

Costos de la NO calidad en la Prestación de la Salud, relacionados a reportes de eventos adversos

Trabajo de grado Presentado Para Obtener El Título De
Especialistas en Administración en Salud
Universidad Católica de Manizales, Cali

Asesor

Richard Nelson Román Marín

Bárbara Quintero, Francisco Quiroga & Melissa Sánchez.

Marzo 2015.

Agradecimientos

A nuestro asesor Richard Nelson Román Marín por su valioso apoyo, paciencia y aportes durante el desarrollo de este trabajo.

A la Clínica por su colaboración durante el desarrollo de este trabajo.

A nuestra familia por su soporte y apoyo en este proceso.

A todas las personas que de una u otra forma colaboraron en la elaboración y culminación de este proyecto.

Resumen

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo de corte transversal. Se llevó a cabo en una Clínica al Oeste de Cali durante el período comprendido entre el mes de Enero a Junio 2014 con el objetivo determinar los costos generados por la No calidad en los servicios de hospitalización asociado a los reportes de eventos adversos.

En este periodo se reportaron 245 eventos adversos, para los cuales nuestro universo poblacional y muestra estuvo constituido por 56 eventos adversos, generados en el servicio de hospitalización. Como instrumento de recolección de datos se utilizó un formato especialmente diseñado para la investigación, con el cual se compararon los reportes de facturación del servicio y se establecieron los costos de la atención luego de ocurrido el evento adverso en cada uno de los pacientes, como resultado se encontró que el 3% de la facturación global de la Institución se debe a la ocurrencia de los eventos adversos, siendo las mujeres las más propensas de ocurrencia de eventos adversos con un 77% de incidencia, el grupo etario de mayor número (45%) fueron los mayores de 65 años y el evento adverso que mayor número de reportes se generó fue relacionado a la atención de salud (37%), el de mayor impacto económico fueron los eventos relacionados a reintervenciones quirúrgicas.

Se plantea como estrategia de mejoramiento, establecer un modelo de seguimiento de los planes de mejora y fortalecimiento de los programas de educación, así mismo se deberá enfocar en el autoreporte a otros profesionales de salud diferentes a enfermería. Establecer un programa que determine los costos de cada evento adverso creará alertas a los directivos de la institución. Finalmente se sugiere realizar un estudio más profundo que determine los costos intangibles como aquellos relacionados a la incapacidad derivada, a los gastos jurídicos y al tiempo de reprocesos.

Palabras claves:

Calidad, No calidad, Accesibilidad, Mejoramiento, gestión de la calidad, Eventos Adversos, Costos.

Tabla de Contenido

Introduccion	9
1. Problema de Investigacion.....	11
1.1 Planteamiento del Problema.....	11
1.2 Formulación del Problema.....	11
2. Antecedentes	13
3. Hipotesis	15
4. Justificacion.....	16
5. Objetivos	18
5. 1 Objetivo General	18
5. 1 Objetivos Específicos	18
6. Fundamento Teórico	19
6.1 Definicion de Calidad	20
6.2 Definicion de Seguridad de Paciente.....	22
6.3 Definicion de Costeo	27
7. Metodología	30
7.1 Tipo de estudio	30
7.2 Poblacion objeto de estudio	30
7.3 Unidad de Análisis	30
7.4 Area de Investigación	30
7.5 Criterios de Inclusion	30
7.6 Criterios de Exclusion	31
7.7 Variables	31
7.8 Tecnica e Instrumento de Recoleccion de la Informacion.....	31
7.9 Periodo de Ejecucion	31
8. Presentacion de Resultados	32
9. Cronograma	48
10. Conclusiones	49
11. Recomendaciones	51

12. Glosario	52
Bibliografía	54
Anexos	

Lista de Gráficos

1. Distribución de la población según género	32
2. Distribución de la población según grupo etareo.....	33
3. Distribución del evento adverso según especialidad.....	34
4. Distribución según tipo de evento	35
5. Distribución según valor de Severidad.....	36
6. Distribución según quien reporta el evento	37
7. Distribución de costos adicionales de exámenes diagnósticos causados por el evento adverso.....	38
8. Distribución de costos adicionales de medicamentos causados por el evento adverso.....	39
9. Distribución de costos adicionales de días de hospitalización causados por el evento adverso	40
10. Distribución de costos adicionales de honorarios médicos y especialistas causados por el evento adverso	41
11. Distribución de costos adicionales de insumos causados por el evento adverso.....	42
12. Distribución de costos adicionales de procedimientos quirúrgicos por el evento adverso.....	43
13. Distribución de costos adicionales de laboratorios causados por el evento adverso	44
14. Distribución de costos adicionales de terapias causados por el evento adverso	45
15. Distribución de total de costos adicionales causados por el evento adverso	46
16. Relación de los costos derivados de la NO calidad Vs facturación del servicio Enero a Junio 2014.....	47
17. Relación de los costos derivados de la NO calidad Vs facturación Global del servicio Enero a Junio 2014.	48

Lista de Tablas

1. Distribución de la población según género.....	32
2. Distribución de la población según grupo etareo.....	33
3. Distribución del evento adverso según especialidad	34
4. Distribución según tipo de evento	35
5. Distribución según valor de Severidad.....	36
6. Distribución según quien reporta el evento	37
7. Distribución de costos adicionales de exámenes diagnósticos causados por el evento adverso	38
8. Distribución de costos adicionales de medicamentos causados por el evento adverso ..	39
9. Distribución de costos adicionales de días de hospitalización causados por el evento adverso	40
10. Distribución de costos adicionales de honorarios médicos y especialistas causados por el evento adverso	41
11. Distribución de costos adicionales de insumos causados por el evento adverso	42
12. Distribución de costos adicionales de procedimientos quirúrgicos por el evento adverso	43
13. Distribución de costos adicionales de laboratorios causados por el evento adverso	44
14. Distribución de costos adicionales de terapias causados por el evento adverso	45
15. Distribución de total de costos adicionales causados por el evento adverso	46

Lista de Anexos

Anexo 1 Tabla de variables

Anexo 2 Instrumento de recolección de información

Introducción

De acuerdo con Donabedian (1980), la calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversas medidas, 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 dónde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.

En el caso de la atención a la salud, en donde el servicio se otorga directamente a la persona y en el que el objetivo central es actuar a partir de sus atributos individuales, en este caso su salud, para mejorarla o mantenerla, la sola satisfacción del usuario no es suficiente para definir el concepto. En efecto, la relación entre beneficios y riesgos, si bien considera la satisfacción, también considera el resultado de esa acción en 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 aun cuando siempre podrá juzgar la verdadera efectividad e incluso la ética del tratamiento al que fue sometido. Además, en esta ecuación de beneficios y riesgos cabe la posibilidad de tener niveles negativos de calidad; es el caso en el que los riesgos superan a los beneficios, lo que se considera como iatrogenia de la que, nuevamente, el paciente podría no estar plenamente consciente a pesar de manifestar satisfacción por el trato recibido.

Podemos deducir entonces que la calidad no es un concepto absoluto sino relativo en el que los beneficios y los riesgos deben ser establecidos de acuerdo con estándares de beneficios factibles y de riesgos prevenibles. En este caso, por estándar debe la asignación de valores a determinados indicadores que permitan medir de alguna manera, los niveles de calidad alcanzados en situaciones específicas; así, la calidad resulta siempre un juicio comparativo. Es necesario señalar que, con frecuencia, por ser un concepto relativo, el juicio acerca de la calidad de la atención médica tiende a ser descalificado al considerar algunos que se trata de una percepción meramente subjetiva y por

tanto carente de valor y poco confiable. No obstante, si bien la medición de la calidad no es sencilla es necesario destacar que sí es posible llevarla a cabo y con ello obtener juicios válidos.¹

El fin último de la prestación de un servicio de salud es generar un resultado mejor y no uno peor, pero tradicionalmente se ha considerado que el servicio de salud supone una obligación de medios y no de resultados, hecho que explica por qué el control de calidad se ha basado en los dos primeros componentes de la calidad (estructura y proceso) y no en éste último (el de resultado). Sin embargo, aunque esto es totalmente cierto en términos jurídicos, no lo es en términos de mejoramiento de la calidad, la dificultad en la medición impide que se establezcan responsabilidades en contra de los proveedores en un proceso judicial, pero no impide que se puedan hacer comparaciones globales de los resultados obtenidos por un proveedor con los de otro, y que se pueda hacer un seguimiento sobre la mejoría de los resultados.²

En este trabajo encontraremos la importancia de la medición de los costos de la no calidad, hallaremos oportunidades que faciliten los esfuerzos de mejora de la calidad y que nos conduzcan a una reducción de costos operativos.

Cambiará la forma en que los profesionales piensan sobre los errores; actuando como motivador para su reducción.

Lo importante es que la empresa de Salud, exista conciencia de la importancia de todo lo relacionado con la calidad y sus costos.

¹ La Garantía de la Calidad en las Instituciones de Seguridad Social, Enrique Ruelas Barajas, 1992

² ¿Cómo Medir Calidad? Ramón Abel Castaño Yepes. Revista Vía Salud, 1998

1. Problema de Investigación

1.1 Planteamiento del problema

Las muertes inesperadas de pacientes ocurridas en hospitales de los EUA a mediados de la década de los noventa, llevaron a que el gobierno ordenara la creación de un comité para investigar la calidad del cuidado médico.³ A principios del año 2000, este grupo publicó el resultado de una investigación realizada sobre los errores médicos en pacientes atendidos en forma hospitalaria. El informe titulado: "Errar es humano"⁴ concluyó que entre 44.000 a 98.000 personas mueren al año en los hospitales de ese país como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención; estas cifras situaron a la mortalidad por errores médicos en los EUA en los primeros sitios, incluso por encima de la mortalidad producida por accidentes de tránsito, por cáncer de mama o por SIDA. Como resultado de este informe, se iniciaron alarmas a nivel mundial sobre la magnitud del problema y se señaló la necesidad de atenderlo a través de la implementación de políticas y procesos de atención que giran en torno a la seguridad del paciente y al mejoramiento continuo; todo esto planteado desde el impacto que tienen los eventos adversos en la salud del paciente, la desconfianza del usuario frente a la prestación del servicio y el daño colateral que repercute en el trabajador de salud.

El Ministerio de Salud de Colombia en el año 2005 publicó el documento: "Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud", en la cual entre otros, enmarca los principios de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en tres ejes, accesibilidad, calidad y eficiencia, que no son más que: aumentar el acceso de la población a los servicios de salud, mejorar la calidad de los servicios y controlar el gasto en salud.

La Política Nacional de Servicios de Salud, queda corta en la Institución, donde el costo derivado de los reportes no se ha medido y la concurrencia en los eventos queda como un número a la estadística con indicadores de resultados en términos médicos (clasificación por gravedad, por recurrencia, por tipo de evento, por días de estancia hospitalaria) más no en los resultados

³ The Task Force: Quality interagency coordination (QuIC) Task Force. US Government; 1999

⁴ INSTITUTE OF MEDICINE. To err is human. Building a safer health system. National Academy Press. Washington.1999

económicos que dichos eventos generan cada mes, ya sea con la evaluación del impacto causado por las estrategias de mejoramiento creadas (disminución de gastos) o por los gastos generados por la prestación de servicio fuera de estándares de calidad; es claro que la calidad en el servicio de salud está dada por muchos más componentes que no solo incluyen los eventos adversos sin embargo todos los eventos adversos si son derivados de la falta de calidad en la atención.

En la Clínica al Oeste de Cali se reporta aproximadamente dos eventos adversos al día, en el primer semestre comprendido en enero y junio del 2014 se reportaron 245 los cuales 56 eran del área de hospitalización.

Por lo anterior surge la preocupación de los investigadores sobre los costos adicionales por no seguir los parámetros de la calidad, planteado el siguiente interrogante:

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el costo que genera la No calidad en la prestación de Servicios de Salud en el área de hospitalización asociado a los reportes de eventos adversos en una Clínica al Oeste de Cali durante los meses de Enero a Junio del 2014?

2. Antecedentes

Donald Berwick, A. Blanton Godfrey y Jane Roessner en su libro “New Strategies for Quality Improvement” mencionan que los costos generados de la no calidad en el sector se encuentran entre un 40 y 50% y por otro lado el estudio realizado en New York⁵ sobre “Errar es Humano”, reporta que los costos de los efectos de los Eventos Adversos reportados por el estudio ascienden a cifras entre 37,6 y 50 billones de dólares anuales, lo cual significa entre el 2 y 4% del gasto total en salud; en la práctica, se pueden medir los costos de los efectos de la mala calidad y luego reducirlos por medio del análisis adecuado de causa y efecto. La eliminación de las causas básicas significa estar erradicando firmemente el problema. Cuanto más avanzado dentro del proceso se descubra una falla en el producto o servicio, es decir, cuanto más se acerque al “cliente-paciente”, más caro será corregirlo. Generalmente, conforme se reducen los costos de las fallas, los esfuerzos de evaluación también se pueden reducir de una forma importante.

Los costos de la calidad pueden originarse en cualquier área de la organización para prácticas de salud, aún los servicios muy ajenos a las actividades cotidianas de la organización, pueden perjudicar la calidad de los servicios; es por esto, que se requiere que los procesos sean coordinados y entrelazados con cada uno de los departamentos o servicios de la organización, de modo que se identifique, recopile y supervise los costos de la calidad que se presenten dentro de su responsabilidad. El registro adecuado de los errores detectados son medidas que permiten a las organizaciones determinar en qué puntos se deben implantar mejoras.

Según un estudio de la ANAES (Agence national d'accréditation et d'évaluation en sante, Francia)⁶, la preocupación por los gastos en salud es un tema presente en la política sanitaria desde los años setenta que generó la necesidad de evaluar la calidad en las prestaciones de instituciones de Salud.

La gestión de la calidad, por la reducción de la no calidad, puede ser preventiva o correctiva, tradicionalmente⁷, esta gestión se realizaba normalmente de forma reactiva: después de producirse

5 INSTITUTE OF MEDICINE. To err is human. Building a safer health system. National Academy Press. Washington. 1999

6 SAILLOUR-GLENISSON, F; PREAUBERT, N (2004) Cost of quality and non-quality in care provided by healthcare organisations: current situation and proposals. Paris: Haute Autorite de Sante (French National Authority for Health) (HAS).

7 Guía Para Metodología De Cálculo De Costos De Calidad Y No Calidad, ANAES 1998.

un error este se analizaba y se tomaban medidas, pero era frecuente la reincidencia del error porque no se realizaban adecuaciones al proceso o aprendizaje basado en la falla.

En el estudio de Carrasco y colaboradores⁸, se observa una mejora de siete de los ocho indicadores de calidad estudiados tras la puesta en marcha de un seguimiento de indicadores de calidad y cuantificación de los costos.

En el estudio de Ríos y colaboradores⁹, se utiliza una metodología de los costos entre casos y controles según la cual cada caso se aparea con un caso control de la misma edad, diagnóstico, gravedad y comorbilidad.

La media de diferencias en costos entre casos y controles se asume como el costo de la no calidad, como resultado se extrae que el costo de la infección post operatoria triplica el costo de la cirugía. Además de los costos directos acreditados al presupuesto de la institución de salud, la no calidad, genera un factor de riesgo. Según Ville¹⁰, estos riesgos se producen a tres niveles: el paciente, el establecimiento y la sociedad, es decir:

1. Un riesgo para la seguridad del paciente: la institución de salud no debe convertirse en un lugar de riesgos a causa de la existencia de zonas de no calidad en la cadena de cuidados.
2. Un riesgo para el establecimiento, a dos niveles: económico y comercial. El no respetar la demanda de los pacientes en cuanto a las prestaciones de hospitalización, la recepción y la calidad de los cuidados puede implicar una pérdida de confianza por parte de los mismos asociada a una mala imagen del establecimiento.
3. El riesgo puede ser social pues puede también implicar una pérdida de confianza que necesita el personal hospitalario para brindar cuidados de calidad.

8 Carrasco, G; Pallarés, A. y Cabré, L. Costes de la calidad en Medicina Intensiva. Guía para gestores clínicos. Rev de Calidad Asistencial 2005

9 Ríos J, Murillo C, Carrasco G, Humet C. Increase in costs attributable to surgical infection after appendicectomy and colectomy. Gac Sanit. 2003;17:218-25

10 Ville, G. "Enjeux et conditions de mise en place de l'assurance qualité dans le établissements de soins". Paris: IESTO; 1995

3. Hipótesis

Al revisar y contabilizar los costos generados por ocurrencia de los eventos adversos presentados en el periodo se encontrara un valor de gran impacto en la facturación del servicio de hospitalización que influye en las ganancias totales (PIG) de la Institución, definidos como costos de No Calidad.

4. Justificación

Frente a estas necesidades, la Clínica al Oeste de Cali no ha sido ajena y desde el año 2007 incluye en su Planeación Estratégica objetivos para el cumplimiento de esta necesidad:

Objetivos Estratégicos Clínica al Oeste de Cali

- 6. Fortalecer nuestra cultura de servicio centrada en el paciente y su familia
 - 6. Optimizar el proceso asistencial generando valor, eficiencia y pertenencia a la Organización
 - 6. Lograr el mejor estado de salud posible acorde a las condiciones del paciente con eficiencia en el manejo de los recursos
 - 6. Fortalecer la gestión del recurso humano
 - 6. Fortalecer el compromiso en educación e investigación
 - 6. Promover el crecimiento sostenido del valor de la empresa
-

Para el cumplimiento de estos objetivos fue necesario, entre otros, el desarrollo del “Programa de Seguridad para el Paciente”, descrito como el conjunto de estructuras, procesos, metodologías e instrumentos organizacionales para disminuir la ocurrencia de eventos adversos y minimizar sus consecuencias; El Programa de Seguridad tiene como principios orientadores: Atención centrada en el usuario, cultura de seguridad, integración al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, multicausalidad, alianza con el paciente y su familia y finalmente alianza con los profesionales de salud, basados en los lineamientos de la Política de Seguridad del Paciente emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para el análisis de los reportes generados se constituyó el Comité de Eventos Adversos encabezado por la Dirección General de la clínica e integrado por los Jefes de Departamento Médico y Coordinadores de servicios con participación de los auditores médicos de la aseguradora de la compañía, donde cada reporte es analizado y clasificado, para luego así establecer planes de mejoramiento que contribuyen a la disminución de la recurrencia.

Considerando que; la mejor forma de medir la calidad de la atención en salud sería a través de indicadores de resultado y que; actualmente la Clínica al Oeste de Cali cuenta con un Programa de

Seguridad de Paciente, pero que aún no cuenta con un sistema de evaluación de los costos generados por cada atención adicional a causa del error, se pretende realizar un estudio de cada caso reportado y analizado de eventos adversos según base de datos del Programa de Seguridad de Paciente durante los meses de enero a Junio del 2014; con el fin de establecer un reporte aproximado de los gastos ocasionados a causa de la mala calidad en salud de esta institución.

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

- Determinar el costo que genera la No calidad en la prestación de servicios de Salud en el área de hospitalización asociados a los reportes de eventos adversos en una Clínica al Oeste de Cali durante los meses comprendidos entre Enero y Junio del 2014.

5.2 Objetivos Específicos

- Caracterización de los eventos adversos que ocurrieron entre los meses de Enero a Junio del 2014 en el servicio de hospitalización.
- Evaluar el costo adicional generado por el evento adverso para la rehabilitación de la salud del paciente.

6. Fundamento Teórico

6.1 Definición de Calidad

Según Martín Ballesteros, la calidad es la conformidad con lo requerido; las mejores empresas y los mejores productos o servicios tienen gran posibilidad de sobrevivir; el mundo cambia rápidamente y solo quienes respondan ante los retos del cambio tendrán una ventaja competitiva en el mercado.

Existe una tendencia mundial, por parte de los usuarios, hacia los requisitos más exigentes respecto a la calidad, de igual forma, hay una creciente toma de conciencia respecto a que para obtener buenos rendimientos económicos, es necesario mejorar la calidad de forma sistémica.¹¹

La filosofía de calidad es posible solo cuando la dirección se compromete en el proceso y todo el personal se responsabiliza del autocontrol, eliminando así la inspección. Todos los costos que resulten de hacer las cosas mal por no ceñirse a las especificaciones previstas son producto del análisis del costo de calidad. Disponer de un Sistema de Costos de Calidad le permite a la organización no sólo disponer de información detallada y oportuna sobre los principales costos de No calidad, sino también ejecutar mejoras tendientes a su reducción.

Para demostrar que el costo de la calidad es poco comparado con los múltiples beneficios que pueda conllevar, se hace necesario cuantificarlos. Cuando la idea y los hechos de que la buena calidad van de la mano de beneficio económico de una organización, este termina arraigándose en las convicciones y acciones de todas las personas que trabajan en una Unidad de Organización, se proporciona la base fundamental para servir con éxito a los usuarios de sus servicios. Tener servicios más eficientes, expeditivos y económicos es hacerlos mejor.¹²

CALIDAD ES: CUMPLIR SIEMPRE CON LOS REQUISITOS

REQUISITOS = (NECESIDADES + EXPECTATIVAS)

¹¹ Ballesteros Cuervo, Martín, Costos de Calidad. Universidad Javeriana

¹² Ville, G. "Enjeux et conditions de mise en place de l'assurance qualité dans les établissements de soins". Paris: IESTO; 1995

Cuando no se cumplen los requisitos estamos ante una situación de no conformidad o de no calidad, por lo tanto, los costos de la no calidad son los costos que se generan cuando no se hacen las cosas bien desde la primera vez; son los costos del tiempo, del esfuerzo y de los materiales perdidos; son los costos provocados por las situaciones de no conformidad. A diferencia de los costos de calidad que son aquellos costos del conjunto de actividades que se realizan para prevenir situaciones de no conformidad.

Cuando no hay quien se preocupe por los Costos, simplemente el descontrol repercute en toda la cadena de encargados del servicio: desde la unidad de Organización que presta el servicio propiamente dicho, los empleados, directivos y proveedores, hasta los usuarios del mismo.¹³

6.1.1 Definición y composición del costo de la calidad

Existen diferentes tipos de costos, que pueden ser sencillos o a la vez difíciles de medir, pero que son necesarios para identificar los errores de las organizaciones, ya que podría decir que la mayor parte de los costos permanecen ocultos¹⁴.

A partir de los costos de la calidad, los gerentes son capaces de determinar la utilidad de invertir en un proceso, modificar el procedimiento de operación estándar o revisar el diseño de un producto o servicio.

Costos de prevención: Son los costos relacionados con aquellas actividades que suponen la identificación temprana de problemas, incluso a veces en la fase de diseño, y con las acciones realizadas para que las fallas no lleguen siquiera a presentarse, por ejemplo: costos de revisión de un nuevo producto, instrucción y capacitación, la planificación de la calidad, evaluaciones de la capacidad del proceso, reuniones de equipo de mejora de la calidad, proyectos de mejora de la calidad, educación y formación para la calidad.

¹³ Ville, G. "Enjeux et conditions de mise en place de l'assurance qualité dans le établissements de soins". Paris: IESTO; 1995

¹⁴ Ministerio de la Protección Social, Guía para metodología de cálculo de costos de calidad y no calidad; manual metodológico. República de Colombia

Si las cosas se hacen bien la primera vez, el esfuerzo no tiene que volver a repetirse. La inversión inicial que se realiza en la mejora de los procesos queda más que compensada por los ahorros resultantes en materia de costos.

Parte de los costos de tipo preventivo, deben entenderse como una inversión, puesto que producen un aumento de la productividad de la empresa u organización, y por tanto también de su valor.

Costos de evaluación: Los costos de evaluación son los que se relacionan con la medida, la valoración o la auditoria de productos o servicios, con el propósito de garantizar su conformidad con especificaciones o requerimientos.

Los costos de evaluación pueden estar asociados con la inspección de materias primas, la valoración del trabajo en proceso o las revisiones del producto terminado; por ejemplo: la inspección de materiales durante su recepción, el análisis del trabajo en proceso, la prueba o inspección final, la revisión interna de materiales y la calibración del equipo de material y prueba. Cuando la calidad del producto o servicio alcanza altos niveles, los costos de evaluación pueden reducirse¹⁵.

Costos de las fallas: Los costos de las fallas ocurren cuando un producto o servicio ya realizado, incumple los requerimientos de conformidad. Éstos se dividen en dos categorías: Los Costos de fallas internas son aquellos que se relacionan con las no conformidades de los productos o defectos de los servicios, y que se detectan antes de que el producto se envíe o el servicio se realice. Los costos internos por defectos pueden tomar la forma de desperdicio, refabricación, reelaboración, reinspección o pruebas repetitivas. Los costos de fallas externas se presentan cuando un producto o servicio no conforme, llega hasta el consumidor. En el ámbito de la salud se incluyen aquellos asociados con quejas de los clientes o las demandas por responsabilidad legal ocasionadas por un servicio mal prestado, los reintrosos, las reclamaciones de garantía y la re solicitud de productos. Los costos por fallas externas son los que tienen un impacto más grande sobre los costos de calidad totales, si bien son también los menos frecuentes pero conviene eliminarlos por completo; además como son muy visibles reciben una gran atención.

15 SUMMERS, DONNA C.S. Medición del Éxito organizacional. Parson educacion, Mexico, 2006

Costos totales de calidad: Los costos totales relacionados con la calidad son la suma de los costos controlables de calidad, es decir, los costos de prevención y evaluación y los costos de la no calidad contemplados en todos los estándares de la acreditación: los costos en la atención, o los de la información o la tecnología de igual forma que los derivados del recurso humano o del ambiente físico. Pero el más importante de todos los costos intangible de la calidad es el impacto de los problemas de la calidad sobre la imagen que los clientes tienen de la organización de salud, con todas sus implicaciones para los beneficios y el futuro de la misma.

El efecto de los costos intangibles de la calidad, llamados “costos ocultos de la calidad” es difícil, sino imposible, de valorarlos. Sin embargo, algunas empresas han visto un efecto multiplicador entre los costos de fallas medidas y los costos de fallas verdaderas. Estos costos son por ejemplo los de creación de mala fama o inseguridad. Sin embargo, el tenerlos parametrizados o identificados permitirá acciones efectivas de aquella comunicación voz a voz negativa que deteriora la imagen institucional sin conocerse.

6.2 Programa Para La Seguridad de Paciente

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad. En nuestro país existe una sólida decisión por parte del Gobierno, prestadores y aseguradores de desarrollar procesos que garanticen a los usuarios una atención segura en las instituciones de salud¹⁶.

Basados en el consenso obtenido en el Comité Sectorial de Normalización y este a su vez en la evidencia científica y las tendencias mundiales en seguridad del paciente, se mencionan las recomendaciones acerca de la mejor manera de alcanzar el propósito hacia el cual está dirigida la buena práctica:

¹⁶ Ministerio De Salud, Guía De Buenas Practicas Para La Seguridad Del Paciente En La Atención En Salud. Unidad Sectorial De Normalización En Salud, Marzo Del 2010.

Practicas Seguras:

- I. Procesos Institucionales Seguros: Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros. El programa de seguridad del paciente debe contemplar al menos los siguientes elementos:
 - Política institucional de Seguridad del Paciente: Se debe establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución; establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente; divulgar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución y promover un entorno no punitivo.
 - Promoción de la cultura de seguridad: La cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución. Se debe caracterizar por: Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua, percepción compartida de la importancia de la seguridad, confianza de la eficacia de las medidas preventivas, enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido y la existencia de un plan de capacitación y recursos.
 - Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo: Debe contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos, insumo necesario para la gestión de la seguridad del paciente en la institución.
- II. Reporte: Los resultados de un sistema de reporte de eventos adversos son útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de estos y que por lo tanto originan atenciones inseguras. Un sistema institucional de reporte de eventos adversos implica la definición de: Proceso para el reporte de eventos adversos, qué se reporta, a quien se le reporta; cómo se reporta, a través de qué medios, cuando se reporta, como se asegura la confidencialidad del reporte, si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros; el proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó y como se estimula el reporte en la institución.

- III. Análisis y gestión: Para que el reporte sea útil es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso (EA), el “Protocolo de Londres” es la metodología utilizada ampliamente en Colombia y recomendada para el análisis de los EA. Se debe precisar cuál será el manejo dado a la lección aprendida, como se establecerán barreras de seguridad, cuales procesos inseguros deberán ser rediseñados, y el apoyo institucional a las acciones de mejoramiento.
- IV. Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo, orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud, ilustrado en lo posible con ejemplos de la cotidianeidad de la institución y la forma en que se presenten los contenidos al trabajador de la salud debe ser sencilla y concreta.
- V. Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador:
- Procedimientos de referencia de pacientes: Definir, implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que aseguren que los pacientes que requieren atención de manera urgente, no sean referidos a otros centros sin que éstos garanticen, previamente su atención.
 - Procedimientos para la autorización de servicios: Definir implementar y realizar seguimiento a los procedimientos que garanticen la realización oportuna de procedimientos y hospitalización en la IPS solicitante.
 - Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente: Medir, analizar y tomar acciones con respecto a los tiempos de espera en la prestación de los servicios de salud que afecte la seguridad de los pacientes.
 - Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS: Elaborar, implementar y hacer seguimiento de los procedimientos que aseguren la oportunidad de entrega de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, así como la disponibilidad de los no incluidos en el POS.
 - Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios: Acordar mecanismos que garanticen la continuidad y la seguridad en la atención, durante los diferentes momentos de transición de responsabilidad entre los prestadores de servicios.
- VI. Estandarización de procedimientos de atención:

- Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente: Se ha identificado como riesgo para la seguridad del paciente, los procedimientos iniciales de atención en las instituciones de salud. Se debe diseñar, implementar y realizar seguimiento de la efectividad de: Procedimientos que garanticen que el paciente sea atendido de acuerdo con la prioridad que requiera su enfermedad o condición, procedimientos que eviten la no atención del paciente con remisión a otros centros sin estabilización de sus condiciones clínicas, procedimientos que eviten las esperas prolongadas para la evaluación de los pacientes (en salas de espera o en ambulancias), procedimientos que prevengan los errores en la determinación de la condición clínica del paciente y que puedan someterlo a dilaciones o manejos equivocados.
- Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia: Entendidas como la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente durante su estadía en la institución. Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares.
- Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes: Al menos en: Seguridad de los Neonatos, procedimientos para la oportuna entrega de suministros a las áreas y protocolos de atención a pacientes motivados en razones administrativas y no clínicas.

VII. Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos: La institución debe tener claro que la finalidad del reporte de eventos adversos es generar insumos para el análisis y la gestión, el conocimiento de la frecuencia y el perfil, se desarrolla a través de estudios de incidencia o de prevalencia, para el caso de las instituciones latinoamericanas se recomienda la utilización de estudios de prevalencia en capa, basados en la metodología IBEAS.¹⁷

VIII. La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente: Siempre en cumplimiento del principio de eficiencia, de acuerdo con el perfil de la institución se recomienda la medición de indicadores, al menos:

- Gestión de eventos adversos.
- Reporte de eventos adversos.

¹⁷ Salud y el Ministerio de Sanidad y Política Social de España en colaboración con los Ministerios de Salud de Argentina, Costa Rica, Perú, la Secretaría de Salud de México y el Ministerio de la Protección Social de Colombia. http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx

- De acuerdo con los riesgos que se generen; Indicadores que evalúen impacto en: caídas, neumonía asociada a ventilador, etc.
 - Detección de riesgos del ambiente físico.
 - Vigilancia de eventos adversos en prestador, asegurador, una red o en una región.
 - Gestión en educación en prestador, asegurador.
- IX. Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio: La literatura soporta el efecto benéfico de esta práctica en la reducción de la frecuencia de los errores de medicación, los cuales incluyen daños serios a los pacientes:
- Orden médica hecha por computador en toda la institución.
 - Generación de alarmas a través de sistemas que detectan aparición de Eventos
 - Adversos o indicios de atención insegura.
- X. Incluir aplicativos para la atención del paciente, como historia clínica electrónica, (preferiblemente) de manera segura y controlada.
- XI. Definir planes de contingencia para la reducción de riesgos en el caso de tener historia clínica electrónica y física a la vez.
- XII. Vigilancia permanente a las alarmas de alergias y demás riesgos de atención en la historia clínica.
- XIII. Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud: Debe incluir:
- Ambiente físico seguro: Evaluar las condiciones de localización segura, vulnerabilidad (estructural y funcional), suministro de agua potable, fluido eléctrico y plan de contingencia acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las Normas Nacionales y ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria.
 - Equipamiento tecnológico seguro: Implementar procesos de evaluación del equipamiento (industrial, biomédico, administrativo) incorporando desde el inicio la determinación de especificaciones técnicas de los insumos a utilizar en las Instituciones de salud: elaborar e implementar un modelo de seguridad del equipamiento; evaluar si la tecnología existente satisface la seguridad de los pacientes y es acorde con las necesidades de la institución y realizar análisis a partir de los reportes de tecnovigilancia.
 - Procesos Asistenciales Seguros: detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud; mejorar la seguridad en la utilización de

medicamentos; procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas; mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos; prevenir úlceras por presión; prevenir las complicaciones anestésicas; asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales; garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio; implementar equipos de respuesta rápida; reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares; prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea; reducir el riesgo de la atención del paciente crítico; mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas; reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental; prevención de la malnutrición o desnutrición; garantizar la atención segura del binomio madre – hijo.

XIV. Incentivar Prácticas Que Mejoren La Actuación De Los Profesionales

- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
- Prevenir el cansancio del personal de salud.
- Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado.
- Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.

XV. Involucrar Los Pacientes Y Sus Allegados En Su Seguridad.

- Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.
- Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención

6.3 Costeo

El método o técnica de costeo es el conjunto de procedimientos específicos utilizados para la determinación de un costo. Es decir, se consideran costos del producto todos los consumos de factores o insumos necesarios para desarrollar la tarea productiva, sean variables o fijos en relación al volumen de producción. A partir de esta premisa se exponen los siguientes métodos:

1) Costeo Real Integral

2) Costeo Real Normalizado

3) Costeo Predeterminado Estándar

Cada uno de ellos conduce a un costo unitario distinto para el mismo producto u objeto de costo. Pero el aspecto más relevante a tener en cuenta para la elección de uno u otro método de costeo es la calidad de la información que genera cada uno de ellos. En tal sentido, el Costeo real integral deriva en información muy poco analítica y, como consecuencia, no brinda la posibilidad de efectuar análisis que ayuden a mejorar la gestión.

El Costeo real normalizado mejora sustancialmente la calidad de la información debido al proceso selectivo de los factores de costos previo a su imputación a los productos. Por su parte, el Costeo predeterminado estándar, al basarse en estudios exhaustivos y profundos respecto a la mínima incidencia que debe tener cada elemento en el costo del producto, induce a desarrollar la tarea productiva poniendo todo el empeño para alcanzar el objetivo del mínimo costo.

En principio, cualquiera de los tres métodos de costeo indicados pueden ser aplicados en todo modelo de organización, pero siempre puede elegirse la mejor alternativa para cada caso en particular. Así por ejemplo, en empresas de producción bien diferenciada en las que cada tipo de artículo se produce por única vez puede aplicarse sin mayores problemas el Costeo real integral. En las empresas con producción repetitiva a lo largo del ejercicio económico, sea mono o poliproducción, conviene aplicar el Costeo real normalizado. El Costeo predeterminado estándar requiere, preferentemente, una excelente organización y óptimas condiciones económicas y financieras.

El costo económico es toda vinculación coherente entre un objetivo o resultado productivo y los factores o recursos considerados necesarios para lograrlos. Dicha vinculación se expresa o mide en términos monetarios¹⁸.

La evolución de la técnica, la modalidad de operar en los procesos productivos y la relación que puede establecerse con la clientela permitieron identificar dos tipos de empresas bien diferenciadas: las que desarrollan procesos intermitentes y las que ejecutan proceso en línea. Estos modelos

¹⁸ <http://rescate-estudiantil.com/wp-content/uploads/2010/05/FINANCIERA-I-libro-de-metodos-de-costeo.pdf>

operativos indujeron a los analistas de costos a crear metodologías de costeo que fueran compatibles con cada estructura productiva. De esta manera surgen los métodos de contabilidad de costo por Ordenes de Producción y por Procesos. El primero es aplicable a las empresas con procesos intermitentes y el segundo a las empresas con procesos en línea. El proceso productivo es la actividad que desarrollan las unidades de producción o agentes productores de la economía con el fin de transformar bienes intermedios (materias primas, productos semielaborados) en bienes finales, mediante el empleo de factores productivos¹³. También se define al proceso productivo como el sistema de acciones ejecutadas sobre determinados bienes para darles distinta utilidad a la que tenían antes del ejercicio de aquéllas. La actividad productiva así definida incluye no sólo la producción de bienes físicos (alimentos, automóviles, zapatos, viviendas) sino también la prestación de servicios (sanidad, enseñanza, transporte, investigación).

El método mejor establecido para determinar el costo de la atención en salud es la facturación, entendiéndose esta como: La facturación por venta de servicios de salud es un proceso antiguo dentro del sector salud, considerándose años atrás en uno de los procesos únicos de avance para las instituciones privadas. EL proceso de facturación se puede definir como el conjunto de actividades que permite liquidar la prestación de servicios de salud que genera la atención de un usuario en una institución; iniciando desde que el solicita un servicio, pasando por su atención y finalizando con su egreso. Este proceso se basa fundamentalmente en recibir y producir información.¹⁹

¹⁹ Blanco Restrepo J. Maya Mejía J, Administración de servicios de salud Tomo II, Segunda edición, 2005.

7. Metodología

7.1 Tipo de estudio

Estudio de tipo retrospectivo, de corte transversal.

7.2 Población objeto de Estudio

Número de pacientes con reportes de eventos adversos ocurridos en la institución y analizados por el Programa para la Seguridad del Paciente durante los meses de enero a junio del año 2014.

7.3 Unidad de análisis

Costos adicionales que se generan por el evento adverso reportado.

7.4 Área de investigación

La Clínica al Oeste de Cali es una institución prestadora de servicios de salud de medicina prepagada, tercer nivel de complejidad, cuenta con servicio de urgencias las 24 horas, servicio de hospitalización, consulta externa y áreas diagnósticas.

El servicio de hospitalización cuenta con 4 pisos cada uno con una capacidad aproximada de 58 pacientes.

Cada semana se realiza el Comité de Eventos Adversos encabezado por la Dirección General de la clínica e integrado por los Jefes de Departamento Médico y Coordinadores de servicios con participación de los auditores médicos de la aseguradora de la compañía, cada reporte es analizado y clasificado, para luego así establecer planes de mejoramiento que contribuyen a la disminución de la recurrencia.

7.5 Criterios de Inclusión

- Reportes eventos adversos en los meses comprendido de Enero a Junio comentados en el comité.
- Eventos ocurridos por ocasión de la atención recibida en los servicios de hospitalización de la institución.

7.6 Criterios de Exclusión

- Solo los reportes de eventos adversos investigados y evaluados por el grupo de seguridad de paciente con el fin de garantizar la confiabilidad de los mismos.
- Aquellos eventos que ocurran en el tiempo de investigación pero que no pasen por grupo de seguridad no serán tenidos en cuenta.
- Los reportes generados por las unidades de atención primaria, urgencias, consulta externa y afine (odontología, laboratorio clínico externo, farmacia externa, oftalmología)

7.7 Variables

Ver anexo 1

7.8 Técnica e instrumentos de recolección de Información.

A. Se diseñara un formato para recolectar información sobre los datos principales y costos adicionales que se generaron en el paciente con reporte de evento adverso. Ver anexo 2

7.9 Periodo de Ejecución

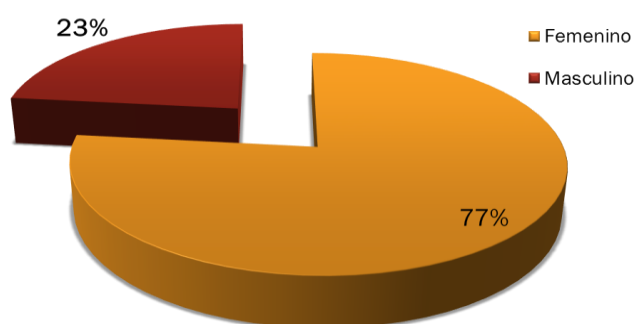
2014

8. Presentación de resultados

GRAFICO No. 1

8.1 Distribución de la población según género

Clasificación por Género de los Eventos Adversos



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 1

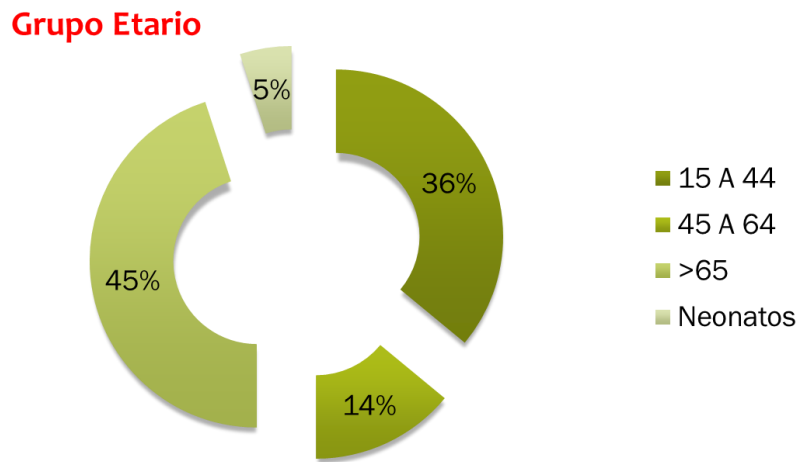
8.1 Distribución de la población según género

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	43	77%
Masculino	13	23%
TOTAL	56	100%

El 77% de los pacientes con eventos adversos son de género femenino mientras el 23% restante son masculino.

GRAFICO No. 2

8.2 Distribución de la población según grupo atareó



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 2

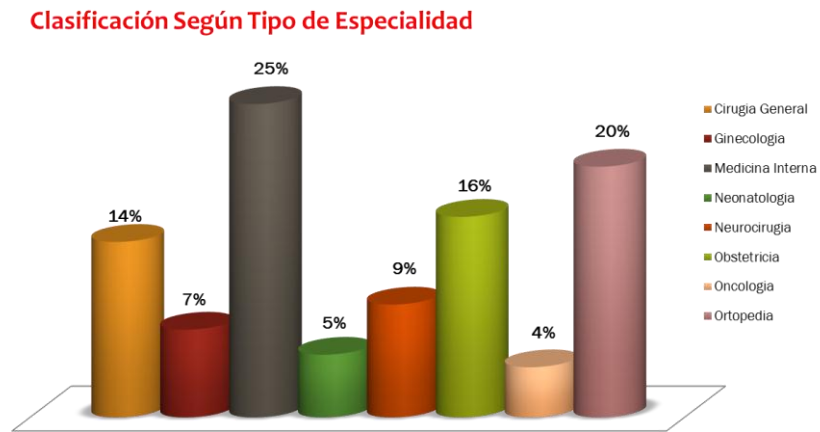
8.2 Distribución de la población según grupo etario

GENERO	FRECUENCIA
15 A 44	20
45 A 64	8
>65	25
Neonatos	3
TOTAL	56

Se puede observar que el 45% de los pacientes con eventos adversos está entre los rangos de edad >65 años y el 5% son neonatos.

GRAFICA No. 3

8.3 Distribución del evento adverso según especialidad



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 3

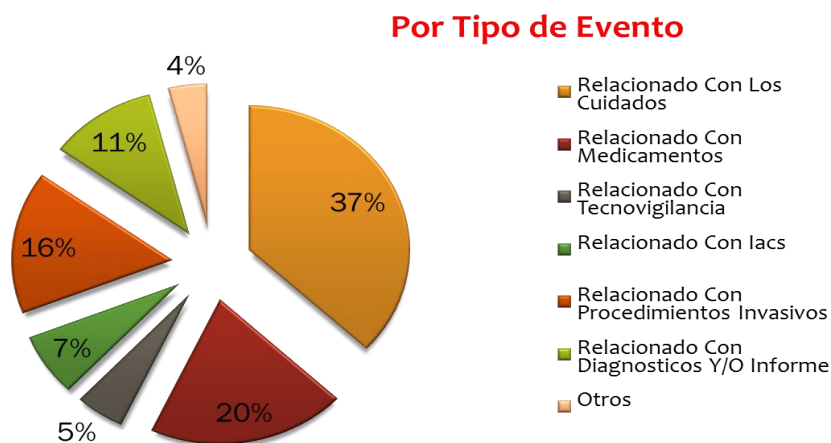
8.3 Distribución del evento adverso según especialidad

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA
Cirugia General	8
Ginecologia	4
Medicina Interna	14
Neonatologia	3
Neurocirugia	5
Obstetricia	9
Oncologia	2
Ortopedia	11
TOTAL	56

Se puede observar que el 25% de los pacientes con eventos adversos son de la especialidad de medicina interna y el 4% son de oncología.

GRAFICO No. 4

8.4 Distribución según el tipo de evento



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 4

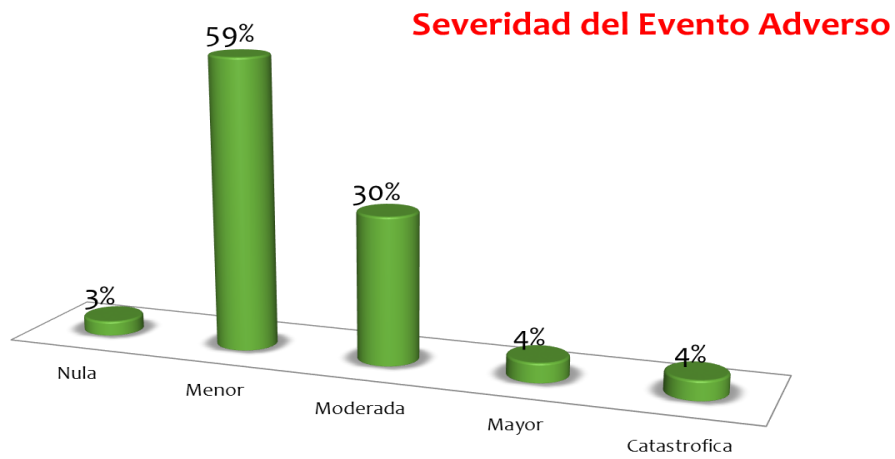
8.4 Distribución según el tipo de evento

TIPO DE EVENTO	FRECUENCIA
Relacionado Con Los Cuidados	21
Relacionado Con Medicamentos	11
Relacionado Con Tecnovigilancia	3
Relacionado Con Transfusion	0
Relacionado Con Iacs	4
Relacionado Con Procedimientos Invasivos	9
Relacionado Con Diagnosticos Y/O Informe	6
Relacionado Con Binomio Madre E Hijo	0
Otros	2
TOTAL	56

En esta tabla podemos observar que el 37% de los eventos adversos son relacionados con los cuidados y el 20% son relacionados con medicamentos.

GRAFICO No. 5

8.5 Distribución según el valor de Severidad



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 5

8.5 Distribución según el valor de Severidad

VALOR DE SEVERIDAD	FRECUENCIA
Nula	2
Menor	33
Moderada	17
Mayor	2
Catastrofica	2
Total	56

En esta tabla podemos observar que el 58% el valor de severidad del eventos adverso es Menor y el 4% catastrófico.

GRAFICO No. 6

8.6 Distribución según quien reporta el evento



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 6

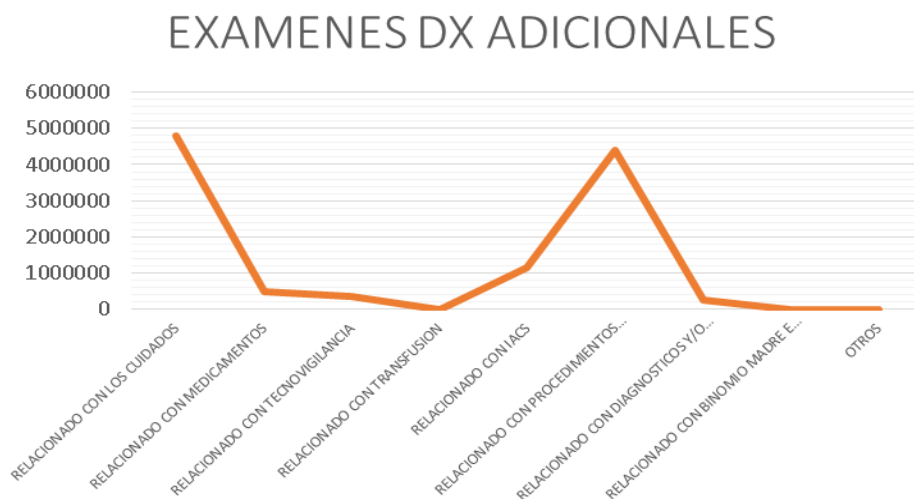
Distribución según quien reporta el evento

TIPO DE EVENTO	FRECUENCIA
Auditoria	5
Anestesiología	2
Enfermería	38
Ginecología	4
Pediatría	1
Medico Hospitalaria	3
Neonatología	1
Neurología	1
Ortopedia	1
TOTAL	56

En esta tabla podemos observar que el 67% enfermería es quien más reportes realiza y el 9% Auditoria.

GRAFICO No. 7

8.7 Distribución de costos adicionales de exámenes diagnósticos causados por el evento adverso



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 7

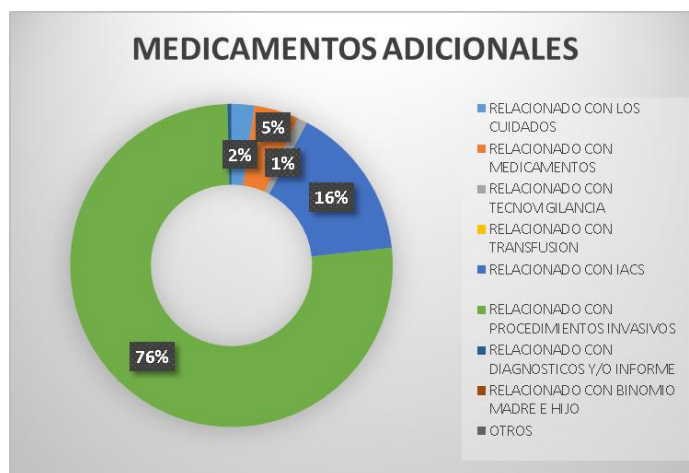
8.7 Distribución de costos adicionales de exámenes diagnósticos causados por el evento adverso

TIPO DE EVENTO	FRECUENCIA
Relacionado Con Los Cuidados	4.783.050
Relacionado Con Medicamentos	489.030
Relacionado Con Tecnovigilancia	347.840
Relacionado Con Transfusion	0
Relacionado Con Iacs	1.156.070
Relacionado Con Procedimientos Invasivos	4.401.990
Relacionado Con Diagnosticos Y/O Informe	260.290
Relacionado Con Binomio Madre E Hijo	0
Otros	0
TOTAL	11.438.270

En esta tabla podemos observar que el 42% que equivale a \$4.783.050 de los eventos adversos relacionados con los cuidados genero más costos en exámenes diagnósticos para la rehabilitación del paciente.

CUADRO No. 8

8.8 Distribución de costos adicionales de medicamentos causados por el evento adverso



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 8

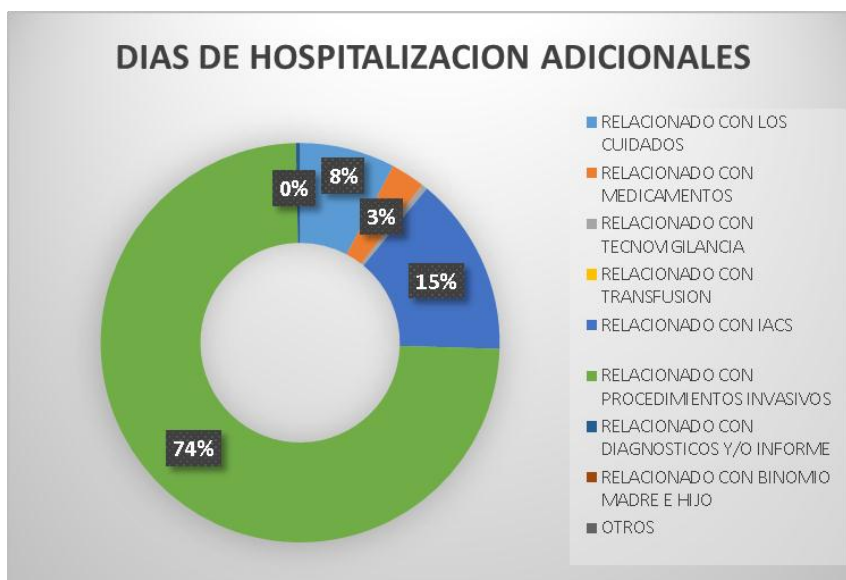
8.8 Distribución de costos adicionales de medicamentos causados por el evento adverso

TIPO DE EVENTO	FRECUENCIA
Relacionado Con Los Cuidados	886.246
Relacionado Con Medicamentos	1.736.449
Relacionado Con Tecnovigilancia	384.968
Relacionado Con Transfusión	0
Relacionado Con Iacs	6.017.432
Relacionado Con Procedimientos Invasivos	29.622.517
Relacionado Con Diagnosticos Y/O Informe	160.095
Relacionado Con Binomio Madre E Hijo	0
Otros	0
TOTAL	38.807.707

En esta tabla podemos observar que el 76% que equivale a \$29.622.517 de los eventos adversos relacionados con procedimientos invasivos generó más costos en medicamentos para la rehabilitación del paciente.

CUADRO No. 9

8.9 Distribución de costos adicionales de días de hospitalización causados por el evento adverso



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 9

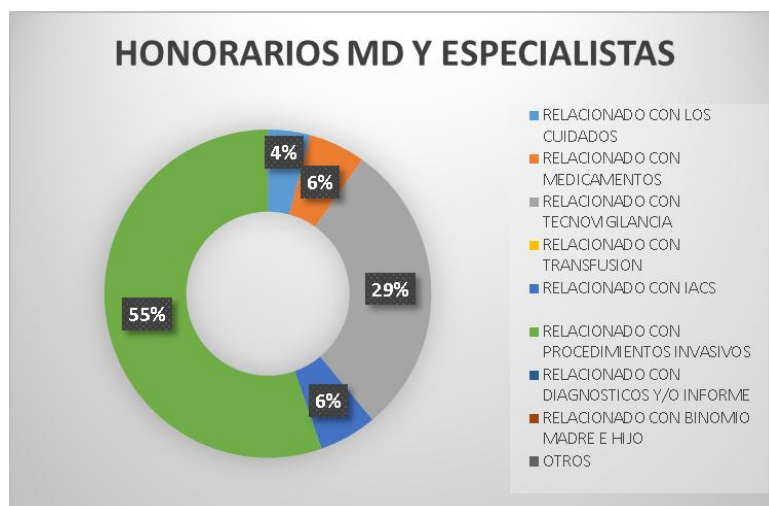
8.9 Distribución de costos adicionales de días de hospitalización causados por el evento adverso

TIPO DE EVENTO	FRECUENCIA
Relacionado Con Los Cuidados	2.634.030
Relacionado Con Medicamentos	944.430
Relacionado Con Tecnovigilancia	160.040
Relacionado Con Transfusión	0
Relacionado Con Iacs	4.962.260
Relacionado Con Procedimientos Invasivos	25.309.640
Relacionado Con Diagnosticos Y/O Informe	116.940
Relacionado Con Binomio Madre E Hijo	0
Otros	0
TOTAL	34.127.340

En esta tabla podemos observar que el 74% que equivale a \$25.309.640 de los eventos adversos relacionados con procedimientos invasivos genero más costos en días de hospitalización para la rehabilitación del paciente.

CUADRO No. 10

8.10 Distribución de costos adicionales de honorarios médicos y especialistas causados por el evento adverso



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 10

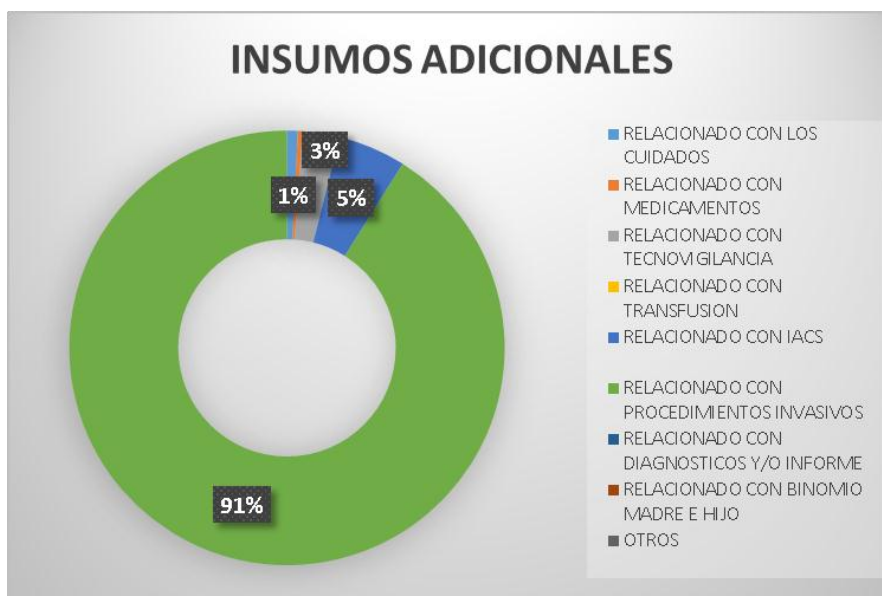
8.10 Distribución de costos adicionales de honorarios médicos y especialistas causados por el evento adverso

TIPO DE EVENTO	FRECUENCIA
Relacionado Con Los Cuidados	298.370
Relacionado Con Medicamentos	398.250
Relacionado Con Tecnovigilancia	2.078.460
Relacionado Con Transfusión	0
Relacionado Con Iacs	407.180
Relacionado Con Procedimientos Invasivos	3.940.760
Relacionado Con Diagnosticos Y/O Informe	0
Relacionado Con Binomio Madre E Hijo	0
Otros	0
TOTAL	7.123.020

En esta tabla podemos observar que el 55% que equivale a \$3.940.760 de los eventos adversos relacionados con procedimientos invasivos genero más costos en días de hospitalización para la rehabilitación del paciente.

CUADRO No. 11

8.11 Distribución de costos adicionales de insumos causados por el evento adverso



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 11

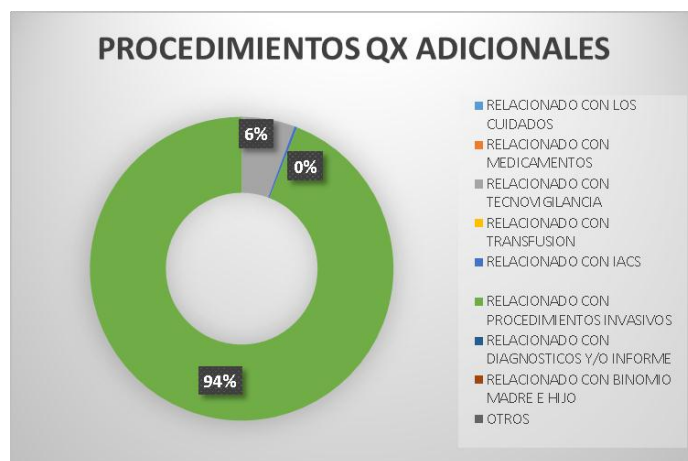
8.11 Distribución de costos adicionales de insumos causados por el evento adverso

TIPO DE EVENTO	FRECUENCIA
Relacionado Con Los Cuidados	187.879
Relacionado Con Medicamentos	78.873
Relacionado Con Tecnovigilancia	642.454
Relacionado Con Transfusión	0
Relacionado Con Iacs	1.179.740
Relacionado Con Procedimientos Invasivos	21.307.121
Relacionado Con Diagnosticos Y/O Informe	0
Relacionado Con Binomio Madre E Hijo	0
Otros	0
TOTAL	23.396.067

En esta tabla podemos observar que el 91% que equivale a \$21.307.121 de los eventos adversos relacionados con procedimientos invasivos genero más costos en insumos para la rehabilitación del paciente.

CUADRO No. 12

8.12 Distribución de costos adicionales de procedimientos quirúrgicos por el evento adverso



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 12

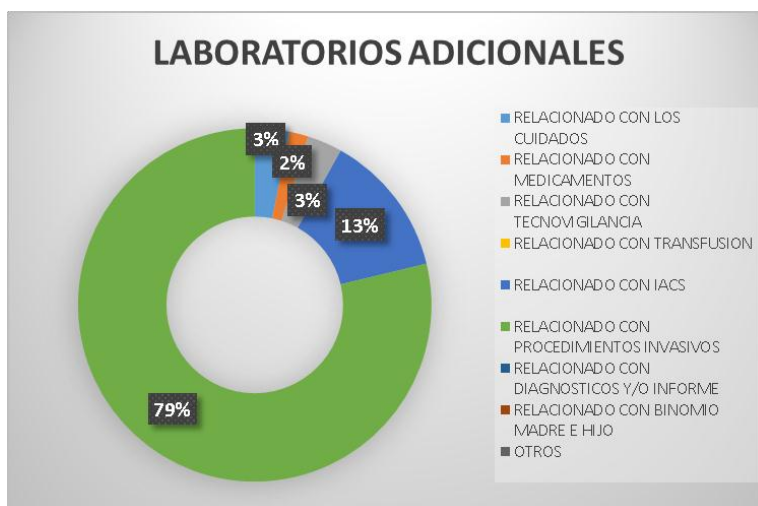
8.12 Distribución de costos adicionales de procedimientos quirúrgicos por el evento adverso

TIPO DE EVENTO	FRECUENCIA
Relacionado Con Los Cuidados	0
Relacionado Con Medicamentos	0
Relacionado Con Tecnovigilancia	1.058.721
Relacionado Con Transfusión	0
Relacionado Con Iacs	52.686
Relacionado Con Procedimientos Invasivos	17.553.115
Relacionado Con Diagnosticos Y/O Informe	0
Relacionado Con Binomio Madre E Hijo	0
Otros	0
TOTAL	18.664.522

En esta tabla podemos observar que el 94% que equivale a \$17.553.115 de los eventos adversos relacionados con procedimientos invasivos genero más costos en procedimientos quirúrgicos para la rehabilitación del paciente.

CUADRO No. 13

8.13 Distribución de costos adicionales de laboratorios causados por el evento adverso



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 13

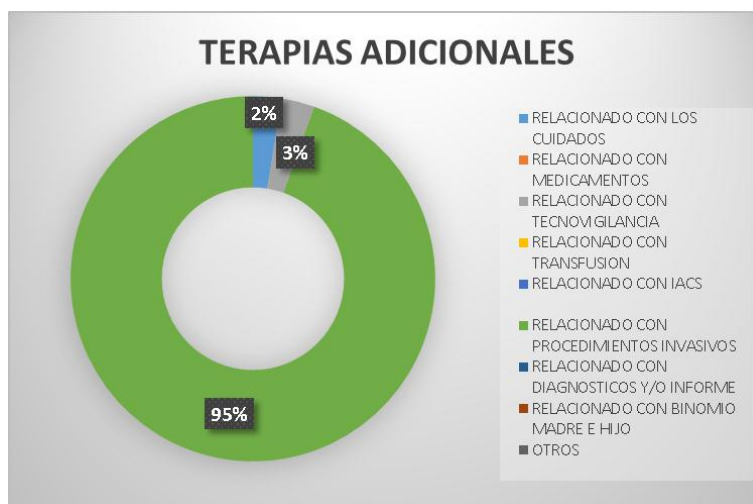
8.13 Distribución de costos adicionales de laboratorios causados por el evento adverso

TIPO DE EVENTO	FRECUENCIA
Relacionado Con Los Cuidados	173.140
Relacionado Con Medicamentos	95.503
Relacionado Con Tecnovigilancia	175.870
Relacionado Con Transfusión	0
Relacionado Con Iacs	722.180
Relacionado Con Procedimientos Invasivos	4.322.437
Relacionado Con Diagnosticos Y/O Informe	0
Relacionado Con Binomio Madre E Hijo	0
Otros	0
TOTAL	5.489.130

En esta tabla podemos observar que el 79% que equivale a \$4.322.437 de los eventos adversos relacionados con procedimientos invasivos generó más costos en laboratorios para la rehabilitación del paciente.

CUADRO No. 14

8.14 Distribución de costos adicionales de terapias causados por el evento adverso



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 14

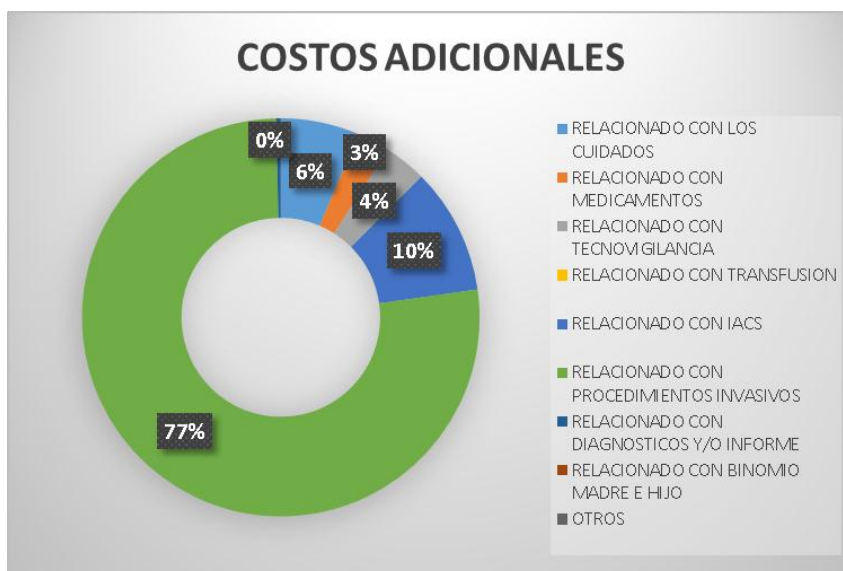
8.14 Distribución de costos adicionales de terapias causados por el evento adverso

TIPO DE EVENTO	FRECUENCIA
Relacionado Con Los Cuidados	58.720
Relacionado Con Medicamentos	0
Relacionado Con Tecnovigilancia	67.680
Relacionado Con Transfusión	0
Relacionado Con Iacs	0
Relacionado Con Procedimientos Invasivos	2.191.060
Relacionado Con Diagnosticos Y/O Informe	0
Relacionado Con Binomio Madre E Hijo	0
Otros	0
TOTAL	2.317.460

En esta tabla podemos observar que el 95% que equivale a \$2.191.060 de los eventos adversos relacionados con procedimientos invasivos generó más costos en terapias para la rehabilitación del paciente.

CUADRO No. 15

8.15 Distribución de total de costos adicionales causados por el evento adverso



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

TABLA No. 15

8.15 Distribución de total de costos adicionales (facturación – productividad) causados por el evento adverso

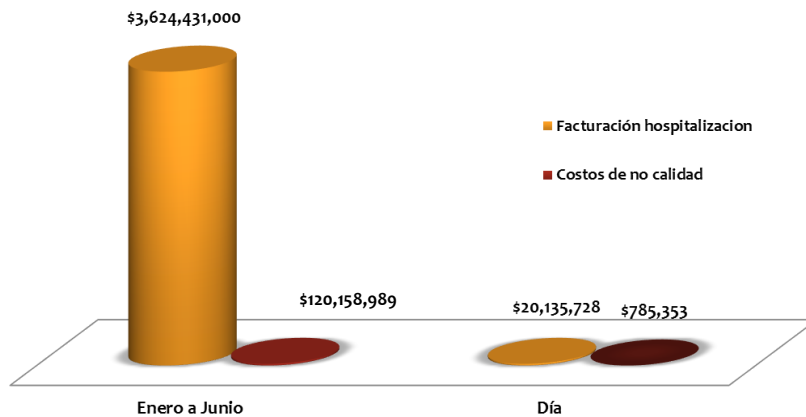
TIPO DE EVENTO	FRECUENCIA
Relacionado Con Los Cuidados	7.668.219
Relacionado Con Medicamentos	3.181.157
Relacionado Con Tecnovigilancia	4.178.628
Relacionado Con Transfusión	0
Relacionado Con Iacs	12.322.915
Relacionado Con Procedimientos Invasivos	92.351.344
Relacionado Con Diagnosticos Y/O Informe	456.726
Relacionado Con Binomio Madre E Hijo	0
Otros	0
TOTAL	120.158.989

En esta tabla podemos observar que el 77% que equivale a \$92.351.344 de los eventos adversos relacionados con procedimientos invasivos generó más costos de No calidad para la rehabilitación del paciente.

GRAFICO No. 16

8.16 Relación de los costos derivados de la NO calidad Vs facturación del servicio Enero a Junio 2014.

RELACION DE LOS COSTOS DERIVADOS DE LOS EVENTOS ADVERSOS VS FACTURACION DEL SERVICIO

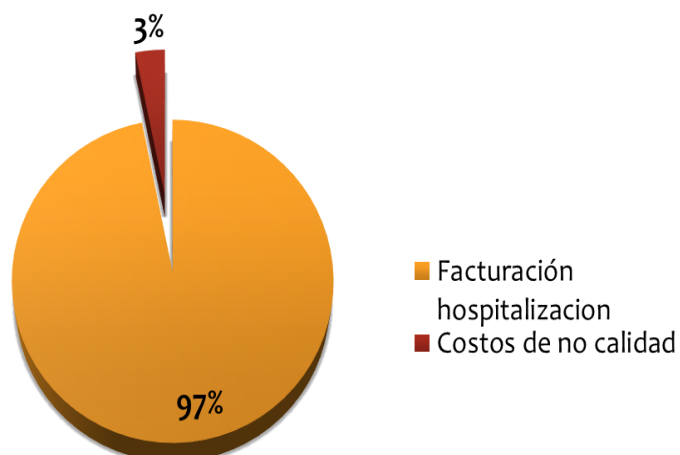


Fuente: Instrumento de medición eventos adversos

GRAFICO No. 17

8.17 Relación de los costos derivados de la NO calidad Vs facturación Global del servicio Enero a Junio 2014.

RELACION DE LOS COSTOS DERIVADOS DE LOS EVENTOS ADVERSOS VS FACTURACION GLOBAL



Fuente: Instrumento de medición eventos adversos
47

9. Cronograma

Costos De No Calidad Servicio de Hospitalización Clínica Sebastián de Belalcazar Enero a Junio del 2014

CRONOGRAMA

PLANEACION Y EJECUCION			MES / SEMANAS																												
Const.	DURACION	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	Marzo		Abril		Mayo		Junio		Julio		Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre		Enero		Febrero						
			SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA		SEMANA						
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9
PROYECTO																															
1	6 Meses	Elaboracion del Proyecto																													
2		Identificacion del Proyecto																													
3		Formulacion del Proyecto	X	X	X	X	X	X	X																						
4		Planificacion de la ejecucion																													
5		Planificacion del seguimiento y la evaluacion																													
6	4 Meses	Evaluacion Analitica																													
7		Revision Bibliografica																													
8		Permisos - Autorizaciones - Bases de Datos							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X													
9		Criterios de inclusion																													
10		Ajustes de calidad																													
11	Elaboracion de Intrumento de investigacion																														
12	2 Sem.	Presentacion de la Propuesta del proyecto												X	X																
13	4 Meses	Ejecucion y seguimiento del proyecto														X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
14	6 Sem	Evaluacion Final del Proyecto																							X	X	X	X	X		
15	2 Sem.	Presentacion informe final																											X	X	

10. Conclusiones

- Se realizó evaluación de 56 eventos adversos reportados y clasificados como eventos prevenibles que cumplieron los criterios de inclusión generados en el área de hospitalización de una Clínica al Oeste de Cali.
- De estos eventos se encontró que el 77% fueron mujeres, el 81% son mayores de 45 años (45% mayores de 65 años y 36% entre las edades de 45 a 65 años).
- El 37% de eventos adversos está relacionado con el cuidado y atención directa del paciente y el 20% con el uso de medicamentos. En parte por la sensibilidad que tiene el personal de enfermería con el reporte del evento adverso que no es igual al del resto del personal de salud de la institución, siendo generadores del 68% de los reportes.
- De los 56 eventos adversos que se estudiaron se generaron \$141.363.516 de costos de NO calidad en la prestación de servicios de Salud en el área de hospitalización de la Clínica en el Oeste de Cali durante los meses de Enero a Junio del 2014
- El 37% de los eventos adversos son relacionados con los cuidados, que son producto de la práctica de Enfermería en la mayoría de los casos e indicadores de la calidad de los cuidados brindados, por lo tanto, es importante tener conocimiento de esto y la manera de lograr disminuirlos.
- El total de los costos asociados a la NO calidad en la prestación de servicios de Salud fue de \$ 120.158.989
- De estos \$ 120.158.989 , el 76% del costo total le corresponde a los eventos adversos relacionados con procedimientos invasivos, a pesar de que la incidencia por este tipo de evento es de solo el 16% del total de eventos. En parte asociado al impacto que tienen los mismos en la salud del paciente.

- El Costo de la no calidad en salud relacionado con la facturación del servicio en el periodo de tiempo es de un 3,3%
- La institución no cuenta con un software para evaluar el valor real de los eventos, ni cuenta con mecanismos para la búsqueda activa de los mismos.
- En medicina interna es difícil determinar los reportes de evento adverso en relación a que la historia natural de la enfermedad podrá confundir los resultados como esperados y no como evento.
- A pesar de que las políticas gubernamentales se enfocan en la atención de servicios con calidad, no existen los suficientes elementos para que las instituciones puedan cumplir con los estándares, egresados con el suficiente aprestamiento para laborar y muchas de las actividades académicas deberán ser asumidas por las instituciones mismas para completar conocimientos.

11. Recomendaciones

- Todas las Instituciones que prestan servicios de salud deben de tener un programa de seguridad del paciente, donde incluyan un sistema de costos de la no calidad, cuantificable, verificable y que pueda evidenciarse en los estados financieros de la organización.
- Los eventos adversos no prevenibles deberán ser analizados no solo con el fin de crear estrategias para la educación continua sino para establecer mejoras en los procesos administrativos que tengan impacto económico.
- La institución deberá generar estrategias que mitiguen la ocurrencia de los mismos enfocándose en los eventos mas comunes.
- Se recomienda desarrollar estrategias mas profundas para el análisis de costos de los eventos adversos que incluya costos derivados de las demandas jurídicas, la perdida del usuario para la entidad o falta de credibilidad de la misma, la información vos a vos que pueda trasmitirse por esta causa, la incapacidad en años de vida perdido y años laborados perdidos al paciente victima del evento, así como los reingresos relacionados con el evento adverso.

12. Glosario

Accesibilidad: Es el grado en el que todas las personas pueden utilizar un objeto, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas.

Atención Segura: La atención segura consiste en tomar decisiones clínicas basadas en pruebas a fin de maximizar los resultados sanitarios de un individuo y reducir al mínimo la capacidad de causar daño

Calidad: Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se logren los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento

Costos: Es el valor monetario de los consumos de factores que supone el ejercicio de una actividad económica destinada a la producción de un bien o servicio.

Daño: Alteración temporal o permanente de estructuras o funciones físicas, emocionales o psíquicas, y/o el dolor resultante, que precisen intervención

Error: El hecho de que una acción planeada no se lleve a cabo tal y como estaba previsto, o la aplicación de un plan erróneo, inadecuado o incorrecto para lograr un objetivo.

Evento Adverso: Lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o a ambas cosas.

Gestión de la calidad: La gestión de calidad se centra no solo en la calidad de un producto o servicio, sino en los medios para obtenerla. Por lo tanto, la gestión de calidad utiliza al aseguramiento de la calidad y el control de los procesos para obtener una calidad más consistente.

Recuperación: Conjunto no estructurado de factores humanos que conducen a que una situación de riesgo se detecte, se comprenda y se corrija a tiempo, de modo que la secuencia se limite a un cuasi incidente en lugar de evolucionar hacia lo que puede ser un evento adverso.

Riesgo: Probabilidad, alta o baja, de que alguien o algo vaya a resultar dañado por un peligro, multiplicada por la gravedad del posible daño.

No calidad: Se refieren a los negocios que se dejaron de hacer.

Perdida: Toda merma de la cantidad, la calidad o el valor de bienes como consecuencia de un evento no deseado. (2) En el ámbito de los seguros, la base para una reclamación según las condiciones de una póliza de seguro.

Programa Seguridad de Paciente: Es un objetivo de las ciencias de la salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos.

Bibliografía

1. SAILLOUR-GLENISSON, F; PREAUBERT, N (2004) Cost of quality and non-quality in care provided by healthcare organisations: current situation and proposals. Paris: Haute Autorite de Sante (French National Authority for Health) (HAS).
2. La evidencia de esto, por ejemplo, la refleja un informe de la ANAES de 1998 sobre los costes de la calidad y no calidad.
3. Carrasco, G; Pallarés, A. y Cabré, L. Costes de la calidad en Medicina Intensiva. Guía para gestores clínicos. Rev de Calidad Asistencial 2005; 20(5):271-284
4. Ríos J, Murillo C, Carrasco G, Humet C. Increase in costs attributable to surgical infection after appendicectomy and colectomy. Gac Sanit. 2003;17:218-25.
5. Ruelas Barajas, Enrique. Calidad, Productividad y Costos, Salud Pública de México. Mayo-Junio de 1993.
6. Nofuentes Pérez, Santiago. Costos de la No Calidad aplicada al sector público. En: Congreso nacional de calidad. Medellín. 1997.
7. Uribe Marin, Ricardo. Universidad EAFIT, Consultorio Contable. Costos de la No calidad.
8. Ministerio de la Protección Social, Guía para metodología de cálculo de costos de calidad y no calidad; manual metodológico. República de Colombia
9. Ballesteros Cuervo, Martín, Costos de Calidad. Universidad Javeriana.

- 10.** Casermeiro de Goytia, María Beatriz. Algunas Nociones sobre los costos de la No calidad.
Secretaria General de la Gobernación, Provincia de Salta.
- 11.** Barajas Pabon, Hernán. Fundamentos de costos. Editorial Alfa Omega. Pag. 259-275, 415-430.
- 12.** Cartier, Enrique, Teoría contable y teoría de costos (Mendoza, FCE-UNCuyo, 1999)
- 13.** Lorenzo Segovia, María José, La producción, en Enciclopedia práctica de economía, Vol. V
(Madrid, Hispamérica, 1983)
- 14.** Pellegrino, Antonio R., Normalización del costo de producción. Procesos intermitentes y en línea (Mendoza, FCE-UNCuyo, 1997)
- 15.** Schroeder, Roger G., Administración de operaciones. Toma de decisiones en función de operaciones (México, McGraw-Hill, 1983)