



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2026,
Volumen 10, Número 3.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3

**DEL CONCEPTO CALIDAD A SU
IMPLEMENTACIÓN. GESTIÓN DEL RIESGO PARA
DISMINUIR LA SOBRESTANCIA HOSPITALARIA**

**FROM THE CONCEPT OF QUALITY TO ITS
IMPLEMENTATION. RISK MANAGEMENT TO REDUCE
HOSPITAL OVERSTAY**

Ulises Trejo Amador

Instituto Mexicano del Seguro Social

Montserrat Legorreta Rojas

Instituto Mexicano del Seguro Social

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i3.24057

Del concepto calidad a su implementación. Gestión del riesgo para disminuir la sobrestancia hospitalaria

Ulises Trejo Amador¹hos53517n@yahoo.com.mx<https://orcid.org/0009-0007-1565-8074>Instituto Mexicano del Seguro Social
Ciudad de México, México**Montserrat Legorreta Rojas**mlegorretarojas@yahoo.com.mx<https://orcid.org/0009-0002-3201-5787>Instituto Mexicano del Seguro Social
Ciudad de México, México

RESUMEN

Introducción: En los sistemas de salud, el liderazgo requiere de conocimiento y experiencia en el manejo de instrumentos de calidad como la gestión de riesgo, que constituye una herramienta que considera la probabilidad de ocurrencia de fenómenos que pongan en peligro los mecanismos de administración de instituciones en salud, las condiciones mismas de salud y su atención; con la idea de gestionar y dirigir los servicios en función de la ocurrencia de manera paliativa, e incluso a favor.

Metodología implementación de herramientas de gestión del riesgo para disminuir la sobrestancia hospitalaria por insuficiencia renal crónica (IRC) en un hospital público elegido de manera aleatoria. Identificación empírica de causas y delimitación racional del tipo de cada una de ellas mediante la matriz de influencias para identificación de causas motrices. Se trabajó con el cuerpo de gobierno sobre la causalidad de la sobrestancia hospitalaria por IRC y la propuesta de acciones para su corrección. Se eligió estudiar IRC por ser el padecimiento que más días de estancia genera en el hospital elegido. **Resultados:** descripción de propuestas empíricas que realiza el cuerpo de gobierno para enfrentar las causas de sobrestancia y la clasificación de cada una de estas acciones propuestas.

Discusión: se analizan las soluciones propuestas, la causalidad reportada, la generalizabilidad y la factibilidad de su aplicación en el entorno hospitalario. Asimismo, se presenta una discusión reflexiva sobre los resultados desde la perspectiva de la alta dirección y una propuesta general que permita reducir la sobrestancia hospitalaria y optimizar las prácticas de gestión administrativa.

Palabras clave: calidad, gestión del riesgo, sobrestancia, insuficiencia renal, alta dirección.

¹ Autor principal

Correspondencia: hos53517n@yahoo.com.mx

From the concept of quality to its implementation. Risk management to reduce hospital overstay

ABSTRACT

Introduction: In healthcare systems, leadership requires knowledge and experience in managing quality tools such as risk management. Risk management is an instrument that considers the probability of events occurring that could jeopardize the administrative mechanisms of healthcare institutions, the health conditions themselves, and the care provided. The goal is to manage and direct services in a palliative, and even proactive, manner to mitigate and even prevent these events.

Methodology: Implementation of risk management tools to reduce hospital overstay due to chronic kidney disease (CKD) in a randomly selected public hospital. Empirical identification of causes and rational delimitation of each type using an influence matrix to identify driving causes. We worked with the governing body on the causes of hospital overstay due to chronic kidney disease and proposed actions to correct it. CKD was chosen because it is the condition that generates the most days of hospital stay in the selected hospital. **Results:** Description of empirical proposals made by the governing body to address the causes of overstay and the classification of each of these proposed actions. **Discussion;** The proposed solutions, the reported causality, their generalizability, and their feasibility within the hospital are analyzed. A reflective discussion of the results is then held with senior management, culminating in a general proposal aimed at reducing hospital overstay and improving hospital management practices.

Keywords: quality, risk management, superintendence, kidney failure, senior management.

*Artículo recibido 25 marzo 2026
Aceptado para publicación: 25 abril 2026*



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo consiste en la realización de un ejercicio metodológico de implementación de herramientas de la gestión del riesgo para disminuir la sobrestancia hospitalaria por insuficiencia renal crónica (IRC) en un hospital público. El ejercicio consiste en aplicar el concepto de calidad a la práctica concreta, mediante el planteamiento de un problema de salud: la sobrestancia por IRC, la identificación empírica de sus causas (empleando el diagrama de Ishikawa), así como la delimitación racional del tipo de cada una de ellas mediante la matriz de influencias para la identificación de causas motrices.

La elección de hospital fue realizada de manera aleatoria y se trabajó con el cuerpo de gobierno de manera confidencial, solicitando que respondieran sobre la causalidad de la sobrestancia hospitalaria por IRC y proponer acciones para corregir las causas identificadas.

Se eligió estudiar la sobrestancia por IRC por ser el padecimiento que más días genera en el hospital estudiado. Coincidentemente, la IRC es la primera causa de hospitalización en la institución de salud más grande del país, después de las atenciones obstétricas. Lo que resulta doblemente importante para nuestro estudio.

En el presente trabajo, le llamamos sobrestancia a la diferencia positiva de días de internamiento de un hospital con respecto a un referente (que puede ser el propio hospital en otros años, el promedio de un conjunto de hospitales o algún hospital en particular con el que se desee realizar la comparación). Para darnos una idea, en el ejercicio realizado encontramos que en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se atiende en promedio, un paciente con IRC en 4.7 días (IMSS, 2016), en tanto que en el hospital estudiado se atiende en 8.7 días, prácticamente el doble de días que el promedio nacional.

Conforme a nuestra definición, el hospital estudiado genera 4 días de sobrestancia (en relación al promedio del total de hospitales del IMSS) por cada paciente con diagnóstico de IRC atendido. Las causas motrices de sobrestancia por insuficiencia renal crónica identificadas por el cuerpo de gobierno se refieren a complicaciones: inherentes a la colocación de catéter de Tenckhoff como fuga o disfunción y a infecciones nosocomiales del tipo de la peritonitis.

El resultado del trabajo también comprende la descripción de las propuestas empíricas que realiza el cuerpo de gobierno del hospital estudiado para enfrentar cada una de las causas de sobrestancia por

IRC identificadas, así como la clasificación de cada una de estas acciones correctivas propuestas.

En este punto, las propuestas realizadas por el cuerpo de gobierno son las siguientes: frente a las complicaciones como fuga o disfunción de catéter, el cuerpo de gobierno del hospital estudiado propuso dos acciones de control: 1) colocación de catéter en pacientes de urgencias y prediálisis y 2) la designación de un cirujano exclusivo para este programa. Para disminuir los casos de peritonitis en estos pacientes se planteó acondicionar un piso exclusivo para atender pacientes post operados.

Vale la pena la consideración y el análisis de esta información, en tanto que fue proporcionada por un grupo de profesionales expertos, conocedores del entorno inmediato del hospital estudiado.

Por esta razón se debe realizar un estudio minucioso de las propuestas planteadas, la causalidad reportada, su generalización, así como su viabilidad en el propio hospital y el resto de las unidades.

Por ello, que en este trabajo se realiza la discusión reflexiva sobre los resultados obtenidos a partir de este ejercicio metodológico, así como sus alcances, tratando de ubicar y dimensionar este conjunto de herramientas llamado calidad en el campo de la alta dirección.

Al final del trabajo, se plantea una propuesta general desde la alta dirección que con este ejemplo, permita disminuir la sobrestancia hospitalaria y mejorar las formas de dirección de los hospitales mediante la difusión de herramientas de calidad, capacitación de los directivos en su uso, sensibilización de los trabajadores sobre las áreas de oportunidad, necesidades, problemática, medidas de control y evaluación de resultados, actualización y renovación de infraestructura tecnológica incluyendo el equipamiento y la capacitación del personal, así como fortalecer el compromiso con la mejora continua, dar seguimiento a las estrategias implementadas y fomentar la conciencia directiva.

Desarrollo

La calidad como herramienta (o conjunto de herramientas) en la dirección de servicios de salud, ha cobrado relevancia en los últimos años; al valerse de distintos y diversos instrumentos para su implementación, busca cubrir la totalidad de procesos en las organizaciones, empresas, instituciones y corporativos. Desde los procesos abstractos intelectuales, metodológicos y directivos, hasta los aspectos operativos más concretos de desempeño individual buscan realizarse con calidad.

Por ello, la calidad representa una búsqueda permanente de articulación en un todo con cada una sus partes y procesos, cuyo propósito es determinar, normar, evaluar y medir la coordinación perfecta y

permanente de la totalidad de dimensiones y elementos que conforman una organización en función de su mística, sus objetivos, su misión y su razón de ser.

En el campo de los sistemas y ciencias de la salud, la calidad constituye un inmenso campo del conocimiento, dentro de los cuales emplean diversas herramientas prácticas y conceptuales, sobre las cuales existen innumerables trabajos, postulados y experiencias: reingeniería de procesos, mejora continua, innovación, medicina basada en la evidencia, gestión del riesgo y actualmente, la calidad total. Con estas herramientas, en el terreno operativo, bajo la visión de la calidad se han desarrollado modelos de gestión, planeación y supervisión mediante instrumentos de regulación, dirección, acreditación, certificación y operación.

Calidad en la administración de servicios de salud

Al igual que el desarrollo de la sociedad, la ciencia y la tecnología, en el campo de la administración el concepto de calidad también ha evolucionado de manera práctica y teórica, resultando en un complejo sistema de articulación de elementos filosóficos jurídicos, científicos y estructurales, que en el campo de la salud, busca materializar servicios de excelencia disponibles para toda la población, a bajo costo, que garanticen mejores estándares de salud, disminuir la mortalidad, aumentar la esperanza de vida y los años de vida saludables mediante la disponibilidad de servicios eficientes, evitando pérdidas económicas a través de la optimización y adecuado manejo de los mismos.

En términos prácticos, disminuir la sobrestancia hospitalaria, podría sintetizar lo mencionado; es decir, resolver un problema (enfermedad registrada como un diagnóstico) de salud en un tiempo óptimo-esperable, habla de una atención adecuada, basada en protocolos estandarizados de tratamiento disponibles y bien aplicados que traerá por una parte bienestar al paciente, a sus familias y a su rama productiva-laboral y por la otra, aplicación adecuada de recursos: humanos, materiales, administrativos, tecnológicos y financieros,

Abatir la sobrestancia significa tener control de los gastos económicos, que se traduzcan en ahorro de recursos para las instituciones (o para la instancia financiadora – que puede ser el propio paciente) y permitan invertir en nueva tecnología, diversificar la cartera de servicios, ampliar la cobertura o la disponibilidad de tecnologías hacia nuevos nichos poblacionales abaratando costos. Hablando



concretamente de un problema prioritario, en este trabajo analizaremos algunas estrategias para disminuir la sobrestancia por IRC en un hospital público.

La Organización Internacional de Normalización, ISO por sus siglas en inglés (*International Organization for Standardization*), con sede en Ginebra Suiza, promueve estándares de homogenización de criterios en materia de calidad, seguridad y eficiencia desde 1947 con la finalidad de facilitar el comercio a nivel internacional y garantizar la satisfacción de clientes y proveedores. Esta institución ha publicado diversas normas internacionales que cubren casi todas las industrias del ramo de la agricultura, la tecnología, la seguridad alimentaria y la salud (ISO, 2016).

En la actualidad, la tendencia a la mejora de procesos en las organizaciones (empresas, instituciones o corporativos) va más allá del conocimiento del proceso administrativo y de la implementación de estrategias y herramientas para la mejora de la calidad. Actualmente, y sobre todo, desde el predominio hegemónico de las normativas ISO, prevalece la tendencia de considerar la puesta en marcha de políticas de gestión/administración del riesgo.

Frente a este panorama, muchos países han incursionado en la implementación de este enfoque de gestión. En América Latina, particularmente en Colombia, el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), ha traducido, editado y publicado su versión en castellano de la norma internacional ISO 31000, enfocada a las consideraciones normativas generales sobre la gestión del riesgo y a la definición diversos conceptos relacionados (ICONTEC, 2011):

La norma ISO 31000 describe un proceso lógico y sistemático de la gestión del riesgo. *Busca que la gestión del riesgo sea eficaz y recomienda que las organizaciones desarrollen, implementen y mejoren continuamente un marco de referencia cuyo propósito sea integrar el proceso para la gestión del riesgo en los procesos globales de gobierno, estrategia y planificación, procesos de presentación de informes, políticas, valores y cultura organizacional. El enfoque suministra principios y directrices para la gestión del riesgo de manera sistemática, transparente y creíble, en cualquier alcance y contexto* (ICONTEC, 2011: 01).

Como se puede observar, una característica clave de la ISO 31000, es el establecimiento del contexto, que ubica los objetivos y el ámbito donde se persiguen, así como las partes involucradas y la gamma

de criterios del riesgo; de esta manera, espera superar las barreras particulares de cada sector. Esta Norma integra los principios, el marco de referencia y los procesos de gestión del riesgo.

Bajo esta óptica, buscamos estudiar un problema del campo de la salud (la sobrestancia por IRC), y aplicar herramientas de gestión/administración del riesgo, delimitando y dimensionando la problemática, sus causas y sus consecuencias.

Marco de referencia

Para el año 2014, la institución de salud y de seguridad social más grande del país, en el año 2014, otorgaba atención médica a 52,220,960 derechohabientes inscritos en sus Unidades de Medicina Familiar (IMSS, 2016: II).

En esta institución se hospitalizaron durante el año 2014, alrededor 2,666,527 pacientes (IMSS; 2016: II). Con base en estas proporciones, la probabilidad de que un derechohabiente se hospitalizara era del 5.1%. Esta productividad hospitalaria fue resuelta en 275 hospitales (de segundo y tercer nivel de atención), como parte de la infraestructura de esta Institución (IMSS; 2016: 417-425).

Estos más de dos y medio millones de pacientes hospitalizados, generaron en conjunto 10,052,742 días de internamiento, es decir, que el tiempo promedio de estancia para cada uno fue de 3.8 días (IMSS, 2016: 427- 443) independientemente del diagnóstico, hospital o servicio. Este número, aunque es muy general, es de utilidad para orientar sobre cuánto tiempo en promedio se hospitaliza un paciente por cualquier diagnóstico, independientemente si es por causas médicas o quirúrgicas.

Al considerar la magnitud del número de pacientes en función del total de días atendidos, podemos comprender las dimensiones de la sobrestancia ocurrida en esta institución.

Por otra parte, vale reflexionar también sobre los costos económicos de la estancia hospitalaria, que para el año 2014, el valor monetario de una hospitalización (de 3.8 días) era en promedio de \$33,870 en moneda nacional (M.N.) (IMSS, 2016: 427). Con este valor, un día de estancia hospitalaria, costaría en 2014, un costo promedio de \$9,154 M.N. Ello significa que independientemente del diagnóstico o de la unidad hospitalaria, el valor promedio directo de cada día de sobrestancia de cada paciente en 2014, era de \$9,154 (sin considerar los días correspondientes a las complicaciones que generan costos más altos por mayor consumo de recursos).

Sobrestancia hospitalaria

En este trabajo se le llama sobrestancia a la diferencia positiva de estancia hospitalaria con respecto al promedio de un conjunto referencial. La sobrestancia puede ser medida a partir de un paciente, de un servicio, de un grupo de diagnósticos, de un servicio hospitalario, de un hospital o de un sistema hospitalario y debe ser valorada a partir de las condiciones óptimas de atención del referente.

La estancia hospitalaria debe ser medida en unidad de tiempo de acuerdo al servicio que se refiera, es decir, en los servicios de urgencias o quirófano puede ser medido en minutos u horas, en tanto que en la unidad de cuidados intensivos (terapia intensiva) y en hospitalización, puede ser medido en días (o fracciones de día). Alrededor de este término, existen serias dificultades en su medición, pues es discutible el punto de inicio y el punto de corte final.

Algunos profesionales consideran que la estancia debe medirse a partir de la hoja de ingreso que utiliza el personal administrativo designado, o a partir de la primera nota médica realizada (que sería cuando realmente recibió la primera atención), con la debilidad de que el clínico pudo escribir la nota horas después de la atención o atenderlo mucho tiempo después de su ingreso real. Otros expertos consideran que es a partir de que clínicamente se emite la indicación de hospitalizar a una persona.

Esto último tiene que ver con las modalidades de ingreso a un hospital, que puede ser por el área de urgencias (en los pacientes que acuden a recibir atención médica de manera urgente y son captados mediante el *Triage*), o por el área de admisión (en caso de internamientos programados o por detección en consulta externa de alguna condición clínica del paciente que amerite hospitalización), también puede ser al momento del nacimiento, por alguna complicación del neonato o por alguna complicación del parto o de algún procedimiento ambulatorio que al momento de su realización no se contemplaba el internamiento.

De la misma forma, el egreso ofrece grandes dificultades para su determinación exacta y el punto de finalización puede ser motivo de controversia: este puede ser al momento en que el clínico decide su egreso, al momento de elaboración y firma de la hoja de alta (o del documento médico-legal utilizado para tal fin) que justifique y avale el egreso de un paciente, o cuando el paciente físicamente se ausenta del servicio hospitalario donde fue atendido, o incluso, hasta que el paciente sale completamente del hospital.



Cada uno de estos criterios es discutible y en la práctica generan puntos de controversia para su determinación. Incluso pueden generar falsos registros oficiales y estadísticos por cuestiones de interpretación. Lo que también generaría una concepción falsa de la sobrestancia.

Ante a esta situación, el IMSS, al igual que otras instituciones han generado modelos normativos para simplificar el actuar de los profesionales involucrados en la medición de la estancia hospitalaria de cada paciente. En su caso, el IMSS desarrolló los *Procedimientos para el registro estadístico de las actividades médicas en Unidades Hospitalarias (SIMO)* que definen los formatos, los servicios y los profesionales que deberán registrar las fechas y horas de ingreso y egreso, pero no así las modalidades y criterios específicos para considerar uno u otro (IMSS, 2011).

Lo anterior es importante, debido a que nos enfrentamos a un fenómeno difícil de resolver y si no se cuenta con la manera de cuantificarlo, será más difícil, reconocerlo, delimitarlo, estudiarlo y abordarlo. Sin embargo, frente a estas limitantes, al ser la única fuente de información y para no hablar en abstracto, para fines de avanzar en este pequeño trabajo, consideraremos la estancia a partir de los registros mismos que se documentan de manera oficial.

De esta manera, pasamos a otro concepto: los *días de estancia* que quedan definidos por el IMSS (IMSS, 2011: 70) como: *el número de días calendario que transcurre desde el ingreso de un paciente a una cama censable, hasta su egreso hospitalario. Cuando el paciente ingresa y egresa en la misma fecha, se cuenta 1 día.* A la par de esta idea, la sobrestancia será interpretada y medida con base en días. A la luz de esta conceptualización, el costo de cada día de ocupación hospitalaria por sobrestancia será de \$9,154, como ya se mencionó anteriormente.

Esto significa que la sobrestancia representa pérdidas para quien paga los servicios y documenta deficiencias en la calidad de la atención, además del riesgo de adquirir complicaciones intrahospitalarias como infecciones nosocomiales, lo cual genera mayores problemas mórbidos para el paciente, pérdidas económicas para los familiares y las áreas productivas del enfermo, así como nuevas pérdidas financieras para la instancia financiadora y para la sociedad. En el caso de instituciones privadas, mayores gastos de bolsillo de los pacientes y familiares y en los casos de instituciones públicas, grandes pérdidas económicas directas de las propias instituciones.



De los más de diez millones de días de internamiento que genera el IMSS, muchos corresponden a días de sobrestancia que podrían ser traducidos de manera operativa, en la atención de más pacientes o en la apertura o ampliación de nuevos y mejores servicios de atención intrahospitalaria, mejorando la calidad de vida de la población derechohabiente y sus estándares de salud.

Principales causas de estancia hospitalaria

De las causas generadoras de días paciente en el IMSS, los tres principales diagnósticos son cesárea, parto e insuficiencia renal crónica, siendo fuera de las causas obstétricas, la IRC la principal patología generadora de días paciente en la institución (IMSS, 2016), con más de un cuarto de millón de días paciente (tabla I).

Tabla I. Causas generadoras de DP en el IMSS en 2016 (IMSS, 2016)

Descripción	Pacientes	Promedio de días paciente	Días paciente
Parto vaginal sin complicaciones	205,232	1.29	264,749
Cesárea sin complicaciones	195,429	2.43	474,892
IRC	72,772	4.7	343,171
IMSS: todos los demás diagnósticos	2,666,527	3.8	10,052,742

Cifras: 2014

La IRC como causa de sobrestancia

El total de pacientes hospitalizados por IRC en todo el IMSS durante el año 2014, fue de 72,772 con un total de 343,171 días paciente y un promedio de días paciente de 4.7. En este contexto, para medir la sobrestancia, dadas las características propias de cada patología y de atención de cada patología, la estancia por IRC no debiera compararse con la de todos los diagnósticos, sino con la estancia del mismo diagnóstico en distintos hospitales o en distintos años.

A la par de la cantidad de DP que genera la IRC, por la complejidad del padecimiento y por las diferentes estrategias terapéuticas existentes, en muchos hospitales resultó ser también, uno de los principales diagnósticos generadores de sobrestancia, sino es que el principal (sin contemplar las causas obstétricas).

Como se muestra en la tabla II, a lo largo de los años, podríamos apreciar que el comportamiento de la estancia hospitalaria de este padecimiento en el IMSS es muy similar: PDP 2008: 4.8, 2013: 4.8 y 2014: 4.7 (IMSS, 2011, 2015 y 2016).

Tabla II. Promedio días paciente de la IRC en 7 años en el IMSS

Año	2008	2013	2014
Promedio de días paciente	4.8	4.8	4.7

Por lo general de los datos y por la diversidad de la causalidad, antes de adelantarnos a dar opiniones o apreciaciones de toda la red de hospitales, comenzaremos por analizar un solo hospital que cuente con conocimiento real e inmediato de su operación.

METODOLOGÍA

Debido a la complejidad en la atención intrahospitalaria de cada diagnóstico, a la multicausalidad de la sobrestancia, y a las características propias de cada hospital, se identificaron aquellos diagnósticos que hayan generado sobrestancia en un hospital de segundo nivel (información oficial).

La determinación de la sobrestancia se basa en comparar la cantidad de días de estancia hospitalaria, que generan todos los pacientes atendidos por un determinado diagnóstico en un hospital, en un periodo de tiempo determinado, con relación al promedio de estancia hospitalaria de todos hospitales del mismo nivel.

Para realizar este pequeño estudio de caso, se seleccionó de manera aleatoria un hospital de segundo nivel y se calculó la sobrestancia. En congruencia con el marco de referencia, para este hospital, el diagnóstico con más días de sobrestancia por todos los pacientes atendidos fue precisamente IRC, con 8.7 días de estancia intrahospitalaria, prácticamente el doble de días que el promedio nacional.

Frente a esta situación, se consultó un grupo colegiado, conformado por el cuerpo de gobierno de ese hospital del IMSS para dar respuesta a lo siguiente:

- 1) Explicar la causalidad de la sobrestancia hospitalaria de la insuficiencia renal, crónica (IRC).
- 2) Proponer acciones para corregir la sobrestancia por IRC.

Es importante señalar que, por tratarse de un ejercicio meramente académico, por motivos de confidencialidad y por tratarse de información oficial no disponible para ser consultada públicamente, se omite el nombre del hospital y de los profesionales participantes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las respuestas ofrecidas por el cuerpo de gobierno del hospital estudiado fueron (como se muestra en la tabla III) las siguientes: en el caso de las causas de la sobrestancia por IRC: retraso en la colocación de los catéteres de diálisis peritoneal, presencia de comorbilidades hemodinámicas y metabólicas inherentes a la enfermedad, complicaciones inherentes a la misma colocación de catéter de *Tenckhoff* como fuga o disfunción y complicaciones por infecciones nosocomiales: peritonitis

Las acciones mencionadas para corregir la sobrestancia de IRC propuestas conforme a las causas son: sensibilización de los pacientes desde prediálisis para la aceptación de la sustitución de la función renal, colocar terapia sustitutiva antes del internamiento, plan de colocación de catéter de *Tenckhoff* en pacientes de urgencias y prediálisis mejorando la oportunidad de diálisis y asignar un cirujano exclusivo para este programa y acondicionar un piso exclusivo para atender pacientes pos operados.

Tabla III. Causalidad y propuestas de acciones para disminuir la sobrestancia por IRC

No	Causas de la sobrestancia por IRC	Acciones para corregir la sobrestancia por IRC
1	Retraso en la colocación de los catéteres de diálisis peritoneal	Sensibilización de los pacientes desde prediálisis para la aceptación de la sustitución de la función renal
2	Presencia de comorbilidades inherentes de la enfermedad	Colocar terapia sustitutiva antes del internamiento.

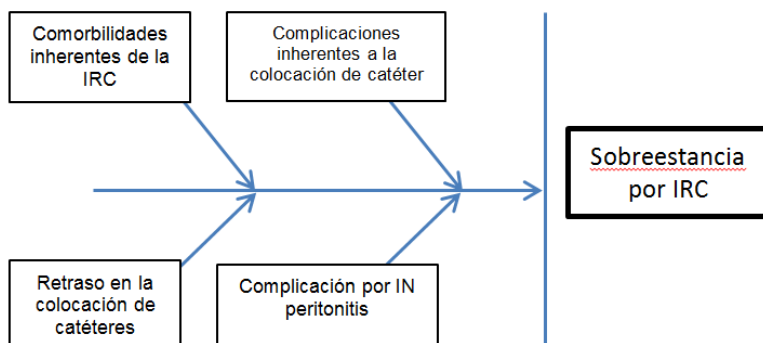
hemodinámica y metabólica

	Plan de colocación de catéter de
	Complicaciones inherentes a la <i>Tenckhoff</i> en pacientes de urgencias y
3	colocación de catéter de <i>Tenckhoff</i> prediálisis mejorando la oportunidad de como fuga o disfunción diálisis mediante la designación de un cirujano exclusivo para este programa
4	Complicación por infecciones Acondicionar un piso exclusivo para nosocomiales: peritonitis atender pacientes pos operados

Posteriormente, con la idea de esquematizar el panorama de causalidad, se solicitó a los expertos que organizaran las causas descritas en un diagrama de *Ishikawa*, procurando esquematizar el nivel de causalidad y posibles determinantes de las cuatro causas identificadas de sobrestancia de la IRC (figura 2).

Figura 2

Causalidad de la sobrestancia por IRC



Posteriormente, se aplicó una matriz de influencia para clasificar cada una de estas causas con la finalidad de poder identificar y determinar el nivel de influencia sobre la sobrestancia. Para ello, se diseñó una breve escala con valores comprendidos entre el cero y el nueve donde 0= representa nula influencia, 3= baja, 6= moderada y 9= alta. Con estos valores, se solicitó a los expertos valorar el nivel de influencia de cada causa sobre las demás causas (Tabla IV). Por ejemplo, mediante los valores

empleados cuanto influyen las complicaciones de la IRC en la colocación del catéter, definiéndose como valor: 3. De esta forma se comparó cada una de las causas con las demás.

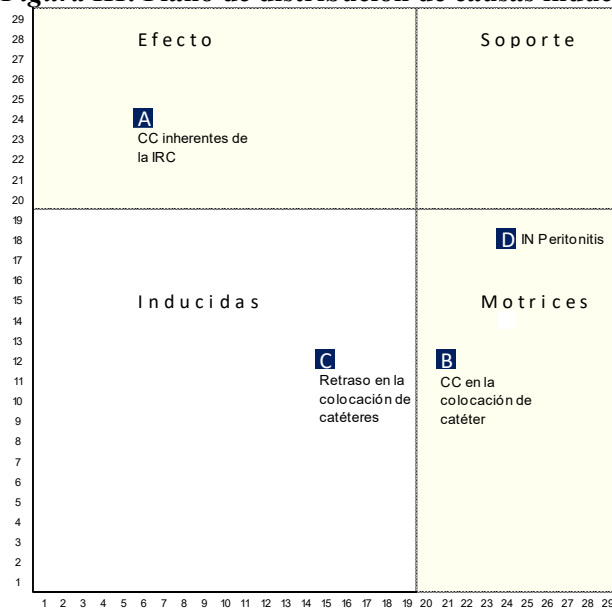
Tabla IV

Matriz de influencia: Causas de sobreestancia por IRC						
Causas de sobreestancia por IRC		CC inherentes de la IRC	CC en la colocación de catéter	Retraso en la colocación de catéteres	IN Peritonitis	Total como son infludas
		A	B	C	D	
CC inherentes de la IRC	A	X	9	9	6	24
CC en la colocación de catéter	B	3	X	0	9	12
Retraso en la colocación de catéteres	C	0	3	X	9	12
IN Peritonitis	D	3	9	6	X	18
Total como influyen		6	21	15	24	

CC= Complicaciones y/ o comorbilidades
 IN= Infecciones nosocomiales
 Escala: 0= nula, 3= baja, 6= moderada y 9=bastante

Enseguida se realizó una sumatoria de los valores obtenidos en cada columna y en cada fila para organizar los valores de cada causa y poderlos graficar en un plano de dispersión de variables. Posteriormente se trazan cuatro cuadrantes a partir del principio de Pareto, considerando como valor máximo 24 y obteniendo como resultado que 19.2 representa el 80% de ambos ejes (el de las “Y” y el de las “X”).

Figura III. Plano de distribución de causas inducidas, motrices, efecto y soporte



Al graficar los resultados, conforme a las coordenadas obtenidas a partir del comparativo causa por causa, se obtienen dos causas motrices: complicaciones y/ o comorbilidades en la colocación de catéter y peritonitis; como causa inducida: retraso en la colocación de catéteres y como efecto: complicaciones inherentes de la IRC (Tabla V).

Tabla V. Clasificación de las causas de sobrestancia de IRC de acuerdo a la matriz de influencia

Variables	Coordenadas		Tipo de causa	
	X	Y		
CC inherentes de la IRC	A	6	24	Efecto
CC en la colocación de catéter	B	21	12	Motriz
Retraso en la colocación de catéteres	C	15	12	Inducida
IN Peritonitis	D	24	18	Motriz

Principio de Pareto o regla del 80/20: 19.2= 80%.

Como se puede observar, los resultados obtenidos indican que las complicaciones inherentes a la IRC son causas de tipo efecto, el retraso en la colocación de catéteres es una causa inducida, mientras que las complicaciones en la colocación de catéter de *Tenckhoff* como fuga o disfunción y las complicaciones por infecciones nosocomiales: peritonitis, constituyen causas motrices de la sobrestancia por IRC.

A la luz de estos resultados, se retoman las propuestas de acción, como estrategias de manejo de riesgos (de acuerdo a la clasificación² presentada por el Dr. Villalba en sus conferencias de gestión/administración del riesgo) para enfrentar el problema de sobrestancia por IRC expuestas en la tabla VI. Las medidas correctivas o acciones propuestas por el cuerpo directivo del hospital estudiado apuestan a la implementación de estrategias de control para disminuir la sobrestancia por IRC.

² Estrategias de manejo de riesgos: Evasión: No enfrentan el problema, solo atenúan el efecto en el tiempo e incluso pueden aumentar el impacto; Retención: Se tiene plena conciencia del riesgo y su impacto; sin embargo se decide asumir el riesgo aceptando las consecuencias en caso de que se dé el evento de riesgo; Desviación: Se transfiere el riesgo hacia otras partes del proceso o incluso a personas o áreas ajenas, que no forman parte de la estructura formal del mismo; Control: Se conoce el impacto del riesgo y se trata de enfrentar con estrategias que lo reduzcan, atenuando el impacto y disminuyendo la probabilidad de que ocurra.

Tabla VI. Propuestas de acciones para corregir la sobreestancia por IRC clasificadas de acuerdo al tipo de estrategia

Código	Causas motrices de la sobreestancia por IRC	Propuestas de acciones para corregir la sobreestancia de IRC	Tipo de estrategia	Descripción
B	Complicaciones inherentes a la colocación de catéter de Tenckhoff como fuga o disfunción	Plan de colocación de catéter de Tenckhoff en pacientes de urgencias y prediálisis Designación de un cirujano exclusivo para este programa	Control	<i>Se conoce el impacto del riesgo y se trata de enfrentar con estrategias que lo reduzcan,</i>
D	Complicación por infecciones nosocomiales: peritonitis	Acondicionar un piso exclusivo para atender pacientes post operados		<i>atenuando el impacto y disminuyendo la probabilidad de que ocurra.</i>

Las estrategias implementadas demuestran un conocimiento del riesgo, buscan reducirlo, atenuar el impacto y apuestan a disminuir la probabilidad de ocurrencia, por ello se clasifican como de control, sin embargo, será hasta su implementación y evaluación posterior que se conozca el grado de asertividad y el impacto en la sobreestancia por IRC.

Para concluir, se debe tener presente que aún con estos datos no se puede asegurar por sí mismo, que la aplicación del ejercicio realizado disminuirá la sobreestancia y que las estrategias por sí mismas, representan acciones de calidad. Cada acción deberá someterse a una evaluación rigurosa y posiblemente al desarrollo de más de un estudio costo-beneficio. Primero para decidir su implementación y segundo para medir el impacto.

Discusión

La calidad es un concepto teórico-metodológico que debe utilizarse de manera consciente e informada, en las dimensiones y las condiciones que lo ameriten y lo permitan. La calidad, es una herramienta ambiciosa, de alta especificidad, pero también de alta complejidad, así que si se apuesta todo en ella, se puede caer en el error de la improductividad y del incumplimiento de las metas o por lo menos de la subsistencia de la organización.

El ejercicio metodológico desarrollado en este trabajo, de analizar la causalidad de la sobrestancia por IRC y las propuestas de posible corrección mediante herramientas de gestión del riesgo, también deben evaluarse, repensarse y ubicarse en sus justas dimensiones. Por ello, la determinación de causas de sobrestancia, debe obtenerse de un estudio más detallado, que documente las causas reales y no quedarse con información basada exclusivamente en la opinión de los directivos (aunque sean expertos). La medicina basada en la evidencia (otra herramienta empleada en el campo de la calidad) resultaría de mayor peso y veracidad, no solo para documentar la causalidad, sino también las posibles soluciones. Sin embargo, al día de hoy, no hay documentación basada en la evidencia para todos los problemas en salud que queramos estudiar.

La dirección hospitalaria debe tener conciencia de la necesidad de utilizar los instrumentos más competentes cuando exista disponibilidad de ellos y cuando no, saber que no se cuenta con ellos, para poder utilizar otras herramientas (menos específicas quizá) pero que permitan optar por la mejor toma de decisiones en un momento determinado. De todo esto y para tomar conciencia, los directivos están obligados si, a conocer por lo menos, la existencia de las herramientas, sus alcances y sus limitantes.

Frente al ejercicio desarrollado, resulta válido considerar las respuestas de los expertos ante el caso de la sobrestancia por IRC, y contemplar también, el peso que tienen estas respuestas en su aplicabilidad en el hospital estudiado o sus limitantes de reproducibilidad en otros hospitales.

En cuando a las propuestas correctivas, es también válida su aplicabilidad, sin embargo, frente a ello, habrá que preparar un estudio detallado de factibilidad técnica y económica para su real y correcta aplicación, que permita destinar los recursos necesarios con la finalidad de disminuir la sobrestancia por IRC, considerando siempre, la prioridad que este fenómeno representa frente al resto de ocupaciones y situaciones que el hospital enfrenta diariamente.



En otro momento, habrá que implementar acciones bajo el esquema de un adecuado plan operativo para llevarse a cabo en óptimas condiciones; posteriormente, se deberá medir el impacto que tuvo cada una de las acciones implementadas en los tiempos de estancia hospitalaria por IRC, así como sus efectos secundarios (en otros servicios o con otras patologías), para que finalmente se pueda documentar el peso de las acciones sobre las causas, la aparición de nueva causalidad y nueva problemática que afecte la estancia hospitalaria.

Los resultados de las medidas implementadas podrán medir con precisión al cabo de un año de implementación de las medidas correctivas, cuando vuelvan a ser comparables la estancia hospitalaria del hospital estudiado con el promedio del resto de unidades hospitalarias comparables y con la estancia hospitalaria del propio hospital.

Una realidad es que se necesitan conocer y dominar todas las herramientas que ofrece el campo de la calidad a la administración, para su esperable y adecuada aplicación. Por ello se deben difundir los avances en este ramo de la tecnología en todas las áreas que precisen utilizarlas, además de capacitar a las personas clave tomadoras de decisiones y a los asesores de los tomadores de decisiones. También es necesario crear, y desarrollar programas computacionales que permitan el uso cotidiano y permanente de estas herramientas de la calidad y la gestión del riesgo.

Aunado a esto, la actualización constante en estos temas por parte del personal directivo y trabajadores involucrados, así como de los sistemas de información, permitirán hacer realidad la toma de decisiones desde un punto de vista más científico, contribuyendo con el dinamismo que demanda la alta dirección.

Resumiendo, estos puntos, para cerrar con una propuesta concreta de actualización y mejorar las formas de dirección de los hospitales es necesario:

1. Difundir las herramientas de calidad, particularmente sobre temas de gestión/administración del riesgo.
2. Capacitar a los directivos sobre el uso de herramientas administrativas basadas en la calidad, como las implementadas en este ejercicio.
3. Sensibilizar a los trabajadores y cuerpo de gobierno sobre las áreas de oportunidad hospitalaria e institucional, así como de la trascendencia de la participación de todos.

4. Crear conciencia sobre las necesidades, la problemática, las medidas de control y la evaluación de resultados.
5. Aplicar las herramientas tecnológicas que ofrece la calidad, particularmente la gestión/administración del riesgo.
6. Diseñar estrategias de planeación, aplicación, evaluación de la implementación, identificación de prioridades, de áreas de oportunidad, de causalidad y de solución.
7. Actualizar y renovar la infraestructura tecnológica informática incluyendo el equipamiento y la capacitación del personal.
8. Fortalecer el compromiso con la mejora y la utilización de tecnologías.
9. Dar seguimiento a las estrategias implementadas.
10. Fomentar la conciencia directiva.

De esta manera y con la aplicación de estas acciones, podemos esperar que los cuerpos de gobierno de los hospitales avancen hacia una práctica más profesional, segura, documentada, asertiva y racionalizada de sus actividades gerenciales, transitando así, de la dirección, a la alta dirección.

CONCLUSIONES

Respecto al ejercicio metodológico de aplicación de instrumentos de gestión/administración del riesgo, se pudo lograr una aproximación sobre los factores determinantes de sobrestancia ocasionada por IRC en un hospital público, así como algunas estrategias que podrían implementarse para su control.

Las causas motrices identificadas como causas de sobrestancia fueron: las complicaciones inherentes a la colocación de catéter de *Tenckhoff* como fuga o disfunción y complicación por infecciones nosocomiales: peritonitis. Que a la luz de este análisis, habla de consecuencias (complicaciones) e incluso efectos, de ciertas condiciones preliminares, no de condiciones causales por sí mismas.

Tales complicaciones referidas en este trabajo son también atribuibles a deficiencias en la atención hospitalaria: la pericia en la aplicación de procedimientos (colocación de catéter de *Tenckhoff*) y uno de los problemas más comunes y desagradables de los servicios de salud: las infecciones nosocomiales, que documentan y ubican en focos rojos la deficiente calidad de los servicios de un hospital.

Por su parte, las propuestas de acciones para corregir la sobrestancia de IRC fueron: el establecimiento de un plan de colocación de catéter de *Tenckhoff* en pacientes de urgencias y prediálisis, la designación de un cirujano exclusivo para este programa y el acondicionamiento de un piso exclusivo para atender pacientes posoperados, estas propuestas fueron clasificadas como estrategias de control. Estos hallazgos documentan de alguna manera el comportamiento, la dinámica y las necesidades de un hospital en particular, así como las concepciones administrativas de sus directivos.

Sin embargo, las acciones propuestas dejan de lado temas centrales como capacitación, difusión y supervisión de aspectos prioritarios de la vida hospitalaria como el lavado de manos, la difusión de técnicas de higiene, el adiestramiento de médicos y enfermeras en técnicas quirúrgicas y la aplicación de acciones correctivas de focos de infección y contaminación de los pacientes. Las acciones se limitan exclusivamente a medidas fuera del alcance inmediato, que demandarán diversos tipos de recursos, incluyendo la implementación de estudios costo-beneficio y factibilidad.

A pesar de ser generados mediante un riguroso análisis metodológico por el cuerpo de gobierno del hospital estudiado, con todo y sus limitantes, los resultados aquí observados son aplicables únicamente a nivel mono-hospitalario, nunca a una red de hospitales o a un sistema de salud, que obedece a causas multifactoriales, sinérgicas, potenciadoras y a estrategias directivas de interacción poli-hospitalaria.

Los hallazgos obtenidos en este análisis únicamente son aplicables al hospital estudiado bajo el contexto socioeconómico actual, y no pueden ser extrapolables a otros hospitales, o a otras condiciones históricas del mismo, y menos generalizarse a un sistema de salud completo. En cada unidad hospitalaria los resultados siempre serán distintos y para un sistema de salud o una compleja red hospitalaria, los resultados podrían incluso ser completamente opuestos y contradictorios.

Los resultados definitivos sobre las causas motrices de sobrestancia hospitalaria por IRC identificadas en este trabajo, podrán evaluarse hasta observar cambios en la estancia hospitalaria en estos pacientes, derivados de las acciones propuestas para disminuirla (siempre y cuando se hayan implementado realmente).

De manera preliminar, se podrá dar seguimiento apegado de la estancia hospitalaria a los pacientes que presenten el diagnóstico de IRC y verificar los causales inmediatos que obstaculicen el egreso

hospitalario, permitiendo con ello incluso, la identificación de otras determinantes generadoras de sobrestancia por IRC (y de otras que causan o condicionan otras causas) como pueden ser los problemas de registro de información que van desde el uso de abreviaturas, la mala letra de los médicos, el deficiente llenado de formatos, problemas de codificación, subregistro e inespecificidad diagnóstica presenta de manera prevalente en los servicios de atención (Trejo AU y Legorreta RM, 2024).

Con ello queremos decir que los elementos causales, percibidos por los directivos, no son precisamente sinónimo de realidad, sino un diagnóstico preliminar de identificación de las mismas. Para corroborarlo, sería necesario realizar una evaluación de multicausalidad paciente por paciente, o medir el impacto de las acciones implementadas para reducir la sobrestancia (existiendo siempre los factores invisibles de dominio -que no siempre son percibidos o considerados- y la aparición de nuevas determinantes capaces de modificar la sobrestancia hospitalaria por IRC), solo hasta encontrar una disminución real de la estancia hospitalaria, podremos hablar de causa-efecto (o efecto-causa).

Sobre estos temas, valdrá la pena realizar un ejercicio comparativo con otros hospitales con la finalidad de documentar sus causas y validar las propuestas de solución. En este punto también será interesante conocer el comportamiento a futuro del hospital estudiado en cuanto al impacto de las acciones sobre la estancia hospitalaria por IRC, si se logró abatir la sobre estancia o si se identificaron nuevas causas. Por otra parte, valdrá la pena evaluar las medidas correctivas, su impacto, sus costos, su viabilidad y su vigencia.

Es de singular importancia manifestar que utilizar el discurso de la calidad a la ligera, puede implicar cometer mayores errores, al encubrir prácticas que nada tengan que ver con la calidad. Es decir, se pueden crear instrumentos empíricos, dogmáticos, irracionales y hasta coercitivos, para cumplir con metas e interpretaciones de una calidad mal concebida. Quizá por esta razón, el empleo de herramientas de calidad en nuestros días, sea tan flexible, capaz de encubrir malas prácticas al ser evaluadas (éstas), mediante instrumentos de fácil manipulación, al alcance de directivos inadecuadamente capacitados, con un liderazgo débil, sin trayectoria profesional o sin alguna formación académica como lo clasifica Legorreta RM y Trejo AU, en su artículo de 2024.

Es decir que también se corre el riesgo de incurrir en estas prácticas, por lo que se deberá contemplar la gestión/administración del riesgo de la aplicación de la calidad mal interpretada. Cada herramienta empleada debe ser contemplada y utilizada en función del conocimiento de sus características, pertinencia, disponibilidad, limitantes, por personal sensibilizado, concientizado y altamente capacitado en esta materia.

Por último, todas las herramientas administrativas, particularmente las concebidas en el campo de la calidad (como la gestión/administración del riesgo, mejora continua, práctica basada en la evidencia, reingeniería de procesos, etc.) deben ser utilizadas de manera responsable, consciente y racional por la alta dirección, en función de la estructura, los objetivos, la visión y la misión de la organización. Al ser acción y práctica, la alta dirección debe contar siempre con sustentabilidad documentada, racional, científica y sobre todo basada en información real, lejos del subregistro y el mal registro (Legorreta RM y Trejo AU, 2025).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ICONTEC (2011). Norma Técnica Colombiana ISO 31000. Gestión del Riesgo. Principios y directrices, Bogotá Colombia.

https://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/portallG/home_224/recursos/general/11072023/ntc-iso31000_gestionriesgo.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2016). Grupos Relacionados con el Diagnóstico: Producto hospitalario GRD IMSS. 2014, Ciudad de México, México.

IMSS (2015). Grupos Relacionados con el Diagnóstico: Producto hospitalario GRD IMSS. 2013, Ciudad de México, México.

IMSS (2011). GRD-IMSS Producto Hospitalario, México, DF.

IMSS (2011). Procedimientos para el registro estadístico de las actividades médicas en Unidades Hospitalarias (SIMO), Ciudad de México, México.

IMSS. (2011). Glosario de Términos Médicos y de Sistemas de Información Médica, Ciudad de México, México.

ISO (2016). About ISO, ISO Central Secretariat, Ginebra Suiza, 2016.

<http://www.iso.org/iso/home/about.htm>



Legorreta-Rojas, M. y Trejo-Amador, U. (2025). Cultura organizacional: la influencia del liderazgo en la mejora de los procesos institucionales de salud. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 62(5), e6145.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.12668107>

Legorreta-Rojas, M. y Trejo-Amador, U. (2025). Mnemotecnia ABCDEF y el Subregistro en los Sistemas de Información en Salud. *Ibero Ciencias - Revista Científica Y Académica* - ISSN 3072-7197, 4(3), 901-916.

<https://doi.org/10.63371/ic.v4.n3.a151>

Trejo-Amador, U, y Legorreta-Rojas, M. (2025). ABCDEF: herramienta para transformar los sistemas de registro de información institucional. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 62(5), e6013.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.12668072>

