



11226 42  
51  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
UNIDAD ACADÉMICA  
CLINICA HOSPITAL 300400 ISSSTE ORIZABA. VER.

**ERRORES EN LA RELACION  
INGRESOS/EGRESOS HOSPITALARIOS**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
PRESENTA

**DR. RAUL ALBERTO GARCIA ROSAS**



MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

TRABAJO QUE PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

**DR. RAUL ALBERTO GARCIA ROSAS**

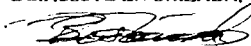
**ERRORES EN LA RELACION  
INGRESOS/EGRESOS HOSPITALARIOS**



DRA. LETICIA GONZALEZ RODRIGUEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA HOSPITAL 300400  
DEL ISSSTE EN ORIZABA, VER.



CLINICA HOSPITAL AMCO  
DEL NIÑO Y DE LA MADRE  
300400 ORIZABA VER  
DEPTO. ENSEÑANZA  
& INVESTIGACION



DRA. ROSAURA BERNAL PEREZ  
ASESOR DE TESIS

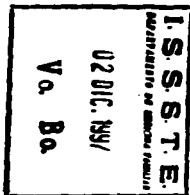


DR. MIGUEL ANGEL HERNANDEZ HERNANDEZ  
ASESOR DE TESIS  
UNAM



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL ISSSTE

CLINICA HOSPITAL 300400 DEL ISSSTE EN ORIZABA, VER.  
FEBRERO DE 1996



**ERRORES EN LA RELACION  
INGRESOS/EGRESOS HOSPITALARIOS**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:**

**DR. RAUL ALBERTO GARCIA ROSAS**

**AUTORIZACIONES:**




---

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.



---

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO  
DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.



---

**DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY**  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
U.N.A.M.

**ERRORES EN LA RELACION  
INGRESOS/EGRESOS HOSPITALARIOS**

## INDICE GENERAL:

<b>Concepto:</b>	<b>Página</b>
MARCO TEORICO.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
JUSTIFICACION.....	27
OBJETIVOS.....	29
METODOLOGIA.....	31
RESULTADOS.....	37
ANALISIS.....	59
CONCLUSIONES.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	63
ANEXOS.....	69

## MARCO TEORICO

Cada vez se presta más atención a los resultados de la atención de salud como aspectos críticos de la evaluación de la atención y las políticas de salud. Al mismo tiempo, cada vez más investigadores y autoridades de salud subrayan la necesidad de comprender mejor los mecanismos por los que la estructura y el proceso influyen sobre los resultados de la atención, incluidas las evaluaciones de la calidad, eficiencia y la consecución de equidad en la prestación de servicios de atención de salud (1).

El resultado se ha definido como la respuesta al tratamiento médico medida como mortalidad, síntomas, capacidad para trabajar o llevar a cabo actividades diarias y fisiológicas, recuperación, restauración de una función, supervivencia, o como un perfil que abarca siete categorías: longevidad, actividad, bienestar, satisfacción, enfermedad, realización y capacidad de adaptación (1).

Más recientemente, Donabedian introdujo una nueva dimensión en la definición de resultado, refiriéndose a los cambios en el estado de salud real o potencial no solo de personas o de grupos, sino también de la misma comunidad (1).

Se define como equidad la "conformidad de una cosa con otra en naturaleza, forma, calidad o cantidad" (1, 2).

Al definir criterios y estándares de estructura o proceso de atención que se consideran relacionados con mejores resultados, pueden usarse experiencias pasadas u opiniones de expertos para delimitar que constituye una buena atención médica. Estos serían criterios "normativos" (1, 2).

En la acreditación de hospitales también se usan criterios normativos y estándares para evaluar principalmente la estructura asistencial (1, 2).

Una revisión de la literatura permite señalar tres tendencias principales en la evaluación de la calidad de la atención, que han evolucionado en los cuatro últimos decenios (2).

La primera tendencia está constituida por los estudios que evalúan la calidad mediante la comparación de indicadores de estructura médica asistencial, proceso o resultado con "criterios normativos" definidos por opiniones de expertos o experiencias pasadas. Estos constituyen la base de los estudios de auditoría médica. La segunda tendencia es la de los estudios que analizan y validan el proceso de atención médica con mediciones de los resultados. La tercera consiste en estudios que validan los indicadores de proceso y estructura. Esta última tendencia podría explicarse por el creciente interés en el análisis de organizaciones de servicios de salud utilizando indicadores tanto de efectividad como de eficiencia (1).



A pesar de este interés manifiesto de las autoridades, los investigadores y los administradores de la atención de salud en mejorar los procedimientos de evaluación de la atención médica y estudiar las relaciones entre estructura, el proceso y los resultados, la cantidad, el alcance y la distribución regional de tales estudios son insuficientes (1, 2).

Esto no solo hace referencia a los países desarrollados, sino a cualquier situación en la que la calidad asistencial debe dirigirse hacia el logro de la equidad y la eficiencia de los servicios de atención de salud (2).

Los estudios que analizan la relación entre estructura, proceso y resultado se basan en dos marcos teóricos conceptuales interrelacionados: la teoría de sistemas y el concepto económico de rendimientos a escala, aplicado a organizaciones complejas. En este contexto, los hospitales se consideran sistemas sociales complejos con componentes burocráticos y profesionales (2).

Las variables del proceso son el costo de la atención, el tiempo de hospitalización del paciente y la evaluación global del proceso definida como "calidad de atención" (1).

Las confusiones y aparentes complejidades tanto en los conceptos como en las acciones surgen, por consiguiente, de la carencia de una sistematización que, a la fecha inexistente en la literatura sobre el tema,

facilite no solo el ejercicio académico sino la práctica de acciones tendientes a garantizar niveles aceptables de calidad de los servicios de salud (3).

Aún cuando se han generado diversas definiciones del concepto "calidad", en el caso de la atención médica Donabedian acuñó la que se considera como clásica: "la calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados". Esta propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios 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 (3).

Donabedian distingue dos dimensiones íntimamente relacionadas, denominadas "técnica" e "interpersonal". La primera se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente. La segunda alude a la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor de este. En esta última a la que se ha destacado como "calidez" en la retórica actual de los servicios de salud en México (3, 4).

Una de las grandes cuestiones a las que se enfrentan quienes desean establecer estrategias de garantía de calidad es por donde se

debe empezar. En efecto, el ámbito de la atención a la salud es complejo. El número de variables es grande. El desconocimiento sobre el tema es aún grande también para muchos. Se reitera entonces que, para la acción racional debe existir una clara conceptualización (3, 4, 5).

Si bien existe riesgo de parálisis por análisis, más riesgo existe del atrevimiento que surge del pedestal de la ignorancia, o de la falta de acción por inanición intelectual (5).

Estas reflexiones pretenden ayudar a una mejor comprensión de como operan los sistemas de atención médica y situar las propuestas de cambio en un marco racional que permita definir problemas significativos, opciones viables y resultados positivos para lograr una mejor salud de la población, requisito indispensable para el desarrollo de nuestro país (6, 7, 8, 9).

Las razones por las cuales se ha generado el interés en la garantía de calidad de manera explícita a nivel internacional son múltiples. Una de ellas es, sin duda, la necesidad de controlar costos innecesarios derivados de deficiencias en la atención a los pacientes. Otra, es el incremento en las demandas judiciales por errores diagnósticos o terapéuticos. Ambas situaciones han sido particularmente evidentes en Estados Unidos (10).

A ello se suma, en otros casos, la conciencia, ya sea de los propios profesionales de la salud, o de las estructuras políticas, de que -ante la creciente complejidad de los sistemas de salud y las restricciones financieras de la última década que han afectado seriamente la infraestructura de atención a la salud de muchos países-, es necesario contar con mecanismos que permitan garantizar a los pacientes y a sus familias una atención adecuada, y, por ende, que los recursos así invertidos puedan considerarse en realidad como inversión y no como gasto o, incluso, como desperdicio (10, 11).

No resulta difícil pensar que en esta situación también ha influido la necesidad gubernamental de recuperar una legitimidad puesta en riesgo por las crisis económicas y los consecutivos recortes presupuestales que ha sufrido el sector social de muchos países (10, 12).

Se enfatiza la necesidad de garantizar a los pacientes y sus familiares que la atención que reciben es la que merecen como seres humanos, sea cual sea la estrategia y herramientas específicas utilizadas para ello (11, 12).

Si bien la relación entre beneficios y riesgos considera a la satisfacción, también se considera el resultado de esa acción sobre ese atributo individual que es la salud y que en última instancia se expresa en ese balance entre beneficios y riesgos. En otras palabras, el paciente puede estar satisfecho con la atención recibida aún cuando no siempre

podrá juzgar la verdadera efectividad e incluso la ética del tratamiento al que fué sometido. Además, en esa ecuación de beneficios y riesgos, cabe la posibilidad de tener niveles negativos de calidad. Tal es el caso de los riesgos que superan a los beneficios o iatrogenia, de la que nuevamente, el paciente podría no estar completamente consciente e incluso manifestar satisfacción por el trato recibido (10, 11, 13).

Donabedian acuñó también el concepto de "epidemiología de la calidad" para referirse al hecho de que la calidad se distribuye de manera diferente entre cada uno de dos grupos poblacionales: los proveedores de la atención y los usuarios de los servicios. Señaló la dimensión técnica de la calidad que es mejor cuando: los profesionales que proporcionan la atención están mejor entrenados, más especializados, tienen más experiencia en el ejercicio profesional sin ser demasiado viejos, trabajan en hospitales de enseñanza o proporcionan los servicios en asociación con otros colegas. En cuanto a la distribución de la calidad entre el grupo poblacional de los usuarios de los servicios, no encontró correlación con edad, sexo, ocupación o grupo étnico de los pacientes, pero sí con la situación económica de los mismos. En este último caso, la calidad de la atención es generalmente más deficiente entre los más pobres (10, 13).

Es posible señalar ahora que existe una relación entre la cantidad y la calidad de los servicios proporcionados. En efecto, si la cantidad de servicios proporcionados es insuficiente, los beneficios esperados tienden a disminuir. Por el contrario, una excesiva cantidad de servicios puede

conducir a un incremento en los riesgos a los que se expone el paciente. Esta relación entre cantidad y calidad también implica necesariamente una relación entre costos y calidad. El propio Donabedian ha analizado esta relación. Cuando la atención es excesiva y dañina, es más costosa y de menor calidad; cuando la atención es excesiva pero no produce daños es también más costosa pero ese costo no corresponde a los beneficios esperados, y ello significa desperdicio. Existe, pues, una relación beneficios-riesgos-costos en la que el hipotético valor neto de la calidad podría calcularse al restar a los beneficios la suma de los riesgos más los costos. A esta relación en la que se incluyen los costos, Donabedian la denominó el "modelo unificado de la calidad" (10, 11, 13).

Tanto Neuhauser como Becker han demostrado, en el primer caso, que los hospitales más eficientes mostraron mejor calidad; y en segundo, los autores señalan que los resultados "sugieren que pobre calidad y menor eficiente utilización de recursos van de la mano". Ello significa que la reducción de costos no afecta necesariamente la calidad en todos sus aspectos. Pero ello significa también que para que esto suceda, la organización debe ser eficiente para aprovechar los recursos de la mejor manera posible. La eficiencia y la calidad son, pues, dos componentes indisolubles de la atención a la salud (9, 11, 13).

Los servicios de salud y la práctica médica han contado por décadas con la confianza acrítica de la sociedad. Este escenario se ha ido transformando en la medida que la población y los decisores de política

pública adquieren conciencia de una variada gama de problemas que afecta la prestación de servicios de salud (14).

En las últimas décadas los decisores de política de salud han centrado su preocupación en el incremento acelerado de los costos, en la calidad de la atención y en el acceso equitativo a ella. Estos tres tópicos de política de salud están íntimamente relacionados (14).

Donabedian y Brooks, han ido incorporando propuestas de costo-efectividad donde es posible relacionar dos de los tópicos de política pública más importantes. Wyszewianski y Donabedian avanzan más al incluir la equidad en la fórmula evaluativa y de este modo integran costo, calidad y equidad como foco de preocupación (2, 13, 14).

La cuestión que preocupa es la asociación entre el incremento del costo, atribuible en parte importante a cambios tecnológicos y los resultados en calidad (14).

Existen numerosos puntos de intersección entre tecnología y calidad. Acaso la distinción más importante deba hacerse entre la calidad y la tecnología, por una parte, y la contribución que la tecnología hace a la calidad de la prestación de servicios, por la otra (12, 14).

En términos generales, la calidad de la tecnología es un componente de la oferta. En efecto, esta última se define tanto por su cantidad como

por su calidad. En cambio, la contribución de la tecnología a la calidad de los servicios tiene que ver con la utilización y los efectos de dicha tecnología (13, 14).

Un paso temerario sería abordar la tarea de evaluar la tecnología y la calidad de la atención sobre una base poblacional a fin de lograr integrar estos enfoques en modelos más amplios que admitieran la inclusión de variables de estilo de vida, sistemas culturales y desarrollo. Muy probablemente revelarían que la calidad de la tecnología depende de la calidad de los servicios, tanto como esta depende de la primera, pues, a fin de cuentas, lo que une a ambas es su contribución no solo a la sobrevivencia en sí, sino fundamentalmente a la calidad de vida (14).

A pesar de que la calidad de la atención médica ha sido un problema que causa gran preocupación en los niveles de la medicina institucional y privada, no han existido programas oficiales de aplicación general y en forma permanente para garantizarla. Sin embargo, al revisar y analizar los esfuerzos independientes que se han llevado a cabo en las diferentes instituciones del Sector Salud, se encuentra un número importante de trabajos y publicaciones que enfocan aspectos muy variados en relación con este tema (15).

La calidad en la prestación de servicios en unidades médicas, puede enfocarse desde distintos puntos de vista en función de expectativas



diferentes en cuanto a su otorgamiento por la institución y sus trabajadores, y su recepción por parte del paciente que la requiere.

**Expectativa de la institución.-** La institución o unidad médica que otorga la atención, pretende que esta sea proporcionada por los trabajadores a los pacientes con oportunidad, calidad en la aplicación de normas y programas que la propia institución emite, dentro de los rangos de productividad esperados, acorde con el presupuesto de costos calculados, con abatimiento de la mortalidad, y con ausencia de quejas.

**Expectativas del trabajador.-** El trabajador espera dar atención a los pacientes contando con: instalaciones, equipo e instrumental apropiados; coordinación y apoyo de las diferentes áreas que participan en la atención al paciente; reconocimiento de sus superiores y compañeros por las actividades realizadas y remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

**Expectativas del paciente.-** Los pacientes que tienen accesos a las instituciones del Sector Salud esperan contar con servicios médicos accesibles, tanto en función de distancia y transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos; con atención, cortesía y oportunidad; con un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo; con información suficiente por parte del personal administrativo, médico y de enfermería; con recursos necesarios para

satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipo, instrumental de consumo suficiente, disponible, adecuado, funcionando correctamente y en buen estado de conservación.

También esperan contar con personal médico, paramédico y administrativo suficiente en cantidad y capacidad profesional y técnica para el tipo y el nivel de atención que se otorga; con una realización óptima del proceso de la atención, en cuanto a valoración integral, determinación de un programa de estudio y tratamiento congruentes con el problema de salud de que se trate, establecimiento oportuno del diagnóstico y proposición de un pronóstico probable; y con resultados satisfactorios de la atención en cuanto a la solución del problema que motivó el ingreso, en cuanto a diagnóstico, tratamiento o paliación, egreso oportuno y ausencia de complicaciones como consecuencia de la atención (15, 16).

No es factible esperar que se otorgue una atención de calidad cuando no se dispone de los recursos suficientes que permitan satisfacer las necesidades de la población demandante, tanto como cuando dicha atención se otorga por personal que no está satisfecho en el desempeño de sus labores (16).

A través de diferentes mecanismo de evaluación se ha hecho énfasis en establecer juicios de valor relacionados con la eficacia en el funcionamiento de las instituciones de salud, con base en la consecución

de objetivos, logros de metas y administración racional de los recursos asignados (17, 18).

Debe lograrse un balance óptimo entre la calidad de la atención por una parte y la eficiencia en la prestación de los servicios por otra, partiendo de la base del derecho a la salud de nuestros pacientes y la disponibilidad limitada de recursos del país (17, 18, 19).

En los últimos años se empezó a tener en cuenta la satisfacción del derechohabiente por los servicios recibidos, mismas que no estaba exclusivamente en función de la calidad y resultados del acto médico sino de aspectos relacionados con el trato humanitario, la oportunidad, la relación médico-paciente, la información, etc. A través de las encuestas realizadas han quedado patentes grados variables de insatisfacción por la atención recibida en relación con los aspectos antes mencionados; estas situaciones deberán llevarnos a realizar medidas preventivas y correctivas tendientes a lograr que una atención de óptima calidad no quede desvirtuada por aspectos mucho más sencillos de lograr con una buena disposición del personal y organización de los servicios (17, 19).

La satisfacción del trabajador en el desempeño de sus labores ha sido considerada recientemente como un factor determinante en la calidad de la atención, en virtud de que no es factible conseguir que una persona realice un trabajo con calidad y eficiencia si no se encuentra satisfecha durante el desempeño y con los resultados del mismo. En la actualidad

existen factores difíciles de modificar en función de la actual crisis económica, como son el nivel salarial y la adecuación física y arquitectónica de las unidades donde se prestan los servicios médicos, causando insatisfacción en el trabajador; sin embargo, existen situaciones que pueden mejorar la satisfacción laboral, como son una mayor participación en la organización del trabajo, expectativas de superación para el trabajador que actúa con eficiencia y calidad y especialmente un trato adecuado y reconocimiento por el jefe inmediato superior, cuando los resultados obtenidos en el desempeño de sus funciones hubieran sido los esperados o mejores (18).

La evaluación sistemática de la satisfacción de derechohabientes y trabajadores, nos aporta un elemento de juicio excelente para redundar en la calidad y eficiencia de la actividad médica y en la prevención de conflictos laborales (19).

En México, desde 1984, con la introducción del concepto de garantía de calidad se habrá un nuevo horizonte para mejorarla continuamente. Su operacionalización ha ido más allá que la simple evaluación y se ha enfocado a proveer de herramientas prácticas a los proveedores de los servicios para que estos sepan que deben hacer cada día para lograr la garantía deseada (20).

Con ese propósito se desarrollan estrategias para su implantación y desarrollo; baste mencionar como ejemplos el primer programa de

garantía de calidad en América Latina en el Instituto Nacional de Perinatología, de la Secretaría de Salud de México; la implantación de un programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención; y la creación de la primera Unidad de Estudios sobre Calidad de la Atención a la Salud, en el Instituto Nacional de Salud Pública (20).

Para lograr esta garantía se requiere operacionalizar los componentes comprendidos en su definición: monitoría, evaluación, diseño, desarrollo y cambio organizacionales. Debe efectuarse un seguimiento casi permanente de los procesos de atención (monitoría) y comparar los resultados alcanzados contra los programas (evaluación) para que, de esa forma, se pueda establecer la medida correctiva óptima para alcanzar calidad en las metas establecidas. Para que esta medida correctiva realmente se cumpla debe existir una clara definición de autoridad, responsabilidad, comunicación e información (diseño organizacional); sin embargo, la concientización de la importancia del trabajo de cada individuo y del equipo, así como la superación profesional de sus miembros juegan un papel fundamental para lograr el aseguramiento de la calidad (desarrollo organizacional), que sin actitud de cambio pueden hacer fracasar el programa (20).

Para lograr el seguimiento la monitoría requiere del desarrollo de indicadores, que son variables susceptibles de ser observadas y medidas, y que cumplen con los requisitos de validez, objetividad, sensibilidad y especificidad. El valor asignado por los expertos a cada indicador

corresponde a su estándar. Una vez definidos los estándares, se comparan con los resultados de seguimiento de los indicadores para lograr la evaluación. Los indicadores pueden ser de estructura, proceso y resultado, según se refieren a: actividades que se llevan a cabo por y entre proveedores de salud y pacientes; y los cambios en el estado actual y futuro de la salud del paciente, respectivamente (20).

En el México moderno, el cumplimiento del artículo 4° constitucional, que salvaguarda el derecho de protección de la salud para toda la población, implica adoptar la estrategia de la atención primaria para lograr una cobertura total. Sin embargo, esto no implica descuidar el segundo y tercer niveles, que deben apoyar, respaldar y completar la atención de primer nivel. Mediante adecuados procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes, la atención hospitalaria cumple con su papel de complemento de la atención ambulatoria y facilita la integración de un verdadero Sistema Nacional de Salud (21, 22).

Pero nada de lo anterior hará olvidar el objetivo de todo el sistema: el enfermo. Sus preocupaciones, sus inquietudes y su satisfacción con la verdadera calidad técnica del servicio hospitalario otorgado, le dan sentido al espíritu del derecho constitucional de protección a la salud para todos los mexicanos (21, 22, 23).

El interés en el área de infecciones nosocomiales ha fluctuado ampliamente desde su origen formal a mediados del siglo pasado, cuando

el obstetra húngaro Ignasz Philipp Semmelweis demostró que la atención médica era la causa de la elevada tasa de fiebre puerperal en las parturientas y que se podía evitar si los estudiantes y médicos se aseaban las manos con solución de agua con cloro, antes de tener contacto con las pacientes. El éxito del experimento, que significaba una importantísima mejoría para la atención de las parturientas y de todos los pacientes en general fué obscurecido por la actitud engreída de una comunidad médica autoritaria. Para estos hombres, su imagen de infalibles era mas importante que las vidas tempranamente cegadas de las desafortunadas mujeres que se atendían en las maternidades de toda Europa (24).

Si no se atiende óptimamente a un paciente hospitalizado, las posibilidades de complicaciones son muy altas. Los datos referidos previamente así lo demuestran y solo son una parte del problema, puesto que no solamente infecciones se adquieren en el hospital; padecimientos como insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia renal, fracturas, tromboembolia pulmonar, son otras posibles complicaciones que ocurren cotidianamente y que, en número significativo, serían prevenidas, y si no se utiliza más eficientemente lo que existe es imposible que esta situación pueda ser superada (24, 25).

Esta situación podrá ser todavía más grave en un futuro inmediato si persiste el déficit presupuestal, que ocasiona en último término, una mala atención médica. En nuestro medio no hay evaluaciones de la calidad de la atención y menos de las consecuencias de esto. Es muy frecuente que

los pacientes sean mal valorados clínicamente, que no se les practiquen los estudios apropiados y que no reciban el manejo correcto. Es claro que reforzar el nivel de atención primaria permitirá un mejor funcionamiento en otros niveles, pero también es imprescindible mejorar muy substancialmente la capacidad operativa de hospitales de segundo y tercer nivel, en donde cotidianamente la iatrogenia es más frecuente y, aparte del sufrimiento, tiene un costo económico muy alto que puede ser evitado. Permitir una mala calidad de atención médica no es en último término ahorro, sino negligencia, muy costosa desde cualquier perspectiva (24, 26).

Para la evaluación de la calidad del proceso de atención médica hospitalaria se han considerado indicadores valiosos: la identificación de las causas de hospitalización, su justificación, el tratamiento otorgado durante la misma, las complicaciones ocurridas y las condiciones de egreso (27).

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social el concepto de calidad inicia y termina en la satisfacción del usuario, que comprende a su vez la interrelación de elementos previos para lograr con ello los siguientes objetivos: mejoría continua, liderazgo y desarrollo de programas de capacitación, teniendo la calidad una dimensión dirigida al cambio y con una estructura que parte con una orientación al usuario, y del cumplimiento del liderazgo así como del trabajo en equipos explicando de manera precisa el modelo de atención a la salud (28, 29).



La población médica estudiada refiere tener planteamientos formales en lo que respecta a áreas académicas de su formación para las labores que desempeña (28, 29, 30).

En el renglón de formación, capacitación y desarrollo en el trabajo en equipo, es necesario valorar los aspectos de enseñanza por áreas para que se lleven a cabo cursos con carácter teórico-práctico, para un mejor desempeño en el manejo de sus pacientes y obtener como resultante el otorgar atención sin diferimientos dentro de un programa de calidad permanente (31).

Cabe señalar que un punto importante es la educación para la salud que se debe proporcionar a los pacientes, en lo que concierne a sus derechos y obligaciones para seguir conservando estos indicadores de calidad, mejorando el nivel de calidad en la labor institucional (28, 31).

Uno de los problemas identificados y de mayor importancia es la carencia de una conciencia y preocupación por la calidad a nivel de los servicios personales que prestan los profesionales de la salud que laboran en esta institución. En otros términos, la información revela la carencia de lo que podría llamarse "cultura de la calidad", donde más que definir y delimitar la existencia de esta, podría identificarse por patrones de actitudes y comportamientos en los prestadores de servicios de salud orientados a justificarse con procesos de atención y no obtener beneficios tangibles en la salud de los pacientes (32).

En la relación médico-paciente, tanto uno como el otro, esperan una relación respetable, clara, cordial y con un intercambio suficiente de información. Los problemas se inician por diferencias culturales que provocan una falta de entendimiento (33).

En una encuesta realizada en Suecia en 1991, los pacientes adultos dijeron que ellos desean que se les trate como adultos sensibles, con respeto, dignidad y como iguales, pues los médicos a veces los ven como inferiores. Les gustaría que respetaran su estilo de vida, pero sobre todo, que el médico aprenda a escuchar y les permita hablar sin interrumpirlos, y que el nombre del paciente sea escrito con letras grandes en sus camas para personalizarlos y no ser tratados como números o por la enfermedad que padecen (34).

Quizá lo más importante se refiere a las emociones de angustia, duda, depresión, miedo y la necesidad de comprensión, apoyo, simpatía y solidaridad por parte de los médicos, enfermeras y resto del personal. Probablemente ayudaría capacitar a los familiares para prestar este tipo de apoyo (33).

El hecho de conocer los deseos del paciente no quiere decir que se le cumplan, pero es una guía para educar al personal y organizar los servicios para una mejor aceptación social (33, 34).

La garantía de la calidad debe convertirse en una parte conocida aceptable, incluso necesaria, de la vida profesional. Los medios para llevar a cabo esto incluyen:

1. Educación profesional.
2. Refuerzo de la participación personal a través de la educación y capacitación, y durante la vida profesional, y
3. El apoyo institucional y político.

Por último, dice Donabedian: permítaseme expresar una convicción que cada día se arraiga más y más en mí, en la medida en que sigo profundizando en esta materia. La presento como un epílogo a esta exposición, aunque quizá debería ser su coronamiento: "La búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional. Con ella, todo esfuerzo razonable de monitoría de la calidad tendrá éxito. Sin ella, el más ingenioso de los sistemas de monitoreo fracasará" (35, 36).

La calidad es responsabilidad primordial de aquellos que directamente producen el bien o el servicio, y son ellos quienes mejor conocen el proceso de producción; por lo tanto, son ellos también quienes pueden controlar ese proceso y corregirlo o mejorarlo cuando así se requiere (37).

Los objetivos del sistema de evaluación médica comprenden las siguientes acciones:

1. Medir el grado de cumplimiento de los objetivos, tanto generales como específicos.
2. Advertir el grado de cumplimiento de las metas establecidas.
3. Verificar los programas y su grado de avance.
4. Conocer el cumplimiento en la aplicación de las normas institucionales.
5. Determinar un juicio sobre la calidad de la atención médica otorgada.
6. Percatarse de los controles instalados y recomendar, en su caso, los que sean necesarios en los hospitales.
7. Medir el grado de apoyo y funcionamiento de los comités médicos-técnico-administrativo.
8. Conocer el grado de satisfacción del derechohabiente.
9. Evaluar el grado de satisfacción del trabajador en el desempeño de sus labores.
10. Precisar los obstáculos y las deficiencias encontradas y determinar sus causas.
11. Promover y apoyar los logros y avances obtenidos en las unidades.
12. Estar al tanto de la morbilidad y la letalidad que se registran en los hospitales.

13. Determinar los ajustes necesarios y proponer las alternativas de solución a las autoridades correspondientes.

A través de la evaluación médica se podrá:

- Lograr el registro de los errores cometidos con vistas a su corrección.
- Mejorar la interrelación entre los diferentes servicios, y de esta forma perfeccionar la organización hospitalaria.
- Lograr que el Cuerpo Médico de las Unidades conozca en su conjunto los resultados obtenidos.
- Lograr que la evaluación en sí misma, se considere como parte de la educación médica continua.
- Lograr que la dotación de recursos de diversa naturaleza sea congruente con las necesidades de la atención.
- Definir mejor la eficiencia con que se distribuyen y comparten los recursos asignados para la salud en relación con la población que es atendida.

En relación con la evaluación de la calidad de la atención, se incluyen los siguientes aspectos:

- **Presentación, accesibilidad, funcionamiento, orden y aseo de las instalaciones.**
- **Recursos humanos en cuanto a suficiencia, presentación, capacitación y cortesía con que se otorgan el servicio.**
- **Disponibilidad de materiales de consumo necesarios para otorgar la atención, en cuanto a oportunidad, suficiencia y calidad.**
- **Organización para la prestación de los servicios, manifestada a través del conocimiento preciso del diagnóstico situacional del área evaluada; establecimiento del programa de trabajo y de manuales de organización y procedimientos congruentes con el diagnóstico situacional previo; detección de problemas para otorgar la atención y seguimiento en su proceso de solución.**
- **El proceso de la atención, conforme a las normas de calidad establecidas y los resultados en cuanto al logro del objetivo propuesto.**

El objetivo puede ser: establecer un diagnóstico, determinar un tratamiento o curar un padecimiento, mitigar un dolor, evitar complicaciones o secuelas; o bien, lograr el nacimiento de un niño sano,

sin complicaciones para la madre, todo esto dentro del marco de una atención oportuna, eficiente, con óptima calidad y con un amplio sentido social y humanitario.

- Las relaciones humanas en el otorgamiento de la atención son de primordial importancia.

A través de todo el proceso de evaluación, podemos determinar la magnitud con la cual se logran las expectativas del instituto; sin embargo, como ya se indicó, no son las únicas que nos interesa conocer en su logro; también deseamos saber, si quedaron satisfechas las expectativas del derechohabiente por el servicio recibido y del trabajador en el desempeño de sus funciones (38, 39).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Se ha observado que un número considerable de pacientes del área de hospitalización egresan de la unidad con un diagnóstico diferente al de su ingreso; así mismo, existe el fenómeno de ingreso a un servicio y egreso de otro distinto. Lo anterior se ve reflejado en las formas de egreso hospitalario (formas SM1-5), así como en los expedientes clínicos correspondientes. ¿Cuál es el número real de pacientes que tienen diferente diagnóstico y servicio de ingreso con respecto al de egreso en el área de hospitalización en la Clínica-Hospital ISSSTE de Orizaba, Ver.?



## JUSTIFICACION

Un número considerable de pacientes del área de hospitalización egresan de la unidad con un diagnóstico diferente al de su ingreso, o bien, ingresan a un servicio y egresan de otro distinto, esto ha motivado el pensamiento de que existe una discrepancia en la valoración inicial de los pacientes, tanto por el médico de urgencias como por los especialistas en las valoraciones hospitalarias subsecuentes, repercutiendo en la calidad de la atención a los mismos, retardando su período de recuperación, prolongando su estancia hospitalaria y produciendo un aumento en el costo de los servicios de hospitalización.

Por lo anterior, considero conveniente efectuar el estudio de éste fenómeno para poder detectar cuál es el servicio más afectado e incidir sobre el mismo por medio del apoyo de las autoridades de la unidad y el departamento de enseñanza, mediante programas de capacitación específicos para mejorar la atención médica, y en consecuencia, abatir el costo de hospitalización al condicionar un menor tiempo de estancia hospitalaria y el uso racional y bien dirigido de los estudios paraclínicos, destinando los recursos a otras áreas que sí lo requieran. Aunado a lo anterior, en nuestra unidad no se cuenta con antecedentes de éste tipo de estudio, por lo cual se consideró el hecho de que sus hallazgos serán importantes y en beneficio de la población derechohabiente al proporcionarle una elevada calidad en su atención médica; al Instituto, al

disminuir sus períodos de recuperación y por ende, estancia hospitalaria, y al personal médico, al concientizarlo sobre los errores existentes en la atención médica.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el número de pacientes que tienen diferente diagnóstico y servicio de ingreso-egreso del área de hospitalización de la clínica Hospital 300-400 del ISSSTE de Orizaba, Ver.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1.- Determinar el número de pacientes que ingresan y egresan de hospitalización con diferente diagnóstico por un mala valoración inicial de su cuadro clínico tanto por el médico de urgencias como por el especialista.
- 2.- Determinar el número de pacientes que ingresan y egresan de distinto servicio hospitalario por la mala canalización a su ingreso.
- 3.- Determinar los días de estancia hospitalaria de los pacientes con falla diagnóstica.

- 4.- Analizar las repercusiones que dichas falles condicionan en el gasto de hospitalización: costo/paciente/día.
- 5.- Determinar la categoría institucional del médico con mayor incidencia de pacientes que ingresan y egresan de distinto servicio hospitalario y/o con diferente diagnóstico por mala valoración o canalización a su ingreso.

## **METODOLOGIA**

### **TIPO DE ESTUDIO**

**Se realizó un estudio socio-médico, retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo.**

## **POBLACION, LUGAR Y TIEMPO**

Este estudio se realizó mediante la revisión de las formas SM1-5 de egreso hospitalario, y las formas SM1-28 y SM1-3, nota de urgencia y nota de evolución, respectivamente, de todos los expedientes clínicos de hospitalización, correspondientes al período del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1993 y del 1° de Enero al 31 de Diciembre de 1994, en la Clínica Hospital 300-400 del ISSSTE de Orizaba, Ver. Este estudio se realizó del 1° de Abril al 30 de Septiembre de 1995.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA**

No aleatoria, abarcando todos los ingresos y egresos hospitalarios de los años 1993 y 1994.

## **CRITERIOS DE SELECCION**

### **CRITERIOS DE INCLUSION**

Se incluyeron a los pacientes hospitalizados que ingresaron con un diagnóstico y egresaron con otro distinto, sin relación consecuente de los mismos y/o que hayan ingresado a un servicio y egresado de otro por inadecuada canalización médica, sin importar sexo ni edad, habiéndose analizado su estancia hospitalaria.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Se excluyeron a pacientes de cirugía programada de tipo ambulatorio, de cirugía general, como hemioplastías, prostatectomías, colecistectomías y las ginecológicas programadas: hysterectomías, colpoperineoplastías y oclusión tubaria bilateral.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION**

Se eliminaron los egresos hospitalarios con datos incompletos.

## **VARIABLES DE MEDICION**

**Las variables y parámetros de medición empleados fueron:**

- 1. Sexo:** variable cualitativa.
- 2. Edad:** variable cuantitativa.
- 3. Servicio:** Variable cualitativa.
- 4. Diagnóstico:** variable cualitativa.
- 5. Dias de estancia hospitalaria:** variable cuantitativa.
- 6. Médico que ingresa y egresa:** variable cualitativa.



## **METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION**

Inicialmente se acudió al archivo de la unidad para la búsqueda de las formas SM1-5 de egreso hospitalario, SM1-28: nota de urgencias, y SM1-3 nota de evolución, correspondientes a los años de 1993 y 1994, y los expedientes de los pacientes hospitalizados que ingresaron y egresaron con diagnósticos diferentes o que hubiesen ingresado/egresado de diferente servicio debido a un inadecuado diagnóstico y/o canalización médica, determinándose error diagnóstico en base a las notas médicas que lo señalan o lo sugieren y captándose los datos en un formato especialmente diseñado para tal fin (Anexo 1), y posteriormente, se realiza un concentrado de datos obtenidos analizándose en forma individual, y empleando el método estadístico descriptivo.

## **CONSIDERACIONES ETICAS**

**Ninguna, ya que no existen riesgos en este estudio.**

**La información y los resultados obtenidos en este estudio son considerados confidenciales.**

## DESCRIPCION DE RESULTADOS

Se observó que la mayor incidencia de pacientes ingresados a hospitalización en los dos años de la investigación, fué del sexo femenino con un porcentaje de 61.26 y 57.89%, respectivamente, predominando en el mes de marzo de 1993 y en el mes de diciembre de 1994, habiendo un total de 142 ingresos con falla diagnóstica en el primer año, y de éstos, fueron 55 masculinos y 87 femeninos, y en el segundo año, hubo un total de 114 ingreso, de los cuales fueron 48 masculinos y 66 femeninos.

Se observó que el servicio con mayor incidencia de falla diagnóstica fué el de Medicina Interna en ambos años (50.70 y 54.38% respectivamente), y en segundo lugar fué Pediatría (23.94%) en 1993, y Cirugía (19.29%) en 1994.

Con respecto a los días de estancia hospitalaria, esta varió desde 0 días hasta más de 21 días, observándose que en 1993, el mayor índice de ingresos solo duró un día de estancia hospitalaria (30.28%), y en 1994 el mayor índice de ingresos fué de dos días de estancia (21.05%) encontrando que en ambos años hubo ingresos con 0 días de estancia hospitalaria (8.45 y 4.38%), ya que egresaron el mismo día de su ingreso por no ameritar más tiempo de hospitalización.

Con respecto a la edad de los pacientes, se consideraron los grupos etarios establecidos por el instituto, y que abarca desde 0 días de vida

hasta los 65 años y más, encontrándose mayor incidencia en el sexo femenino con el grupo etario predominante de 20 a 44 años.

Con respecto a costo cama/paciente/día, este no se ha incrementado desde 1993, siendo el mismo costo vigente hasta la fecha actual, y que es de \$300.00 pesos.

Con respecto a la morbilidad, se encontró disparidad en las cifras totales de los diagnósticos de ingreso/egreso, predominando las Gastroenteritis en 1993, con un porcentaje de ingreso de 11.97% y de egreso de 14.78%, y en segundo lugar como diagnóstico de ingreso se encontró las Infecciones de Vías Respiratorias (9.85%) pero de egreso fueron las infecciones de vías urinarias (9.15%) encontrándose la misma disparidad en 1994, predominando las Infecciones de Vías respiratorias, con un porcentaje de ingreso de 14.91% y de egreso de 15.78%, ocupando el segundo lugar la Diabetes Mellitus, con un porcentaje de ingreso de 12.28% y de egreso el segundo lugar lo ocuparon las Infecciones de vías Urinarias (14.03%).

Respecto al nivel médico con mayor incidencia de falla diagnóstica, se observó que el médico general fué el que ocupó el primer lugar (83.80 y 90.35 %), en segundo lugar se encontró el médico especialista (11.97 y 6.14%), y el que menor incidencia de falla diagnóstica tuvo fué el médico familiar (4.22 y 3.50%).

Referente a la especialidad con mayor incidencia de falla diagnóstica, se observó que en 1993 fué Medicina Interna (35.29%), y en segundo lugar fué Pediatría (29.41%), no así en 1994, en que se observó disminución en la incidencia de falla diagnóstica encontrándose con igual porcentaje las especialidades de Cirugía y Medicina Interna (28.57%).

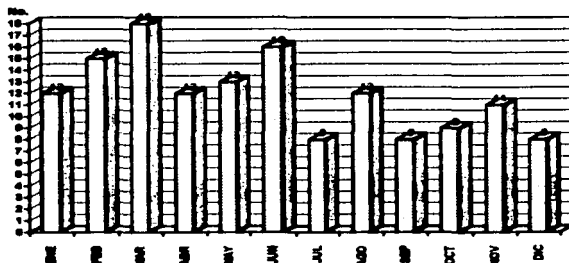
**TABLA I: RELACION DE INGRESOS HOSPITALARIOS CON ERROR DIAGNOSTICO .**

<b>AÑO</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>
<b>ENERO</b>	12	6
<b>FEBRERO</b>	15	6
<b>MARZO</b>	18	12
<b>ABRIL</b>	12	9
<b>MAYO</b>	13	8
<b>JUNIO</b>	16	9
<b>JULIO</b>	8	8
<b>AGOSTO</b>	12	10
<b>SEPTIEMBRE</b>	8	8
<b>OCTUBRE</b>	9	11
<b>NOVIEMBRE</b>	11	8
<b>DICIEMBRE</b>	8	16
<b>TOTAL:</b>	<b>142</b>	<b>114</b>

<b>TOTALES</b>	<b>1993</b>	<b>%</b>	<b>1994</b>	<b>%</b>
<b>MASCULINO</b>	55	38.73	48	42.10
<b>FEMENINO</b>	87	61.26	66	57.89
	<b>142</b>		<b>114</b>	

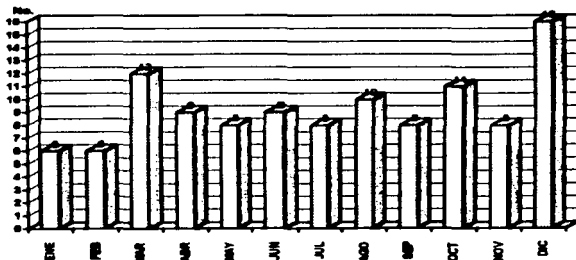
Fuente: SM1-3, SM1-5, SM1-28.

GRAFICO 1. RELACION DE INGRESOS HOSPITALARIOS CON ERROR DIAGNOSTICO EN 1983.



Fuente SM1-3, SM1-5, SM1-28

GRAFICO 2. RELACION DE INGRESOS HOSPITALARIOS CON ERROR DIAGNOSTICO EN 1984.



Fuente SM1-3, SM1-5, SM1-28

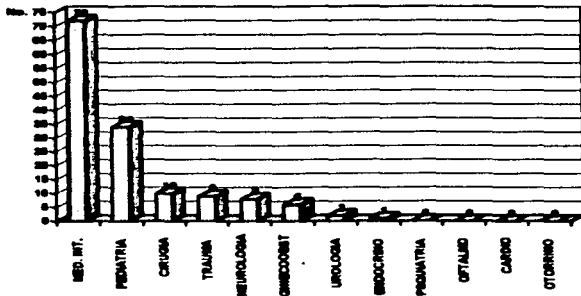
TABLA II: RELACION DE INGRESOS CON ERROR DIAGNOSTICO POR SERVICIO.

SERVICIO	1993		1994	
	INGRESO	%	INGRESO	%
MEDICINA INTERNA	72	50.70	62	54.38
PEDIATRIA	34	23.94	13	11.40
CIRUGIA	10	7.04	22	19.29
TRAUMATOLOGIA	8	6.33	2	1.75
NEUROLOGIA	8	5.63	4	3.50
GINECO-OBSTETRICIA	6	4.22	8	7.01
UROLOGIA	2	1.40	1	0.87
ENDOCRINOLOGIA	1	0.70	0	0.00
PSQUIATRIA	0	0.00	0	0.00
OFTALMOLOGIA	0	0.00	1	0.87
CARDIOLOGIA	0	0.00	1	0.87
OTORRINOLARINGOLOGIA	0	0.00	0	0.00
<b>TOTAL:</b>	<b>142</b>		<b>114</b>	

Fuente: SM1-3, SM1-5, SM1-26.

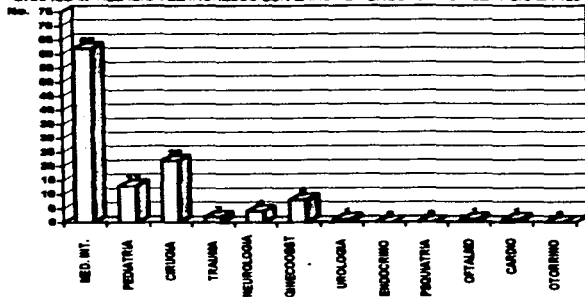


GRAFICO 3. RELACION DE INGRESOS CON ERROR DIAGNOSTICO POR SERVICIO EN 1985



Fuente: SM1-3, SM1-5, SM1-28

GRAFICO 4. RELACION DE INGRESOS CON ERROR DIAGNOSTICO POR SERVICIO EN 1984



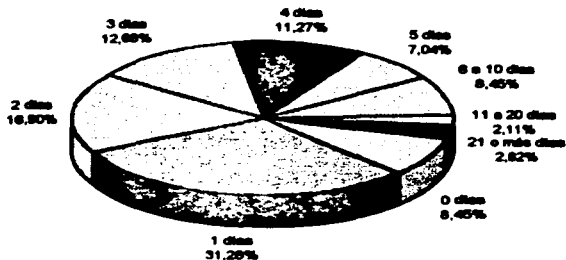
Fuente: SM1-3, SM1-5, SM1-28

**TABLA III: DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON ERROR DIAGNOSTICO.**

<b>DIAS</b>	<b>1993</b>	<b>%</b>	<b>1994</b>	<b>%</b>
<b>0</b>	<b>12</b>	<b>80.45</b>	<b>5</b>	<b>4.38</b>
<b>1</b>	<b>43</b>	<b>30.28</b>	<b>23</b>	<b>20.17</b>
<b>2</b>	<b>24</b>	<b>16.90</b>	<b>24</b>	<b>21.05</b>
<b>3</b>	<b>18</b>	<b>12.67</b>	<b>23</b>	<b>20.17</b>
<b>4</b>	<b>16</b>	<b>11.26</b>	<b>13</b>	<b>11.40</b>
<b>5</b>	<b>10</b>	<b>7.04</b>	<b>6</b>	<b>5.26</b>
<b>6-10</b>	<b>12</b>	<b>8.45</b>	<b>11</b>	<b>9.64</b>
<b>11-20</b>	<b>3</b>	<b>2.11</b>	<b>7</b>	<b>6.14</b>
<b>21 o más</b>	<b>4</b>	<b>2.81</b>	<b>2</b>	<b>1.75</b>
<b>TOTAL</b>	<b>142</b>		<b>114</b>	

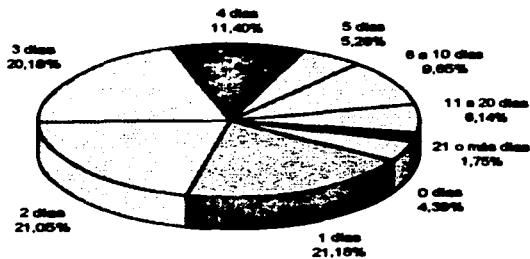
Fuente: SM1-3, SM1-5, SM1-26.

GRAFICO 5. DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON ERROR DIAGNOSTICO EN 1983.



Fuente: SM1-3, SM1-5, SM1-28

GRAFICO 6. DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES CON ERROR DIAGNOSTICO EN 1984.



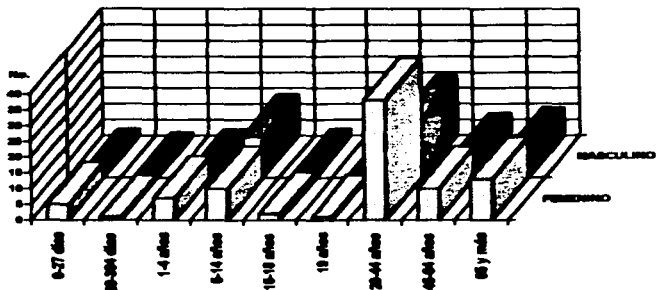
Fuente: SM1-3, SM1-5, SM1-28

**TABLA IV: INGRESOS HOSPITALARIOS CON ERROR DIAGNÓSTICO POR GRUPOS ETARIOS.**

<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>
<b>0-27 DÍAS</b>	Fem.	5	0
	Masc.	2	1
<b>28-364 días</b>	Fem.	1	0
	Masc.	1	2
<b>1-4 años</b>	Fem.	7	3
	Mas.	2	1
<b>5-14 años</b>	Fem.	10	5
	Masc.	13	3
<b>15-18 años</b>	Fem.	2	3
	Masc.	2	5
<b>19 años</b>	Fem.	1	0
	Masc.	0	0
<b>20-44 años</b>	Fem.	38	32
	Masc.	19	8
<b>45-64 años</b>	Fem.	10	10
	Masc.	7	11
<b>65 y más</b>	Fem.	13	13
	Masc.	9	17
<b>Sub-total</b>	Fem.	87	66
	Masc.	55	48
	<b>TOTAL</b>	<b>142</b>	<b>114</b>

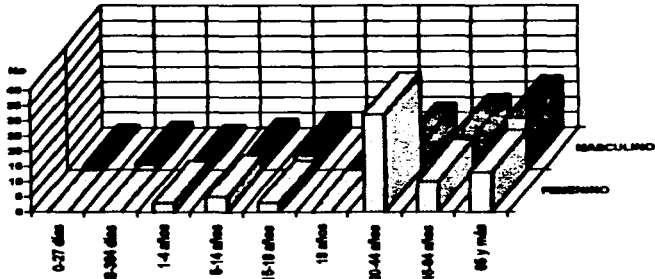
Fuente: SM1-3, SM1-5, SM1-28.

GRAFICO 7. INGRESOS HOSPITALARIOS CON ERROR DIAGNOSTICO POR GRUPOS ETARIOS EN 1983



Fuente: SM1-3, SM1-6, SM1-26

GRAFICO 8. INGRESOS HOSPITALARIOS CON ERROR DIAGNOSTICO POR GRUPOS ETARIOS EN 1984.



Fuente: SM1-3, SM1-6, SM1-26

**TABLA V: COSTO CAMA/PACIENTE/DIA GENERAL.**

<b>AÑO</b>	<b>COSTO</b>
<b>1993</b>	<b>\$300.00</b>
<b>1994</b>	<b>\$300.00</b>

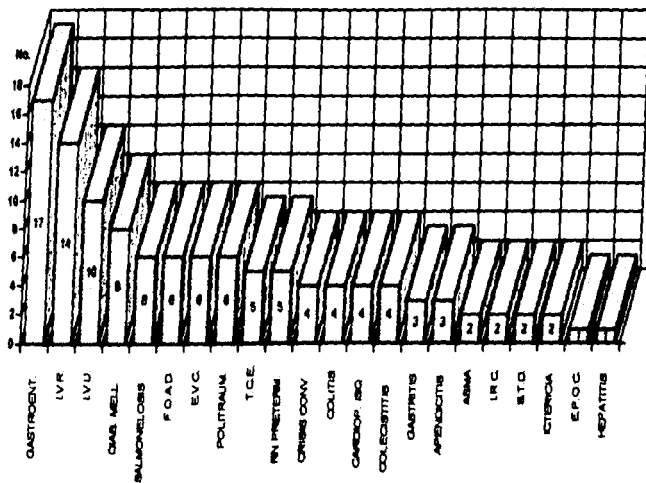
Fuente: Departamento de Vigilancia de Derechos de la Clínica Hospital 300400 de ISSSTE de Orizaba, Ver.

**TABLA VI: CAUSAS PRINCIPALES DE INGRESO CON ERROR DIAGNOSTICO EN 1993.**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>Casos</b>	<b>%</b>
<b>GASTROENTERITIS</b>	17	11.97
<b>INFECCION VIAS RESP.</b>	14	9.85
<b>INPEC. V. URINARIAS</b>	10	7.04
<b>DIABETES MELLITUS</b>	8	5.63
<b>SALMONELOSIS</b>	6	4.22
<b>FIEBRE DE O. A DET.</b>	6	4.22
<b>ENF. VASC. CEREBRAL</b>	6	4.22
<b>POLITRAUMATIZADO</b>	6	4.22
<b>T. CRANEOENCEFALICO</b>	5	3.52
<b>RM. PRETERMENO</b>	5	3.52
<b>CRISIS CONVULSIVAS</b>	4	2.81
<b>COLITIS</b>	4	2.81
<b>CARDIOPATIA ISQ.</b>	4	2.81
<b>COLECISTITIS</b>	4	2.81
<b>GASTRITIS</b>	3	2.11
<b>APENDICITIS</b>	3	2.11
<b>ASMA BRONQUIAL</b>	2	1.40
<b>INSUF. RENAL CRONICA</b>	2	1.40
<b>SANGRADO T. DIGESTIVO</b>	2	1.40
<b>ICTERICIA</b>	2	1.40
<b>E. PULMONAR O. CRONICA</b>	1	0.70
<b>HEPATITIS</b>	1	0.70

FUENTE: SM1-3, SM1-5, SM1-28.

GRÁFICO 8. CAUSAS PRINCIPALES DE INGRESO CON ERROR DIAGNÓSTICO EN 1983.



Fuente: SM-3, SM-5, SM-29

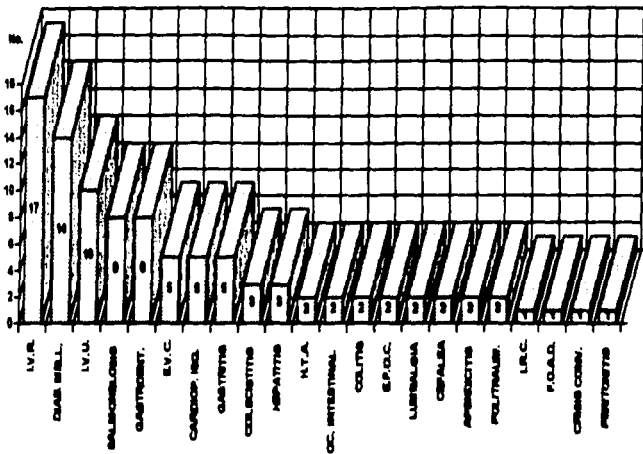


**TABLA VII: CAUSAS PRINCIPALES DE INGRESO CON ERROR DIAGNÓSTICO EN 1994.**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>INFEC. VIAS RESP.</b>	17	14.91
<b>DIABETES MELLITUS</b>	14	12.28
<b>INFEC. VIAS URINARIAS</b>	10	8.77
<b>SALMONELOSI</b>	8	7.01
<b>GASTROENTERITIS</b>	8	7.01
<b>ENF. VASC. CEREBRAL</b>	5	4.38
<b>CARDIOPATIA ISQ.</b>	5	4.38
<b>GASTRITIS</b>	5	4.38
<b>COLECISTITIS</b>	3	2.63
<b>HEPATITIS</b>	3	2.63
<b>HIPERTENSION ART.</b>	2	1.75
<b>OCLUSION INTESTINAL</b>	2	1.75
<b>COLITS</b>	2	1.75
<b>ENF. PULMONAR O. C.</b>	2	1.75
<b>LUMBALGIA</b>	2	1.75
<b>CEFALEA</b>	2	1.75
<b>APENDICITIS</b>	2	1.75
<b>POLITRAUMATIZADO</b>	2	1.75
<b>INSUF. RENAL CRONICA</b>	1	0.87
<b>PIEBRE DE O. A DET.</b>	1	0.87
<b>CRISIS CONVULSIVAS</b>	1	0.87
<b>PERITONITIS</b>	1	0.87

FUENTE: SM1-3, SM1-5, SM1-28.

GRÁFICO 16. CAUSAS PRINCIPALES DE INGRESO CON ERROR DIAGNÓSTICO EN 1984.



Fuente: SM1-3, SM1-5, SM1-9

**TABLA VIII: NIVEL MEDICO INSTITUCIONAL CON MAYOR INCIDENCIA DE ERROR DIAGNÓSTICO EN 1993.**

	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>MEDICO GENERAL</b>	119	83.80
<b>MEDICO FAMILIAR</b>	6	4.22
<b>MEDICO ESPECIALISTA</b>	17	11.97
<b>TOTAL:</b>	<b>142</b>	<b>100.00</b>

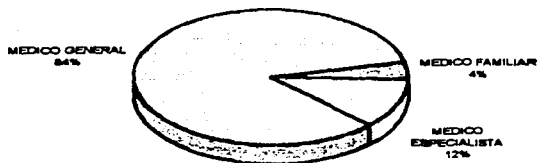
FUENTE: SM1-3, SM1-5, SM1-28.

**TABLA IX: NIVEL MEDICO INSTITUCIONAL CON MAYOR INCIDENCIA DE ERROR DIAGNOSTICO EN 1994.**

	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>MEDICO GENERAL</b>	103	90.35
<b>MEDICO FAMILIAR</b>	4	3.50
<b>MEDICO ESPECIALISTA</b>	7	6.14
<b>TOTAL:</b>	<b>114</b>	<b>100.00</b>

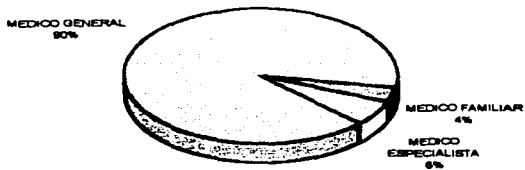
FUENTE: SM1-3, SM1-5, SM1-28.

**GRAFICO 11. NIVEL MEDICO INSTITUCIONAL CON MAYOR INCIDENCIA DE ERROR DIAGNOSTICO EN 1993.**



FUENTE: SM1-3, SM1-5, SM1-28

**GRAFICO 12. NIVEL MEDICO INSTITUCIONAL CON MAYOR INCIDENCIA DE ERROR DIAGNOSTICO EN 1994.**

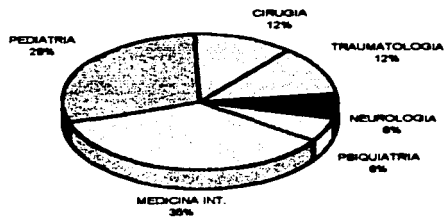


FUENTE: SM1-3, SM1-5, SM1-28

**TABLA X: ESPECIALIDAD CON MAYOR INCIDENCIA DE FALLA DIAGNOSTICA EN 1993.**

<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>MEDICINA INTERNA</b>	<b>6</b>	<b>35.29</b>
<b>PEDIATRIA</b>	<b>5</b>	<b>29.41</b>
<b>CIRUGIA</b>	<b>2</b>	<b>11.76</b>
<b>TRAUMATOLOGIA</b>	<b>2</b>	<b>11.76</b>
<b>NEUROLOGIA</b>	<b>1</b>	<b>5.88</b>
<b>PSIQUIATRIA</b>	<b>1</b>	<b>5.88</b>
<b>GINECO-OBSTETRICIA</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>17</b>	

FUENTE: SM1-3, SM1-5, SM1-28.

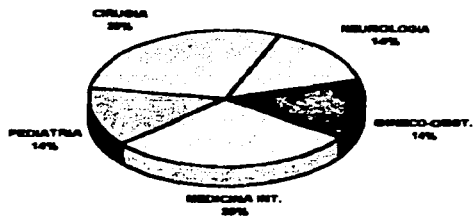
**GRAFICO 13. ESPECIALIDAD CON MAYOR INCIDENCIA DE FALLA DIAGNOSTICA EN**

FUENTE: SM1-3, SM1-5, SM1-28.

**TABLA XI: ESPECIALIDAD CON MAYOR INCIDENCIA DE FALLA DIAGNOSTICA EN 1984.**

<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
<b>MEDICINA INTERNA</b>	<b>2</b>	<b>28.57</b>
<b>PEDIATRIA</b>	<b>1</b>	<b>14.28</b>
<b>CIRUGIA</b>	<b>2</b>	<b>28.57</b>
<b>TRAUMATOLOGIA</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
<b>NEUROLOGIA</b>	<b>1</b>	<b>14.28</b>
<b>PSIQUIATRIA</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
<b>GINECO-OBSTETRICIA</b>	<b>1</b>	<b>14.28</b>
<b>TOTAL:</b>	<b>7</b>	

FUENTE: SM1-3, SM1-5, SM1-28.

**GRAFICO 14. ESPECIALIDAD CON MAYOR INCIDENCIA DE FALLA DIAGNOSTICA EN**

FUENTE: SM1-3, SM1-5, SM1-28



## **ANALISIS DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS**

Desafortunadamente no existen referencias bibliográficas específicas alusivas a las fallas diagnósticas en el área de hospitalización. Pero sí, indirectamente, se menciona en el rubro de calidad de atención (1, 4, 5, 9, 11, 12, 13).

Así podemos encontrar que al comparar nuestros resultados en relación a los puntos de estancia hospitalaria y su repercusión en el costo cama/paciente/día en los que observamos un promedio de un día de estancia hospitalaria con nula o mínima repercusión en los gastos hospitalarios, obtenemos una óptima calidad en la atención, si consideramos los parámetros empleados para la medición de la misma: mayor control del personal profesional, hospitalizaciones más cortas, resultados de la atención(4, 7, 8, 9, 13, 15).

Otro parámetro considerado es el nivel del médico que proporciona la atención, en nuestra Unidad observamos que el médico general, es el que mayor falla diagnóstica presenta, ya que se refiere que los médicos acreditados proveen una "calidad asistencial más alta" (17, 18, 19, 20, 23).

En lo que compete a los médicos especialistas, los resultados de nuestro estudio se encuentran acorde a la opinión de que la experiencia en el tratamiento de enfermedades específicas está asociada con "mejor atención" (29, 35, 36, 37, 38).

El conocer específicamente la morbilidad hospitalaria, gracias a estudios de investigación como el que nos compete, contribuirán a desarrollar ideas como la de Donabedian sobre una "epidemiología de calidad" (13, 27, 28).

## CONCLUSIONES:

Con la investigación realizada fué posible dar una respuesta a la pregunta planteada al inicio de la misma, al determinar que el número total de pacientes que son hospitalizados con diferente diagnóstico y/o servicio de ingreso/egreso es un porcentaje mínimo, tomándose en cuenta que el gran total de pacientes ingresados fué de 2208 en 1993 y de 2061 en 1994, pero que basándose en los criterios de selección nos dió un total de 142 y 114, y que corresponden al 6.4 y 5.5% respectivamente, observándose que la calidad de la atención en nuestra unidad es adecuada, habiéndose cumplido con los objetivos general y específico.

También fué factible determinar que el promedio de días de estancia hospitalaria generados por estas fallas fué de 1 día, con muy baja repercusión en el costo cama/paciente/día ó gasto de hospitalización.

El error diagnóstico fué considerado con el total de diagnósticos encontrados.

Desafortunadamente, no se cuenta con registros a cerca de la estancia hospitalaria del paciente y la evolución global del proceso, ni relación sexo/edad de los hospitalizados, de la misma forma, no existen antecedentes de la relación entre costos hospitalarios y resultados obtenidos de la atención.

El autor de este trabajo considera que para mejorar la calidad de la atención se debe de tomar en cuenta lo comentado en el marco teórico como son: efectuar monitoría y evaluación permanente del proceso de atención para establecer medidas correctivas y poder alcanzar las metas establecidas, ya que en nuestra unidad no existe la evaluación de la calidad de la atención, y menos de las consecuencias de esta.

Es claro que al mejorar el nivel de atención, permitirá un mejor funcionamiento, se evitará la iatrogenia y se abatirán los costos de hospitalización innecesarios generados por una deficiencia en la atención.

Es menester continuar con la capacitación continua del personal médico para soslayar la carencia de lo que podría llamarse "cultura de calidad", evitando una falta de acción por inanición intelectual, (30, 32), basandose en la morbilidad hospitalaria de nuestra unidad, promoviendo que la dimensión técnica de la calidad de la atención que se proporciona a nuestra población derechohabiente, sea excelente, y al mismo tiempo, para que se pueda llevar a cabo esta, cubrir las expectativas del trabajador como es el contar con instalaciones, equipo e instrumental apropiados, y en coordinación con el apoyo con las diferentes áreas que participan en la atención al paciente, con el reconocimiento de sus superiores por las actividades realizadas, teniendo una remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo (16).

**BIBLIOGRAFIA**

1. Paganini JM. Calidad y eficiencia en hospitales. Bol of Sanit Panam. 115 (6), 1993; 482-510.
2. Laguna-García J, Fernández de Castro J, Cordera A. Equidad y Salud. Salud Pública Mex 1992;34 (suplemento): 9-15.
3. Ruelas BE. Sobre la Garantía de la calidad: conceptos, acciones y reflexiones. Gac. Med. Mex. 1994. Julio-Agosto; 130(4); 218-226.
4. Donabedis A. Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica, 1964-1984. Salud Pública Mex. Marzo-Abril 1988; 30:2; 202-215.
5. Donahue KT. La calidad de la atención a la salud en los Estados Unidos: nuevas tendencias. Salud Pública Mex. 1993; 35:3; 288-290.
6. Cordera A. Sistemas de atención médica. Sistemas no tradicionales. Directivo médico. Julio-Agosto 1994. 1:1; 49-57.
7. Cordera PA. Sistemas de atención médica. Teoría de Modelos en las Ciencias Sociales (3ª parte). Directivo médico. Nov-Dic. 1996. 1:1; 6-10.

8. Cordera PA. Sistemas de atención médica. Teoría de Modelos en las Ciencias Sociales (4ª parte). Directivo médico. Enero-Feb. 1997. 1:1; 5-11.
9. Kosaku Y. Educación, capacitación y servicio de calidad. Administración de calidad. Centro Interamericano de estudios de Seguridad Social. Anuario del boletín bibliográfico de la Subdirección General Médica. 1994. 15-20.
10. Ruelas-Barajas E. Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. Salud Pública Mex. 1992; 34 (suplemento): 29-45.
11. Verheggen FWSM, Harteich PPM. La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de resultados de resultados de la investigación mercadotécnica. Salud Pública Mex. 1993; 35:3; 316-320.
12. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública Mex. 1990; 32:2; 113-117.
13. Maraez NH. Implantación de programas de garantía de calidad en los hospitales de América Latina y el Caribe. Educación Médica y Salud. Vol. 27, Num. 3, 1993; 357-369.
14. Frenk J, Peña J. Bases para la evaluación de la tecnología y la calidad de la atención a la salud. Salud Pública Mex. 1988; 30:3; 405-415.

15. Ruiz CM, Martínez NG, Calvo RJM, Aguirre GH, Arango RR, Lara CR, Caminos CMI, Ortiz SG, Ugalde GE, Herrera LF. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Pública Mex.* 1990; 32:2; 156-169.
16. Fajardo OG. El control de la calidad de los servicios en los hospitales de primer contacto y en la atención primaria de salud. *Rev. Med. IMSS, (Mex).* 1981. 19:6; 745-748.
17. Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública Mex.* 1990; 32:2; 170-180.
18. Pérez CR, Libreros V, Reyes S, Santacruz J, Alanís V, Gutiérrez G. Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos. *Salud Pública Mex.* 1994; 36:5; 492-502.
19. Salinas OC, Laguna CJ, Mendoza MMR. La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex.* 1994; 36:1, 22-29.
20. Vidal PLM, Reyes ZH. Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad. *Salud Pública Mex.* 1993; 35-3; 326-331.

21. Soberón G, de Witt GA, Hernández IJH. Los hospitales de segundo nivel en el modelo de atención para la salud en la población abierta. *Salud pública Mex.* 1989; 31:3; 346-369.
22. Heideman ME. La certificación de hospitales y los servicios auxiliares de diagnóstico en Canadá. *Atención Médica y Comercial. Foro Internacional "El ejercicio profesional del médico ante la apertura comercial"* (Canadá, Estados Unidos de América y México). Secretaría de Salud. Anuario del boletín bibliográfico de la Subdirección General Médica. 1994. 44-45.
23. Hurtado BA. La certificación hospitalaria en México. *Atención médica y apertura comercial. Foro internacional "El ejercicio profesional del médico ante la apertura comercial"*. Anuario del boletín bibliográfico de la Subdirección General Médica. 1994. 45-51.
24. Ponce de León RS. Infecciones intrahospitalarias y calidad de la atención médica. ¿Es posible ahorrar en salud?. *Salud Pública Mex.* 1991; 33:1; 3-8.
25. Materson BJ, Quintana O. El costo de la garantía de la calidad. *Salud Pública Mex.* 1993; 35:3; 305-310.
26. Musgrove P. La eficacia en función de los costos y la reforma del sector salud. *Salud Pública Mex.* 1995; 37:4; 363-374.



27. Palafox M, Guiscafré H, Pérez CR, Reyes H, Elbreros V, Tomé P, Muñoz O. Calidad de la atención médica en niños hospitalizados por diarrea aguda. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. Vol. 51, Núm. 8, Agosto 1994.
28. García GA, Viniegra RP, Zetina VB, Ocampo BG. Calidad de la atención médica en medicina familiar. Medicina Familiar. Rev. Med. IMSS (Mex) 1995; 33:4; 405-408.
29. Sanchez MO, Gutiérrez MJ, García PJ, Rodríguez RD. Análisis de algunas variables utilizadas en el programa de reconocimiento a la actuación de los médicos familiares y no familiares durante 1992. Rev. Med. IMSS (Mex) 1994; 32:6; 553-556.
30. Jinich H. La relación médico/paciente/familia. Temas de ética y humanismo en medicina. Directivo médico. Julio-Agosto 1994; 1:1; 9-24.
31. Gabriel SE. Primary care: specialists or generalists. Section of Health Services Evaluation, Mayo Clinic Rochester, MN 55905 USA. Mayo-Clin-Proc. 1996 Apr; 71(4): 415-419.
32. Laguna CJ, Salinas OC. Mejoría de la calidad de los servicios médicos del departamento del Distrito Federal. Salud Pública Mex. 1990; 32:2; 221-224.
33. Cordera PA. Los deseos del paciente. Temas de ética y humanismo. Directivo médico. Mayo-Junio 1995. 1:1; 14-15.

34. Secretaría de salud. Sistema Nacional de Evaluación. Manual de evaluación de la calidad de la atención médica. Anuario del boletín bibliográfico de la Subdirección General Médica. 1994. 114-117.
35. Donabedian A. Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. Salud Pública Mex. 1993;35:1; 94-97.
36. Ruelas BE. Calidad, productividad y costos. Salud Pública Mex. 1993; 35:3; 298-304.
37. 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 Pública Mex. 1990; 32:2; 207-220.
38. González PJ, Merelo AA, Aguirre GH, Cabrera HJA. Sistema de evaluación médica, progresos y perspectivas. Rev. Med. IMSS (Mex) 1984; 22:6; 407-417.
39. Martínez Narváez G. Cobertura de los servicios de salud. Salud Pública Mex. 1992; 34 (suplemento); 16-28.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

69

ANEXOS





Hoja de ingreso hospitalario

Unidad Médica					
Especialidad					
Especialista					
Nombre del Paciente					
Sexo		Edad			
Dirección					
Código postal					
Código de identificación					
I.D.M. DE PACIENTE (Trabajadora)		Especial o categoría del Trabajador		Habitación menor	
P.C. o Madre		Pensionista		Código Tipo	
E.S. ANICIA Fecha Ingreso		Fecha Egreso		Días de Estancia	
Hora Ingreso		Hora Egreso			
DIAGNOSTICO DE ADMISION (Transcripción exacta del Diagnóstico que figura en la hoja de ingreso)					

RESUMEN CLINICO DEL CASO Y EVOLUCION DURANTE LA ESTANCIA EN LA UNIDAD MEDICA  
(Operación, Complicaciones, Infecciones, Medicación y/o Quirúrgica)

CODIFICACION

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO PRINCIPAL (Enfermedad que originó la Hospitalización del Paciente)

OTROS DIAGNOSTICOS

COMPROBACION POR

OPERACIONES QUIRURGICAS IMPARTIDAS

Operación Previa al ingreso  
en la Unidad Médica

Operación Postoperatorio





