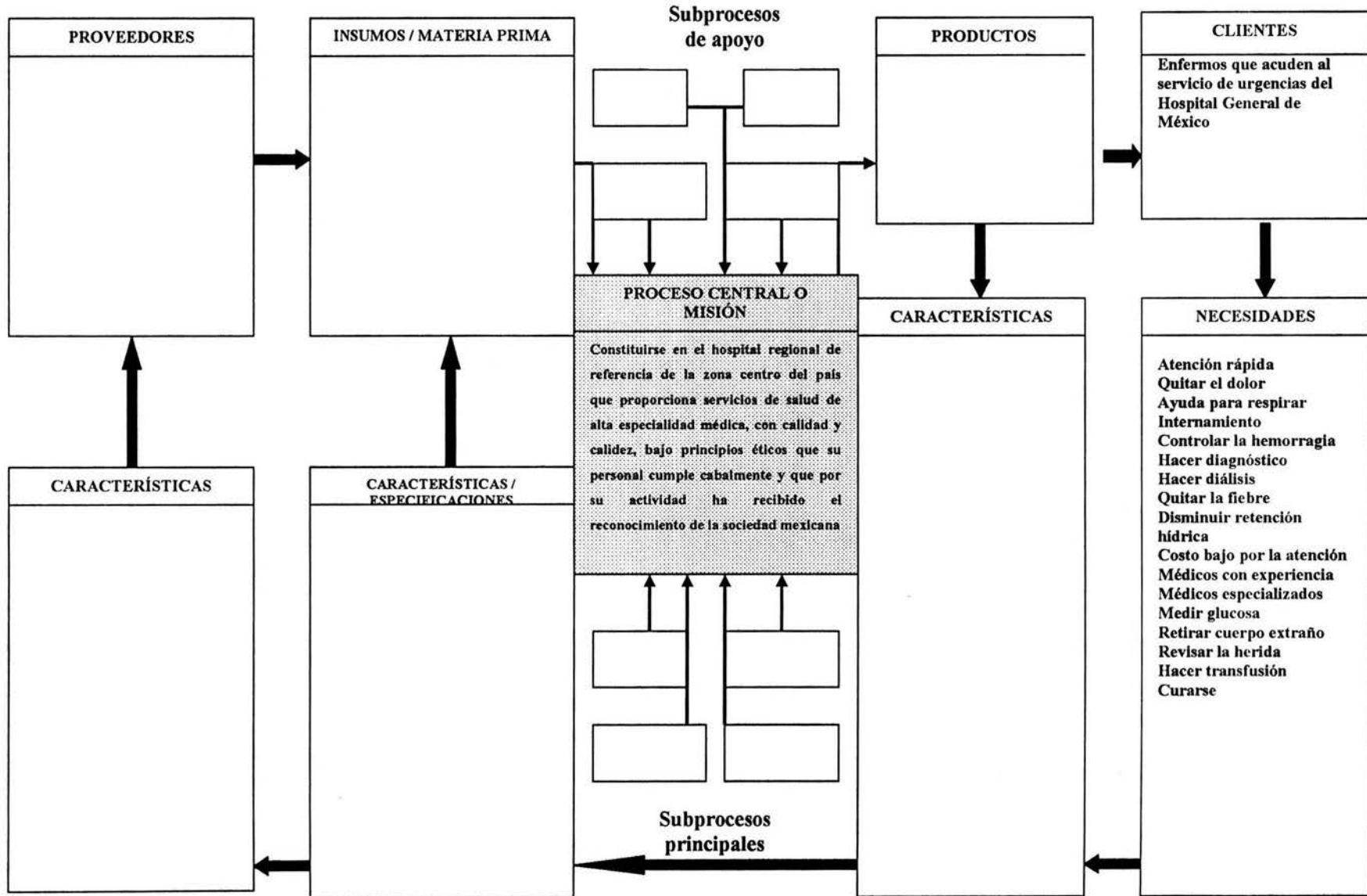
VII. Sensación de seguridad

El 50.0% manifiesta estar de acuerdo con sentirse seguro mientras estaba en el área de urgencias.

VIII. Satisfacción del servicio

El 48.7% manifestó estar de acuerdo con la satisfacción de los resultados y el 97.6% de los pacientes considera estar muy de acuerdo en acudir una vez más a este servicio, por último, el 97.4% sí recomendaría este servicio.

Sistema Total del Hospital General de México



Frecuencias

Statistics

		Edad	Género	Escolaridad	Catalogo de enfermedades
N	Valid	378	378	378	378
	Missing	0	0	0	0
Mean		3,4074	1,5476	1,4603	6,6508
Std. Error of Mean		8,735E-02	2,563E-02	2,567E-02	,1486
Median		3,0000	2,0000	1,0000	6,0000
Mode		2,00	2,00	1,00	8,00
Std. Deviation		1,6982	,4984	,4991	2,8887
Variance		2,8840	,2484	,2491	8,3446
Skewness		,088	-,192	,160	,117
Std. Error of Skewness		,125	,125	,125	,125
Range		5,00	1,00	1,00	12,00
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		6,00	2,00	2,00	13,00
Sum		1288,00	585,00	552,00	2514,00

Statistics

		Tiempo de espera	Tiempo duración consulta	¿El médico se presentó por su nombre?	¿Trato del médico en consulta fue amable?
N	Valid	378	378	378	378
	Missing	0	0	0	0
Mean		3,5556	2,4497	1,1005	1,0952
Std. Error of Mean		9,874E-02	4,013E-02	1,549E-02	1,512E-02
Median		3,0000	2,0000	1,0000	1,0000
Mode		2,00	2,00	1,00	1,00
Std. Deviation		1,9197	,7803	,3011	,2939
Variance		3,6852	,6089	9,066E-02	8,640E-02
Skewness		,360	1,279	2,667	2,769
Std. Error of Skewness		,125	,125	,125	,125
Range		6,00	4,00	1,00	1,00
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		7,00	5,00	2,00	2,00
Sum		1344,00	926,00	416,00	414,00

Statistics

		¿Trato de enfermera en consulta fue amable?	¿Se le explicó motivo de internamiento y plan?	¿Se explicó motivo de hoja de consentimiento y secuelas?	¿Se le trato con respeto?
N	Valid Missing	378 0	378 0	378 0	378 0
Mean		1,1005	1,2143	1,4603	1,0132
Std. Error of Mean		1,549E-02	2,113E-02	2,567E-02	5,884E-03
Median		1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Mode		1,00	1,00	1,00	1,00
Std. Deviation		,3011	,4109	,4991	,1144
Variance		9,066E-02	,1688	,2491	1,309E-02
Skewness		2,667	1,398	,160	8,555
Std. Error of Skewness		,125	,125	,125	,125
Range		1,00	1,00	1,00	1,00
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		2,00	2,00	2,00	2,00
Sum		416,00	459,00	552,00	383,00

Statistics

		¿Se le orientó para su ingreso a urgencias?	¿Se le explicó sobre resguardo de pertenencias?	¿Se le pidió autorización para estudios y procedimientos?	¿Se le informó sobre tratamiento que estaba recibiendo?
N	Valid Missing	378 0	378 0	378 0	378 0
Mean		1,0238	1,0053	1,1111	1,2884
Std. Error of Mean		7,852E-03	3,736E-03	1,619E-02	2,333E-02
Median		1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Mode		1,00	1,00	1,00	1,00
Std. Deviation		,1527	7,264E-02	,3147	,4536
Variance		2,330E-02	5,277E-03	9,903E-02	,2058
Skewness		6,272	13,693	2,485	,938
Std. Error of Skewness		,125	,125	,125	,125
Range		1,00	1,00	1,00	1,00
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		2,00	2,00	2,00	2,00
Sum		387,00	380,00	420,00	487,00

Statistics

		¿Se le permitió la visita de sus familiares?	¿El trato médico durante su hospitalización fue amable?	¿El trato de enfermeras fue amable?	¿El trato del personal de trabajo social fue amable?
N	Valid Missing	378 0	378 0	378 0	378 0
Mean		1,1085	1,4735	1,4180	1,3942
Std. Error of Mean		1,602E-02	3,137E-02	3,453E-02	3,247E-02
Median		1,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Mode		1,00	1,00	1,00	1,00
Std. Deviation		,3114	,6099	,6714	,6313
Variance		9,696E-02	,3720	,4508	,3986
Skewness		2,528	1,054	1,544	1,485
Std. Error of Skewness		,125	,125	,125	,125
Range		1,00	3,00	3,00	3,00
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		2,00	4,00	4,00	4,00
Sum		419,00	557,00	536,00	527,00

Statistics

		¿El trato del personal de rayos X fue amable?	¿Le saludó el médico al entrar al consultorio?	¿El médico le explicó en lenguaje claro la enfermedad?	¿El médico le resolvió sus dudas?
N	Valid Missing	378 0	378 0	378 0	378 0
Mean		1,7011	1,0450	1,0873	1,0873
Std. Error of Mean		3,739E-02	1,067E-02	1,454E-02	1,454E-02
Median		2,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Mode		2,00	1,00	1,00	1,00
Std. Deviation		,7269	,2075	,2827	,2827
Variance		,5284	4,306E-02	7,989E-02	7,989E-02
Skewness		,859	4,409	2,936	2,936
Std. Error of Skewness		,125	,125	,125	,125
Range		3,00	1,00	1,00	1,00
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		4,00	2,00	2,00	2,00
Sum		643,00	395,00	411,00	411,00

Statistics

		¿Le explicaron claramente los motivos de egreso?	¿La sala de espera estaba limpia?	¿El consultorio estaba limpio?	¿Iluminación adecuada?
N	Valid Missing	378 0	378 0	378 0	378 0
Mean		2,4444	1,1005	1,1085	1,0291
Std. Error of Mean		5,200E-02	1,549E-02	1,602E-02	8,657E-03
Median		2,0000	1,0000	1,0000	1,0000
Mode		2,00	1,00	1,00	1,00
Std. Deviation		1,0110	,3011	,3114	,1683
Variance		1,0221	9,066E-02	9,696E-02	2,833E-02
Skewness		,756	2,667	2,528	5,625
Std. Error of Skewness		,125	,125	,125	,125
Range		4,00	1,00	1,00	1,00
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		5,00	2,00	2,00	2,00
Sum		924,00	416,00	419,00	389,00

Statistics

		¿Tuvo privacidad?	¿La sala de internamiento estaba limpia?	¿Durante internamiento solicitaron la compra de medicamento s?	¿Se sintió seguro mientras permaneció en el área de urgencias?
N	Valid Missing	378 0	378 0	378 0	378 0
Mean		1,3783	1,4180	1,8122	1,5926
Std. Error of Mean		2,498E-02	3,494E-02	2,012E-02	3,104E-02
Median		1,0000	1,0000	2,0000	2,0000
Mode		1,00	1,00	2,00	2,00
Std. Deviation		,4856	,6793	,3911	,6034
Variance		,2358	,4614	,1530	,3641
Skewness		,504	1,755	-1,605	,841
Std. Error of Skewness		,125	,125	,125	,125
Range		1,00	3,00	1,00	4,00
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,00
Maximum		2,00	4,00	2,00	5,00
Sum		521,00	536,00	685,00	602,00

P 1. Edad

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18 a 24 años	65	17,2	17,2	17,2
25 a 34 años	69	18,3	18,3	35,4
35 a 44 años	67	17,7	17,7	53,2
45 a 54 años	59	15,6	15,6	68,8
55 a 64 años	60	15,9	15,9	84,7
Más de 65 años	58	15,3	15,3	100,0
Total	378	100,0	100,0	

P 2. Género

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	171	45,2	45,2	45,2
Femenino	207	54,8	54,8	100,0
Total	378	100,0	100,0	

P.3 Escolaridad

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Analfabeta	204	54,0	54,0	54,0
Sabe leer y escribir	174	46,0	46,0	100,0
Total	378	100,0	100,0	

P.4 Catalogo de enfermedades

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sistema digestivo	6	1,6	1,6	1,6
Endocrinas, nutricionales y metabólicas	18	4,8	4,8	6,3
Sistema circulatorio	28	7,4	7,4	13,8
Sistema genitourinario	76	20,1	20,1	33,9
De la sangre y de órganos	3	,8	,8	34,7
Tumores	59	15,6	15,6	50,3
Sistema respiratorio	16	4,2	4,2	54,5
Osteomuscular	92	24,3	24,3	78,8
De la piel y del tejido	7	1,9	1,9	80,7
Infeciosas y parasitarias	9	2,4	2,4	83,1
Traumatismos, envenenamientos y otras	58	15,3	15,3	98,4
Del sistema nervioso	2	,5	,5	98,9
Hallazgos anormales clínicos	4	1,1	1,1	100,0
Total	378	100,0	100,0	

P5. Tiempo de espera

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative - Percent
Valid 1 a 10 minutos	63	16,7	16,7	16,7
11 a 20 minutos	72	19,0	19,0	35,7
21 a 30 minutos	68	18,0	18,0	53,7
31 a 40 minutos	53	14,0	14,0	67,7
41 a 50 minutos	54	14,3	14,3	82,0
51 a 60 minutos	25	6,6	6,6	88,6
Más de 60 minutos	43	11,4	11,4	100,0
Total	378	100,0	100,0	

P6. Tiempo duración consulta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 a 5 minutos	14	3,7	3,7	3,7
6 a 10 minutos	221	58,5	58,5	62,2
11 a 15 minutos	115	30,4	30,4	92,6
16 a 20 minutos	15	4,0	4,0	96,6
21 o más minutos	13	3,4	3,4	100,0
Total	378	100,0	100,0	

P7. ¿El médico se presentó por su nombre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sí	340	89,9	89,9	89,9
No	38	10,1	10,1	100,0
Total	378	100,0	100,0	

P 8. ¿Trato del médico en consulta fue amable?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muy de acuerdo	342	90,5	90,5	90,5
De acuerdo	36	9,5	9,5	100,0
Total	378	100,0	100,0	

P9. ¿Trato de enfermera en consulta fue amable?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muy de acuerdo	340	89,9	89,9	89,9
De acuerdo	38	10,1	10,1	100,0
Total	378	100,0	100,0	

P 10. ¿Se le explicó motivo de internamiento y plan?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sí	297	78,6	78,6	78,6
No	81	21,4	21,4	100,0
Total	378	100,0	100,0	

P 11. ¿Se explicó motivo de hoja de consentimiento y secuelas?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	204	54,0	54,0	54,0
	No	174	46,0	46,0	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 12. ¿Se le trato con respeto?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	373	98,7	98,7	98,7
	No	5	1,3	1,3	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 13. ¿Se le orientó para su ingreso a urgencias?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	369	97,6	97,6	97,6
	No	9	2,4	2,4	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 14. ¿Se le explicó sobre resguardo de pertenencias?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	376	99,5	99,5	99,5
	No	2	,5	,5	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 15. ¿Se le pidió autorización para estudios y procedimientos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	336	88,9	88,9	88,9
	No	42	11,1	11,1	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 16- ¿Se le informó sobre tratamiento que estaba recibiendo?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	269	71,2	71,2	71,2
	No	109	28,8	28,8	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 17. ¿Se le permitió la visita de sus familiares?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	337	89,2	89,2	89,2
	No	41	10,8	10,8	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P18. ¿El trato médico durante su hospitalización fue amable?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	220	58,2	58,2	58,2
	De acuerdo	139	36,8	36,8	95,0
	Indiferente	17	4,5	4,5	99,5
	En desacuerdo	2	,5	,5	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 19. ¿El trato de enfermeras fue amable?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	255	67,5	67,5	67,5
	De acuerdo	92	24,3	24,3	91,8
	Indiferente	27	7,1	7,1	98,9
	En desacuerdo	4	1,1	1,1	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 20. ¿El trato del personal de trabajo social fue amable?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	257	68,0	68,0	68,0
	De acuerdo	95	25,1	25,1	93,1
	Indiferente	24	6,3	6,3	99,5
	En desacuerdo	2	,5	,5	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 21. ¿El trato del personal de rayos X fue amable?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	165	43,7	43,7	43,7
	De acuerdo	169	44,7	44,7	88,4
	Indiferente	36	9,5	9,5	97,9
	En desacuerdo	8	2,1	2,1	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P22. ¿Le saludó el médico al entrar al consultorio?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	361	95,5	95,5	95,5
	No	17	4,5	4,5	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 23. ¿El médico le explicó en lenguaje claro la enfermedad?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	345	91,3	91,3	91,3
	No	33	8,7	8,7	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 24. ¿El médico le resolvió sus dudas?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	345	91,3	91,3	91,3
	No	33	8,7	8,7	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 25. ¿Le explicaron claramente los motivos de egreso?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	44	11,6	11,6	11,6
	De acuerdo	214	56,6	56,6	68,3
	Indiferente	38	10,1	10,1	78,3
	En desacuerdo	72	19,0	19,0	97,4
	Muy en desacuerdo	10	2,6	2,6	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 26. ¿La sala de espera estaba limpia?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	340	89,9	89,9	89,9
	No	38	10,1	10,1	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 27. ¿El consultorio estaba limpio?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	337	89,2	89,2	89,2
	No	41	10,8	10,8	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P28. ¿Iluminación adecuada?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	367	97,1	97,1	97,1
	No	11	2,9	2,9	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 29. ¿Tuvo privacidad?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	235	62,2	62,2	62,2
	No	143	37,8	37,8	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 30. ¿La sala de internamiento estaba limpia?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	253	66,9	66,9	66,9
	De acuerdo	100	26,5	26,5	93,4
	Indiferente	17	4,5	4,5	97,9
	En desacuerdo	8	2,1	2,1	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 31. ¿Durante internamiento solicitaron la compra de medicamentos?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	71	18,8	18,8	18,8
	No	307	81,2	81,2	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 32. ¿Se sintió seguro mientras permaneció en el área de urgencias?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	173	45,8	45,8	45,8
	De acuerdo	189	50,0	50,0	95,8
	Indiferente	14	3,7	3,7	99,5
	En desacuerdo	1	,3	,3	99,7
	Muy en desacuerdo	1	,3	,3	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 33. ¿Está usted satisfecho con el resultado?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	177	46,8	46,8	46,8
	De acuerdo	184	48,7	48,7	95,5
	Indiferente	13	3,4	3,4	98,9
	En desacuerdo	3	,8	,8	99,7
	Muy en desacuerdo	1	,3	,3	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 34. ¿Acudiría na vez mas a este servicio?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muy de acuerdo	369	97,6	97,6	97,6
	De acuerdo	9	2,4	2,4	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

P 35. ¿Usted recomendaría este servicio de urgencias?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sí	368	97,4	97,4	97,4
	No	10	2,6	2,6	100,0
	Total	378	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Catalogo de enfermedades * Tiempo de espera	378	100,0%	0	,0%	378	100,0%
Catalogo de enfermedades * ¿Trato del médico en consulta fue amable?	378	100,0%	0	,0%	378	100,0%
Catalogo de enfermedades * ¿Está usted satisfecho con el resultado?	378	100,0%	0	,0%	378	100,0%

Crosstab

			Tiempo de espera			
			1 a 10 minutos	11 a 20 minutos	21 a 30 minutos	31 a 40 minutos
Catalogo de enfermedades	Sistema digestivo	Count % of Total	6 1,6%			
	Endocrinas, nutricionales y metabólicas	Count % of Total	18 4,8%			
	Sistema circulatorio	Count % of Total	28 7,4%			
	Sistema genitourinario	Count % of Total	11 2,9%	65 17,2%		
	De la sangre y de órganos	Count % of Total		3 ,8%		
	Tumores	Count % of Total		4 1,1%	55 14,6%	
	Sistema respiratorio	Count % of Total			13 3,4%	3 ,8%
	Osteomuscular	Count % of Total				50 13,2%
	De la piel y del tejido	Count % of Total				
	Infeciosas y parasitarias	Count % of Total				
	Traumatismos, envenenamientos y otras	Count % of Total				
	Del sistema nervioso	Count % of Total				
	Hallazgos anormales clícos	Count % of Total				
	Total	Count % of Total	63 16,7%	72 19,0%	68 18,0%	53 14,0%

Crosstab

			Tiempo de espera			Total
			41 a 50 minutos	51 a 60 minutos	Más de 60 minutos	
Catalogo de enfermedades	Sistema digestivo	Count				6
		% of Total				1,6%
	Endocrinas, nutricionales y metabólicas	Count				18
		% of Total				4,8%
	Sistema circulatorio	Count				28
		% of Total				7,4%
	Sistema genitourinario	Count				76
		% of Total				20,1%
	De la sangre y de órganos	Count				3
		% of Total				,8%
	Tumores	Count				59
		% of Total				15,6%
	Sistema respiratorio	Count				16
		% of Total				4,2%
	Osteomuscular	Count	42			92
	% of Total	11,1%			24,3%	
De la piel y del tejido	Count	7			7	
	% of Total	1,9%			1,9%	
Infecciosas y parasitarias	Count	5	4		9	
	% of Total	1,3%	1,1%		2,4%	
Traumatismos, envenenamientos y otras	Count		21	37	58	
	% of Total		5,6%	9,8%	15,3%	
Del sistema nervioso	Count			2	2	
	% of Total			,5%	,5%	
Hallazgos anormales clínicos	Count			4	4	
	% of Total			1,1%	1,1%	
Total	Count	54	25	43	378	
	% of Total	14,3%	6,6%	11,4%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1398,867 ^a	72	,000
Likelihood Ratio	1116,300	72	,000
Linear-by-Linear Association	354,869	1	,000
N of Valid Cases	378		

a. 63 cells (69,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	1,924			,000
	Cramer's V	,785			,000
	Contingency Coefficient	,887			,000
Interval by Interval	Pearson's R	,970	,002	77,647	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,979	,002	94,259	,000 ^c
N of Valid Cases		378			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Crosstab

			¿Trato del médico en consulta fue amable?		Total
			Muy de acuerdo	De acuerdo	
Catalogo de enfermedades	Sistema digestivo	Count	6		6
		% of Total	1,6%		1,6%
	Endocrinas, nutricionales y metabólicas	Count	18		18
		% of Total	4,8%		4,8%
	Sistema circulatorio	Count	28		28
		% of Total	7,4%		7,4%
	Sistema genitourinario	Count	76		76
		% of Total	20,1%		20,1%
	De la sangre y de órganos	Count	3		3
		% of Total	,8%		,8%
	Tumores	Count	59		59
		% of Total	15,6%		15,6%
	Sistema respiratorio	Count	16		16
		% of Total	4,2%		4,2%
	Osteomuscular	Count	92		92
		% of Total	24,3%		24,3%
	De la piel y del tejido	Count	7		7
		% of Total	1,9%		1,9%
	Infecciosas y parasitarias	Count	9		9
		% of Total	2,4%		2,4%
	Traumatismos, envenenamientos y otras	Count	28	30	58
		% of Total	7,4%	7,9%	15,3%
	Del sistema nervioso	Count		2	2
		% of Total		,5%	,5%
	Hallazgos anormales clícos	Count		4	4
		% of Total		1,1%	1,1%
Total		Count	342	36	378
		% of Total	90,5%	9,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	209,924 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	157,420	12	,000
Linear-by-Linear Association	102,085	1	,000
N of Valid Cases	378		

a. 12 cells (46,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,19.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,745			,000
	Cramer's V	,745			,000
	Contingency Coefficient	,598			,000
Interval by Interval	Pearson's R	,520	,035	11,816	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,481	,035	10,643	,000 ^c
N of Valid Cases		378			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Crosstab

			¿Está usted satisfecho con el resultado?			
			Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo
Catalogo de enfermedades	Sistema digestivo	Count	6			
		% of Total	1,6%			
	Endocrinas, nutricionales y metabólicas	Count	18			
		% of Total	4,8%			
	Sistema circulatorio	Count	28			
		% of Total	7,4%			
	Sistema genitourinario	Count	76			
		% of Total	20,1%			
	De la sangre y de órganos	Count	3			
		% of Total	,8%			
	Tumores	Count	46	13		
		% of Total	12,2%	3,4%		
	Sistema respiratorio	Count		16		
		% of Total		4,2%		
Osteomuscular	Count		92			
	% of Total		24,3%			
De la piel y del tejido	Count		7			
	% of Total		1,9%			
Infecciosas y parasitarias	Count		9			
	% of Total		2,4%			
Traumatismos, envenenamientos y otras	Count		47	11		
	% of Total		12,4%	2,9%		
Del sistema nervioso	Count			2		
	% of Total			,5%		
Hallazgos anormales clínicos	Count				3	
	% of Total				,8%	
Total	Count		177	184	13	3
	% of Total		46,8%	48,7%	3,4%	,8%

Crosstab

			¿Está usted	
			Muy en desacuerdo	Total
Catalogo de enfermedades	Sistema digestivo	Count		6
		% of Total		1,6%
	Endocrinas, nutricionales y metabólicas	Count		18
		% of Total		4,8%
	Sistema circulatorio	Count		28
		% of Total		7,4%
	Sistema genitourinario	Count		76
		% of Total		20,1%
	De la sangre y de órganos	Count		3
		% of Total		,8%
	Tumores	Count		59
		% of Total		15,6%
	Sistema respiratorio	Count		16
		% of Total		4,2%
	Osteomuscular	Count		92
		% of Total		24,3%
De la piel y del tejido	Count		7	
	% of Total		1,9%	
Infecciosas y parasitarias	Count		9	
	% of Total		2,4%	
Traumatismos, envenenamientos y otras	Count		58	
	% of Total		15,3%	
Del sistema nervioso	Count		2	
	% of Total		,5%	
Hallazgos anormales clícos	Count	1	4	
	% of Total	,3%	1,1%	
Total	Count	1	378	
	% of Total	,3%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	814,035 ^a	48	,000
Likelihood Ratio	538,978	48	,000
Linear-by-Linear Association	265,812	1	,000
N of Valid Cases	378		

a. 51 cells (78,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	1,467			,000
	Cramer's V	,734			,000
	Contingency Coefficient	,826			,000
Interval by Interval	Pearson's R	,840	,010	29,981	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,878	,006	35,541	,000 ^c
N of Valid Cases		378			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
¿Está usted satisfecho con el resultado? *	378	100,0%	0	,0%	378	100,0%
¿Trato del médico en consulta fue amable?						
¿Está usted satisfecho con el resultado? *	378	100,0%	0	,0%	378	100,0%
¿Trato de enfermera en consulta fue amable?						
¿Está usted satisfecho con el resultado? * ¿El trato del personal de trabajo social fue amable?	378	100,0%	0	,0%	378	100,0%
¿Está usted satisfecho con el resultado? * ¿El trato del personal de rayos X fue amable?	378	100,0%	0	,0%	378	100,0%

Crosstab

			¿Trato del médico en consulta fue amable?		Total
			Muy de acuerdo	De acuerdo	
¿Está usted satisfecho con el resultado?	Muy de acuerdo	Count	177		177
		% of Total	46,8%		46,8%
	De acuerdo	Count	165	19	184
		% of Total	43,7%	5,0%	48,7%
	Indiferente	Count		13	13
	% of Total		3,4%	3,4%	
	En desacuerdo	Count		3	3
	% of Total			,8%	,8%
	Muy en desacuerdo	Count		1	1
	% of Total			,3%	,3%
Total		Count	342	36	378
		% of Total	90,5%	9,5%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	180,269 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	115,510	4	,000
Linear-by-Linear Association	106,091	1	,000
N of Valid Cases	378		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,691			,000
	Cramer's V	,691			,000
	Contingency Coefficient	,568			,000
Interval by Interval	Pearson's R	,530	,044	12,135	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,429	,037	9,198	,000 ^c
N of Valid Cases		378			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Crosstab

			¿Trato de enfermera en consulta fue amable?		Total
			Muy de acuerdo	De acuerdo	
¿Está usted satisfecho con el resultado?	Muy de acuerdo	Count	177		177
		% of Total	46,8%		46,8%
	De acuerdo	Count	163	21	184
		% of Total	43,1%	5,6%	48,7%
	Indiferente	Count		13	13
		% of Total		3,4%	3,4%
	En desacuerdo	Count		3	3
		% of Total		,8%	,8%
	Muy en desacuerdo	Count		1	1
		% of Total		,3%	,3%
Total		Count	340	38	378
		% of Total	89,9%	10,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	172,264 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	115,977	4	,000
Linear-by-Linear Association	105,660	1	,000
N of Valid Cases	378		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,675			,000
	Cramer's V	,675			,000
	Contingency Coefficient	,560			,000
Interval by Interval	Pearson's R	,529	,043	12,100	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,433	,036	9,313	,000 ^c
N of Valid Cases		378			

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
- c. Based on normal approximation.

Crosstab

			¿El trato del personal de trabajo social		
			Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente
¿Está usted satisfecho con el resultado?	Muy de acuerdo	Count	177		
		% of Total	46,8%		
	De acuerdo	Count	80	95	9
		% of Total	21,2%	25,1%	2,4%
	Indiferente	Count			13
		% of Total			3,4%
	En desacuerdo	Count			2
		% of Total			,5%
	Muy en desacuerdo	Count			
		% of Total			
Total	Count	257	95	24	
	% of Total	68,0%	25,1%	6,3%	

Crosstab

			¿El trato del	
			En desacuerdo	Total
¿Está usted satisfecho con el resultado?	Muy de acuerdo	Count		177
		% of Total		46,8%
	De acuerdo	Count		184
		% of Total		48,7%
	Indiferente	Count		13
		% of Total		3,4%
	En desacuerdo	Count	1	3
		% of Total	,3%	,8%
	Muy en desacuerdo	Count	1	1
		% of Total	,3%	,3%
Total	Count	2	378	
	% of Total	,5%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	613,340 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	296,995	12	,000
Linear-by-Linear Association	206,260	1	,000
N of Valid Cases	378		

a. 13 cells (65,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	1,274			,000
	Cramer's V	,735			,000
	Contingency Coefficient	,787			,000
Interval by Interval	Pearson's R	,740	,030	21,312	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,686	,028	18,290	,000 ^c
N of Valid Cases		378			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Crosstab

			¿El trato del personal de rayos X fue		
			Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente
¿Está usted satisfecho con el resultado?	Muy de acuerdo	Count	165	12	
		% of Total	43,7%	3,2%	
	De acuerdo	Count		157	27
		% of Total		41,5%	7,1%
	Indiferente	Count			9
		% of Total			2,4%
	En desacuerdo	Count			
		% of Total			
	Muy en desacuerdo	Count			
		% of Total			
Total		Count	165	169	36
		% of Total	43,7%	44,7%	9,5%

Crosstab

			¿El trato del	
			En desacuerdo	Total
¿Está usted satisfecho con el resultado?	Muy de acuerdo	Count		177
		% of Total		46,8%
	De acuerdo	Count		184
		% of Total		48,7%
	Indiferente	Count	4	13
		% of Total	1,1%	3,4%
En desacuerdo	Count	3	3	
	% of Total	,8%	,8%	
Muy en desacuerdo	Count	1	1	
	% of Total	,3%	,3%	
Total		Count	8	378
		% of Total	2,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	630,001 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	519,362	12	,000
Linear-by-Linear Association	303,063	1	,000
N of Valid Cases	378		

a. 12 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	1,291			,000
	Cramer's V	,745			,000
	Contingency Coefficient	,791			,000
Interval by Interval	Pearson's R	,897	,012	39,258	,000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	,922	,014	46,278	,000 ^c
N of Valid Cases		378			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Bibliografía

- Aguirre GH. Evaluación de la atención médica. Expectativas de pacientes y trabajadores. Salud Publica Mex 1990;32(2):170-180
- Aguirre GH. Administración de la calidad de la atención médica. Rev Med IMSS 1997;35(4):257-264
- Aguirre GH. Calidad de la Atención Médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. 3ª edición. Noriega Editores. México. 2002, 58-75, 115-119
- Alberti KGMM. "Medical Errors: A Common Problem". British Medical Journal 2001;322:501-502
- Albrecht K, Zemke R. Gerencia del servicio. Fondo editorial Legis. 1997. 5-26
- American College of Emergency Physicians <<http://www.acep.org/1,4717,0.html>>[Consulta: 31 Marzo 2003]
- American Society for Quality <<http://www.asq.org>>[Consulta:30Enero2003]
- Australian College for Emergency Medicine. Minimum standards for transport of critically ill patients. Emergency Medicine 2003;15:197-201
- Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. N Engl J Med 1989;320:53-56
- Berwick DM. Eleven worthy aims for clinical leadership of health system reform. JAMA 1994;272:797-802
- Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. BMJ 1996;312:619-66
- Bizovi KE, Wears R, Lowe RA. Researching Quality in Emergency Medicine. Academic Emergency Medicine 2002;9(11):1116-1123
- Bodenheimer T. The American Health Care System –The movement for Improved Quality in Health Care. N Engl J Med 1999;340:488-492
- Brook RH, Appel FA. Quality of care assessment: choosing a method for peer review. N Eng J Med 1973;288:1323-1329
- Chande VT, Bhende MS, David HW. Pediatric emergency department complaints: A three-year analysis of sources and trends. Ann Emerg Med 1991;20:1014-1016
- Cobelas C et al. Quality management and the Emergency services Enhancement Program. J Qual Clin Practice 2001;21:80-85
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico <<http://www.conamed.gob.mx/principal.htm>>[Consulta: 28 Marzo 2003]
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico <<http://www.conamed.gob.mx/printestadisticas.htm>>[Consulta: 11 Marzo 2003]
- Crosby PB. La calidad no cuesta. Editorial CECOSA, México. 1989, 7-25
- Crosby PB <<http://www.phillipcrosby.com/pca/C.Articles/year2002/comparison.html>>[Consulta: 29 Marzo 2003]
- Darr K et al. Assessing Patient Satisfaction and Quality of Care through Observation and Interview. Hospital Topics 2002;80(3):4-11
- Deming WE. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Editorial Díaz de Santos. España. 1989,12-80

Deming WE <<http://www.deming.org>>[Consulta: 19 Septiembre 2002]

Díaz KM, Biesca TC. Historia del Hospital General de México. 1994, México. Edición especial. 75-86, 102-119

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Q1966;44:166-206

Donabedian A. Promoting quality through evaluating the process of patient care. Med Care 1968;6:181-202

Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewianski L. Quality, cost and health: An integrative model. Med Care 1982;10:975-992

Donabedian A. The Quality of Care. How can it be assessed? JAMA 1988;260:1743-1747

Donabedian A. Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública 1990, 9-18

Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación de la garantía de la calidad. Salud Publica Mex 1990;32(2):113-117

Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana. México. 1991,1-15

Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Publica Mex 1993;35(3):238-247

Evans JR, Lindsay W. Administración y control de la calidad. Cuarta edición. International Thomson Editores. México, 2000. 4-9, 71-102, 127-128, 397-418.

Feigenbaum AV. Control Total de la Calidad. CECOSA. México. 1990, 5-34

Fessel WJ, Van Brunt EE. Assessing quality of care from the medical record. N Engl J Med 1972;286:134-138

Freund RA. Definitions and Basic Quality Concepts. Journal of Quality Technology 1985:50-56

Fundación Mexicana para la Salud

<<http://www.funsalud.org.mx/quehacer/publicaciones/simrefsalud/frenk.pdf>>[Consulta:30 Marzo 2003]

Gaba DM, Howard SK. Patient Safety: Fatigue among Clinicians and the Safety of Patients. N Engl J Med 2002;347(16):1249-1255

Garvin DA. Managing Quality. The Free Press. 1988, 5-23

Gutiérrez M. Administrar para la Calidad. Conceptos, administrativos del control total de la calidad. Editorial Limusa, 2ª edición, México, 2001. 23-39

Harrington J. Costos de No Calidad, Díaz Santos, México. 1990, 5-20

Health Care Criteria for Performance Excellence. Baldrige National Quality Program 2004, 1-11

Holmes CAN et al. The development of clinical indicators for consultation-liaison service. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2000;34:496-503

Horovitz J. The seven secrets of service strategy. Pearson Education Limited. EUA. 2000, 1-16

Hospital General de México <http://hgm.salud.gob.mx/hospital/hosp_hist.html>[Consulta: 13 Marzo 2003]

Hospital General de México <http://hgm.salud.gob.mx/hospital/prop_misvis.html>[Consulta: 13 Marzo 2003]

Hospital General de México <http://hgm.salud.gob.mx/hospital/prop_obj.html>[Consulta: 13 Marzo 2003]

Hospital General de México <http://hgm.salud.gob.mx/hospital/prop_meta.html>[Consulta:13 Marzo 2003]

Hospital General de México <http://hgm.salud.gob.mx/hospital/informe_enero_dic.pdf>[Consulta: 17 Marzo 2003]

Hospital General de México <http://hgm.salud.gob.mx/servmed/u_urgencias.html>[Consulta: 19 Marzo 2003]

Hospital General de México <http://hgm.salud.gob.mx/estadisticas/estadisticas_1.html>[Consulta: 19 Marzo 2003]

Hospital General de México <http://hgm.salud.gob.mx/estadisticas/ev_enero2003.pdf>[Consulta: 25 Mayo 2003]

Howard SK, Gaba DM, Rosekind MR, Katz JD, Zarcone VP. The risks and implications of excessive daytime sleepiness in resident physicians. Acad Med 2000;77:1019-1025

Hoyer RW, Hoyer B. What is Quality? Quality Progress 2001; July:53-62

Hutchinson B et al. Patient satisfaction and quality of care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario Walk-In Clinic Study. CMAJ 2003;168(8):977-1007

Institute of Medicine 1999 <<http://www.nap.edu/books/030968371/html>>[Consulta: 06 Abril 2003]

Institute of Medicine
<<http://www.jcaho.org/accredited+organizations/hospitals/sentinel+events/glossary.htm>>[Consulta: 31 Marzo 2003]

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
<http://hades.inegi.gob.mx/sitio_inegi/estadistica/espanol/sociomed/salud/sal_07.html> [Consulta: 07 Abril 2003]

Ishikawa K. ¿Qué es el Control Total de la Calidad? La Manera Japonesa. Editorial Norma. México. 1997, 1-35, 39-66

Johnson RC et al. Patients' perception of surgical services in a district general hospital. British Journal of Surgery 1999;86:1549-1555

Joint Commission of Accreditation in Health Organizations
<<http://www.jcaho.org/accredited+organizations/hospital/standars/standars+review+taskforce.html>>[Consulta: 31 Marzo 2003]

Joint Commission of Accreditation in Health Organizations
<<http://www.med.nyu.edu/enservices/JCAHO.html>>[Consulta: 31 Marzo 2003]

Juran JM, Gryna FM. Manual de control de calidad. España. Editorial Reverté. 1990, 5-48

Juran J <<http://www.juran.com>>[Consulta: 02 Marzo 2003]

Keim EM. What does the future of quality look like? Competitive Advantage. Winter 2002/2003;11(2):1-4

Kurtenbach J. Focusing on Customer Service. Health Forum Journal 2000;43(5):35-38

Lambe S. Waiting times in California's emergency departments. Ann Emerg Med 2003;41(1):35-44

Laudoyer G. La certificación ISO 9000. Un motor para la calidad. Compañía Editorial Continental. 1995, 47-62

Lee RI, Jones LW. El concepto de buena atención médica. Salud Publica Mex 1990;32(2):245-247

- Marcotte A, Murphy D. Continuous Quality Management in a Large Emergency Medical Services System. *Top Emerg Med* 1999;21(1):43-48
- McNamara JJ, Greene M. An Evaluation of Emergency Room Services During the New York City House Officer Strike. *Am J Public Health* 1976;66:135-138
- Norma Mexicana NMX-CC-9000-INMC-2000, 12
- O'leary DS, O'leary MR. De las garantías de calidad al perfeccionamiento de la calidad. *Clin Med Urg Nort Am*,1992,3:509-524
- Pirsig RM. *Zen and the Art of Motorcycle Maintenance*. William Morrow & Co. 1974, 195-208
- Programa Nacional de Certificación de Hospitales. Criterios para la Certificación de Hospitales. *Diario Oficial de la Federación*. Jueves 1 de Abril de 1999.
- Ramírez STJ, Nájera AP, Nigenda LG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1998;40(1):3-12
- Reeves CA, Bednar DA. Defining Quality: Alternatives and Implications. *Academy of Management Review* 1994;19(3):419-445
- Reyes ZH, Meléndez CVM, Vidal PLM. Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención. *Salud Publica Mex* 1990;32(2):232-242
- Rivero SO. Los riesgos de la medicina defensiva es una sociedad en proceso de cambio. *Memorias del IV Simposio Internacional CONAMED* 2000:87-92
- Rubenstein L, Mates S, Sidel VW. Quality-of-Care Assessment by Process and Outcome Scoring. *Ann Intern Med* 1977;86:617-625
- Ruelas BE. De la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. *Salud Publica Mex* 1990;32(2):108-109
- Ruelas BE, Reyes ZH, Zurita GB, Vidal PLM, Karchmer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Publica Mex* 1990;32(2):156-169
- Ruelas BE, Zurita GB. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud Publica Mex* 1993;35(3):235-237
- Ruelas BE. Calidad, productividad y costos. *Salud Publica Mex* 1993;35(3):298-304
- Ruelas BE, Concheiro AA. Tendencias a futuro de la organización de la atención médica en México; en: Frenk MJ (editor): *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*. Fundación Mexicana para la Salud. 1997, 379-400
- Salinas OC, Laguna CJ, Mendoza MMR. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Publica Mex* 1994;36(1):22-29
- Sauceda VAL, Durán AL, Hernández B. Evaluación de un proyecto de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por una Organización no Gubernamental. *Salud Publica Mex* 2000;42(5):422-430
- Schwartz LR, Overton DT. Emergency department complaints: A one-year analysis. *Ann Emerg Med* 1987;16:857-861
- Schott H. *Crónica de la Medicina*. Intersistemas. México. 1994, 34-37

Scott G. The Voice of the Customer: Is Anyone Listening? *Journal of Healthcare Management* 2001;46(4):221-223

Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2001-2006, 15-22, 52-56

Secretaría de Salud <<http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/cngrdf.html>>[Consulta 12 Mayo 2003]

Secretaría de Salud <<http://www.ssa.gob.mx/dgied/sns/ssa/2000/SCuadro01.htm>>[Consulta 21 Abril 2003]

Secretaría de Salud <<http://www.ssa.gob.mx/dgied/sns/inf gob/aig12.htm>>[Consulta: 21 Abril 2003]

Secretaría de Salud <<http://www.ssa.gob.mx/dgied/sns/ssa/2000/SCuadro05.html>>[Consulta: 21 Abril 2003]

Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud 2001-2006, 15-22, 52-56, 109-115

Secretaría de Salud. Estadísticas del Sistema Nacional de Salud, 2000

Sidel VW. Evaluation of the quality of medical practice. *JAMA* 1966;198:763-764

Travis CB, Compton JD. Feminism and Health in the Decade of Behavior. *Psychology of Women Quarterly* 2001(25):312-323

Turner PD, Pol LG. Beyond patient satisfaction. *Journal of Health Care Marketing* 1995;15(3):45

Uehara N. An Overview of Current Approaches to Quality in Health Services. *Prehospital and Disaster Medicine* 1999;14(Supplement 1):S16-S20

Valdés SR, Molina LJ, Solís TC. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Salud Publica Mex* 2001;43(5):444-454

Vidal PLM, Reyes ZH. Diseño de un sistema de monitoría. *Salud Publica Mex* 1993;35(3):326-331

Williamson JW, Alexander M, Miller GE. Continuing education and patient care research. *JAMA* 1967;201:938-942

Walton M. Cómo administrar con el método Deming. Editorial Norma. 1988, 37-44

Watson SD. Race, Ethnicity and Quality of Care: Inequalities and Incentives. *American Journal of Law & Medicine* 2001;72(2/3):203-222

Weinberg JK. Medical Error and Patient Safety: Understanding Cultures in Conflict. *Law & Policy* 2002;24(2):93-113

Williams SA. Quality and care: Patients' perceptions. *Journal of Nursing Care Quality* 1998;12(6):18-25

Wong JCH. Service quality measurement in a medical imaging department. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2002;15(5):206-212

World Bank. Population and the World Bank. Adapting to Change. 2000:1-12

Zedillo PLE, 2000 Anexo Estadístico del Sexto Informe de Gobierno

Zurita B, Nigenda G, Ramírez T. Encuesta de satisfacción con los servicios de salud, 1994; en: Frenk MJ (editor): Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas. Fundación Mexicana para la Salud. 1997, 237-252



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MEXICO

**Programa de Posgrado en Ciencias de la
Administración**

Oficio: PPCA/GA/2004

Asunto: Envío oficio de nombramiento de jurado de Maestría.

Coordinación

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Director General de Administración Escolar
De esta Universidad
Presente.

A't'n.: Biol. Francisco Javier Incera Ugalde
Jefe de la Unidad de Administración del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que el alumno **José Antonio García García** presentará Examen de Grado dentro del Plan de Maestría en Administración (Sistemas de Salud), toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo y su tesis, por lo que el Subcomité Académico de las Maestrías, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

M.A. Arturo Sánchez Mondragón	Presidente
M.A. Pedro Márquez Fernández	Vocal
M.A. Samuel Hernández López	Secretario
M.S.P. Hilda Guadalupe Reyes Zapata	Suplente
M.A.S.S. Bulmaro Borja Terán	Suplente

Por su atención le doy las gracias y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"Por mi raza hablará el espíritu"

Ciudad. Universitaria, D.F., 24 de noviembre del 2004.

El Coordinador del Programa

Dr. Ricardo Alfredo Varela Juárez