

**ACCIONES PARA CONTROLAR EL REINGRESO HOSPITALARIO Y
DISMINUIR EL COSTO POR EVENTO DE COOMEVA EPS EN EL
MUNICIPIO DE TULUÁ**

DIANA GAVIRIA CALDERON
MARÍA KATLEN LEMUS GARCÍA
SANDRA PATRICIA LUNA GARNICA

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANZIALES
CENTRO INSTITUCIONAL DE EDUCACIÓN ABIERTA Y A DISTANCIA
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
TULUA
2013

**ACCIONES PARA CONTROLAR EL REINGRESO HOSPITALARIO Y
DISMINUIR EL COSTO POR EVENTO DE COOMEVA EPS EN EL
MUNICIPIO DE TULUÁ**

DIANA GAVIRIA CALDERON
MARÍA KATLEN LEMUS GARCÍA
SANDRA PATRICIA LUNA GARNICA

DOCENTE: RICHARD NELSON ROMAN

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANZIALES
CENTRO INSTITUCIONAL DE EDUCACIÓN ABIERTA Y A DISTANCIA
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD
TULUA
2013

CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2. ANTECEDENTES	9
2.1 EL REINGRESO HOSPITALARIO	9
2.2 RESEÑA HISTÓRICA DE COOMEVA EPS	12
3. JUSTIFICACIÓN	20
4. OBJETIVOS	21
4.1 OBJETIVO GENERAL	21
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5. REFERENTE TEÓRICO	22
5.1 DEFINICIÓN DE TERMINOS	22
6. SITUACIÓN GEOGRAFICA	25
6.1 GENERALIDADES	25
6.2 LOCALIZACIÓN Y POSICIÓN GEOGRAFICA	27
6.3 LIMITES MUNICIPIO DE TULUA	28
6.4 EXTENSIÓN	28
7. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO COOMEVA EPS	29
8. DISEÑO METODOLÓGICO	34
9. CRONOGRAMA	40
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	41
11. RESULTADOS Y ANÁLISIS	43
11.1 ANALISIS DE DATOS	54
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	82
BIBLIOGRAFIA	84

LISTA DE GRAFICOS

Grafico 1. Pirámide poblacional	31
Grafico 2. Sexo de las personas encuestadas	54
Grafico 3. Edad de los encuestados	54
Grafico 4. Servicio de ingreso	54
Grafico 4. Destino del paciente	55
Grafico 5. Patologías más costosas	56
Grafico 6. Edad	57
Grafico 7. Sexo de los encuestados	65
Grafico 8. Distribución por raza de los encuestados.	65
Grafico 9. Distribución de encuestados por su estado civil.	66
Grafico 10. Entorno como red de apoyo.	66
Gráfica 11. Distribución por grado de escolaridad.	67
Gráfica 12. Eventos hospitalarios previos.	67
Grafico 13. Hospitalizaciones en casa	68
Gráfica 14. Seguimiento por personal de salud posterior alta médica.	68
Grafico 15. Medicamentos de Manejo	69
Gráfica 16. Distribución por morbilidad.	69
Grafico 17. Distribución de pacientes por antecedente de Tensión Arterial alterada con o sin diagnóstico de hipertensión arterial.	70
Gráfica 18. Distribución por antecedente de tabaquismo.	70
Gráfica 19. Distribución por antecedente de dislipidemia.	71
Gráfica 20. Distribución por antecedente de anemia.	71
Gráfica 21. Distribución por antecedente de patología renal	71

Gráfica 22. Distribución por alteración en el IMC	72
Gráfica 23. Grado de dependencia según Barthel	73
Grafico 24. Aplicación de protocolos	73
Grafico 25. Manejo clínico avalado por especialista	76
Grafico 26. Valoraciones Médicas	76
Grafico 27. Manejo Hospitalario Comorbilidades	77
Grafico 28. Plan Ambulatorio definido alta	77
Grafico 29. Contrarreferencia IPS primaria	78
Grafico 30. Percepción de la calidad por el evaluador	78
Grafico 31. Recepción de calidad	79

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Comparación costo evento hospitalario primer ingreso vs Reingreso	8
Cuadro 2. Comparación días de estancia hospitalaria primer ingreso vs reingreso.	8
Cuadro 3. Extensión municipio de Tuluá	28
Cuadro 4. Variables de Investigación	35
Cuadro 5. Datos de encuestados	44
Cuadro 6. Listo de chequeo de verificación de indicadores sugestivos	58
Cuadro 7. Lista de chequeo de verificación indicadores sugestivas	74

ACCIONES PARA CONTROLAR EL REINGRESO HOSPITALARIO Y DISMINUIR EL COSTO POR EVENTO DE UNA EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL MUNICIPIO DE TULUÁ

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El municipio de Tuluá cuenta con una red de instituciones públicas y privadas para la prestación de servicios de salud a toda la población del centro y norte del departamento que incluye desde el nivel I hasta el nivel III de complejidad. A esta red ingresan diariamente usuarios de las distintas empresas promotoras de salud, entre ellas Coomeva EPS, entidad que tiene a su cargo el aseguramiento de alrededor de 66.398 usuarios.

Dentro de los procesos que son considerados generadores de alto costo por evento, se encuentra el reingreso hospitalario no programado, evidenciándose esta afirmación en los indicadores de calidad de la entidad y el registro de los ingresos por costo de la herramienta CIKLOS del sistema de información de la EPS.

Para el año 2012 la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados para Coomeva EPS fue en promedio del 6% cuando la meta no debe superar el 5% de pacientes reingresados, convirtiéndose este dato en un signo de alarma sobre la calidad del servicio prestado y por lo tanto un incremento sustancial en el costo hospitalario que debe asumir la EPS. De acuerdo al ingreso por costo, un evento hospitalario que cumpla con las características de reingreso duplica el valor total de la cuenta derivada de la atención. Lo anterior se explica con la siguiente tabla, que nos ilustra el costo promedio por evento ingreso vs reingreso por mes en el primer semestre del 2012.

Cuadro 1. Comparación costo evento hospitalario primer ingreso vs Reingreso

Mes	Promedio Costo Ingreso	Promedio Costo Reingreso
Enero	\$ 3.146.694	\$ 5.174.941
Febrero	\$ 2.292.000	\$ 2.277.933
Marzo	\$ 2.879.245	\$ 8.010.028
Abril	\$ 2.735.547	\$ 4.499.960
Mayo	\$ 2.788.349	\$ 8.869.561
Junio	\$ 2.131.191	\$ 3.178.082

Fuente. COOMEVA EPS

Como lo evidencia la tabla el costo promedio por evento Reingreso supera casi al doble a los eventos de primer ingreso, excepto en el mes de febrero que el costo es casi igual para los dos tipos de evento, esto también tiene relación directa con el tiempo de estancia hospitalaria pues a mayor días de estancia, mayor costo y los reingresos al ser indicadores de calidad llaman la atención de la entidad prestadora del servicio por lo que se asocia a un cuidado por parte del médico más prolongado presentando días de estancia intrahospitalaria superiores como lo ilustra la siguiente tabla.

Cuadro 2. Comparación días de estancia hospitalaria primer ingreso vs reingreso.

Mes	Promedio días de estancia Ingreso	Promedio días de estancia Reingreso
Enero	5	8.2
Febrero	3.9	4.2
Marzo	4.3	10.7
Abril	4.9	6.7
Mayo	5.4	14.9
Junio	5.3	6.2

Fuente. COOMEVA EPS

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: *¿Qué acciones se deben ejecutar para controlar el reingreso hospitalario y disminuir el costo por evento de Coomeva EPS en el municipio de Tuluá?*

2. ANTECEDENTES

2.1 EL REINGRESO HOSPITALARIO

El reingreso hospitalario es considerado como aquel ingreso programado o urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado y por un motivo o no relacionado con el diagnóstico de su primer ingreso. La frecuencia de los reingresos hospitalarios es variable por lo que se han tomado diferentes periodos de tiempo para su estudio y diferentes metodologías para su evaluación.

Para dar claridad al término de reingreso se debe tener en cuenta que existen dos clases de reingreso hospitalario a saber: el reingreso hospitalario de urgencia y el programado. El primero se refiere al ingreso del paciente en un periodo determinado de tiempo por el mismo diagnóstico principal del primer ingreso hospitalario y el segundo hace mención al ingreso del paciente por la misma causa del primer ingreso hospitalario pero de antemano se conoce el día en el que el paciente regresará a la institución hospitalaria, ejemplo de lo anterior es el ingreso programado para dar continuidad a un tratamiento determinado (ej. Quimioterapia), el que se programa para realizar una intervención quirúrgica que no se resuelve en la primera intervención o aquellos procedimientos quirúrgicos no realizados el día programado por diferentes motivos, entre ellos por admisiones inadecuadas. En el estudio realizado en el Hospital Virgen del Camino en Pamplona España en el año 2002 (Machado) define otro tipo de reingreso hospitalario considerado como prevenible de acuerdo a la aproximación con la atención recibida, este tipo de reingreso es “reingreso que se hubiera podido evitar con una mejoría en la calidad de los cuidados otorgados” o “aquel que es consecuencia de factores, al menos teóricamente, accesibles a medidas de prevención”.

El tiempo que se estima para definir el reingreso hospitalario de un paciente a una institución prestadora de servicios de salud es diferente en todos los casos, ya que este depende de lo que se pretende investigar. No existe un consenso en la literatura médica sobre el tiempo después del egreso del paciente para considerar una admisión como reingreso. Algunos autores definen como tiempo de reingreso el que ocurre en las primeras setenta y dos horas inmediatas al egreso del

paciente teniendo en cuenta la concordancia en el diagnóstico, otros determinan el periodo ventana entre quince días y dos años, aunque el tiempo que se considera adecuado corresponde a treinta días, este es el tiempo más común utilizado en las investigaciones relacionadas con el tema y tomado en cuenta para el diseño de indicadores de calidad. Como objeto de nuestro trabajo analizaremos los casos de reingresos que se produzcan por el mismo diagnóstico que el ingreso índice, en un periodo de tiempo no mayor a un mes y provenientes de un ingreso por urgencia, no los programados.

La frecuencia de los reingresos hospitalarios, está ligada directamente a un impacto económico notable, ya que se mencionan al abordar el tema conceptos como consumo de estancias y recursos de los que no podrán beneficiarse otros pacientes que los precisen en ese mismo período. Lo anterior hace pensar que, a diferencia de hace algunos años, cuando el ingreso era prácticamente la única alternativa asistencial hospitalaria, hoy en día las instituciones prestadoras de servicios de salud se organizan para potenciar la atención ambulatoria prestando diferentes servicios que anteriormente generaban indiscutiblemente el ingreso de los pacientes al ambiente hospitalario. Actualmente se desvinculan de procesos de internación aquellos pacientes que presentan adecuadas condiciones clínicas generales y por tanto son considerados candidatos menos propicios al reingreso.

La tasa de reingresos se ha considerado como un indicador que mide indirectamente la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios asistenciales en salud. Los reingresos tempranos se pueden utilizar como marcadores de un alta prematura y otros problemas relacionados con la calidad del cuidado, tal como se observa en el estudio de Balla y cols (2010), quienes encontraron problemas potenciales en la calidad del cuidado en el 33% de los reingresos hospitalarios; sus principales hallazgos fueron trabajo en equipo incompleto (33%), muy corta estancia hospitalaria (31%), medicación inadecuada (44%), diagnóstico errado (16%) y resultados de laboratorio no concordantes (12%). Los reingresos a intervalos de tiempo más prolongados están relacionados con enfermedades crónicas, condiciones socioeconómicas deficientes y dificultades en el acceso a los servicios de salud.

Algunos autores afirman que el reingreso prevenible puede ser aquel que ocurre dentro del mes del alta y que este tipo de reingreso puede ser motivo de la calidad de la atención, esta es una de las razones de peso para considerar este periodo de tiempo como el adecuado para realizar la medición de calidad a través del indicador. Al ser considerado un indicativo de la calidad de la prestación de los servicios de salud en las instituciones y lo beneficioso que puede resultar disminuir en una buena cantidad el número de reingresos tras el alta del paciente es pertinente bajo estas afirmaciones realizar estudios de este fenómeno en los diferentes grupos poblacionales teniendo en cuenta que son considerados como vulnerables los pacientes adulto mayores por presentar comorbilidades y polimedicación.

Realizar revisiones periódicas de los reingresos hospitalarios puede convertirse en una herramienta útil para efectuar análisis costo-efectivos de los servicios prestados en una institución, identificar las fallas del equipo de salud, errores en la ejecución de procesos asistenciales, entre otros. Inicialmente cuando se menciona el reingreso del paciente antes de cumplir los treinta días de egreso se considera que probablemente sucede por la falta de calidad de los cuidados intrahospitalarios en la primera admisión. Cuando el periodo ventana se amplía se hace referencia a otros factores que pudiesen influir en el reingreso tales como: situación familiar y socioeconómica, la no adherencia al tratamiento ambulatorio instaurado y dificultades de acceso a los servicios de salud. Teniendo en cuenta lo anterior se puede observar que los reingresos hospitalarios se asocian a causas divididas en dos grandes grupos: las condiciones propias de los pacientes y los factores provenientes de la asistencia recibida.

El reingreso hospitalario de un paciente debe llevar a plantear a las instituciones prestadoras de servicios de salud si el resultado, o incluso el proceso asistencial al que estuvo sometido, fueron los apropiados. Desde hace ya algunos años tanto en España como en otros países, especialmente en EE.UU. donde los recursos destinados a tal fin por algunas administraciones se han incrementado de manera notable en lo relativo a la evaluación de los resultados de la asistencia llevó incluso a denominar esta problemática como “movimiento de medición de resultados”. Dichas medidas se han centrado en dar conocer la repercusión que determinados sucesos adversos de la práctica clínica, entre ellos los reingresos, las complicaciones y la mortalidad producen en el paciente.

Aproximadamente hace 30 años se ha venido estudiando el reingreso hospitalario con objetivos diferentes: estudio del proceso salud enfermedad de una patología específica, como indicador de calidad de la atención hospitalaria, como herramienta para realizar análisis costo-efectivos de las instituciones, entre otros. Se debe tener en cuenta que de acuerdo a la investigación que se quiere llevar a cabo se deben estimar las inclusiones y exclusiones referentes al tema.

Entre los factores predisponentes para el reingreso se ha estudiado la causa de hospitalización (diagnóstico de ingreso) como principal desencadenante y objeto de intervención, detectándose una mayor frecuencia en patologías de tipo crónicas. Dentro de las patologías susceptibles de reingreso se encuentran: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diversas enfermedades asociadas a riesgo cardiovascular, neumonía, asma, falla renal, patologías que afectan el estado mental de los pacientes, complicaciones relacionadas con procedimientos quirúrgicos.

2.2 RESEÑA HISTÓRICA DE COOMEVA EPS

Comeva, consecuente con su misión corporativa para con el Estado, la sociedad, sus asociados y familiares, no se mantuvo indiferente al reto planteado por la Ley 100, constituyendo la creación de Comeva EPS S.A. en la Asamblea Ordinaria de Delegados celebrada en Rionegro el 4 de marzo de 1995.

Para el 1 de agosto de 1995, Comeva EPS abrió sus puertas al servicio de los caleños y más adelante al servicio de los colombianos.

En 1996 el crecimiento de Comeva EPS se hace notar, superando la cifra propuesta de 156.600 afiliados por 202.272 afiliados en el Régimen Contributivo.

En 1997 se comenzaron las primeras aplicaciones de nuestros modelos conceptuales y planes institucionales; se atendía una población de 444.535 afiliados presentes en el Atlántico, Santander, Antioquia, Cundinamarca, Bogotá D.C., Risaralda, Quindío, Valle del Cauca, Nariño,

Cauca, Caquetá y la Guajira, mediante tres sucursales en las principales ciudades del país: Cali, Medellín y Bogotá.

1998 fue la consolidación de la operación, desarrollando una nueva plataforma informática que respondía al gran crecimiento poblacional con 671.510 afiliados en el Régimen Contributivo. Se instalaron nuevas unidades de atención tales como Mushaisa en la Guajira; en los Ingenios del Valle del Cauca donde se tenía la mayor población cotizante y en Medellín con la Clínica Sommer, Clínica Las Américas, Clínica El Prado y Clínica Conquistadores.

En 1999 se inicia una nueva etapa con el Software COOEPS Siglo XXI desarrollado por la misma EPS. Éste se convierte en una plataforma de gran ayuda para la operación de la empresa, que tenía el reto de manejar la información de 841.941 afiliados en el Régimen Contributivo en cuatro Sucursales en las ciudades principales del país (Cali, Medellín, Bogotá y Barranquilla).

En el año 2000 se contaba con una población de 1.294.402 afiliados en el Régimen Contributivo y presencia en más de 650 municipios del país mediante 30 oficinas.

En cuanto a su Administración se rediseñó la “carta de navegación” de la EPS para los siguientes cinco años, y se adoptó el Modelo de Desarrollo Organizacional, bajo la premisa: “la calidad es la base de nuestra competitividad”.

En el 2001 Coomeva EPS se consolidó como la segunda EPS privada en el Régimen Contributivo, con una población de 1.335.203 afiliados en 692 municipios del país. Se desarrolló el Software E-Case, ahora Atentos Coomeva, para la recepción de la voz del cliente. Además en la búsqueda de la estandarización de la imagen con la imagen corporativa de Coomeva, se realizó el cambio del logo y slogan: “Somos su opción en salud”.

En el 2002 se consolidaron territorialmente dos Zonas, el Eje Cafetero y el Nororiente del país, para atender un total de población de 1.506.048 afiliados en 756 municipios colombianos. Por otro lado, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas selecciona a Coomeva EPS

como la mejor Entidad Promotora de Salud; se desarrolló el sitio virtual EPS Online, ahora Cooeps Siglo XXI versión 2 y se trabajó en el Código de Buen Gobierno Corporativo.

El año 2003 Coomeva EPS continuó consolidándose en el sector de la Seguridad Social en Salud, con una población de 1.789.023 afiliados con una presencia en 882 municipios del país. Además en la búsqueda en la recordación de marca se realizó nuevamente el cambio del logotipo.

Se implementó el software Ciklos con el fin de ofrecer una información ágil y amigable en las UBA, Unidades de Atención Básica.

En el 2004 según el estudio realizado por la Revista Dinero y la firma de investigación Invamer Gallup, Coomeva EPS se consolidó como Top of Mind entre las Entidades Promotoras de Salud, es decir, la marca más recordada por los colombianos. Además, fue la primera Entidad Promotora de Salud que obtuvo la Certificación de Calidad ISO 9001:2000 en todos sus procesos.

En este año se implementó el Sistema de Gestión Integral en las ECOR, Empresas de Corretaje y en las IPS, Instituciones Prestadoras de Salud; se logró un crecimiento poblacional del 11% frente a lo presupuestado con 2.065.489 afiliados en 912 municipios del país con 31 oficinas y 64 puntos de atención.

En el 2005 la EPS cumplió una década brindando los servicios de salud a las familias colombianas, construyendo sueños que han sido posibles gracias a la confianza que 2.390.143 afiliados en 957 municipios han depositado día a día en nuestra Organización, ofreciéndonos la oportunidad de continuar con la consecución de las metas trazadas. Se mantuvo la Certificación de Calidad ISO 9001:2000.

Adicionalmente el Ministerio de la Protección Social seleccionó a la EPS para llevar cabo el proyecto piloto de la Acreditación y la Bolsa de Valores nombró a la EPS como una de las 15

empresas colombianas que avanzó hacia los estándares de calidad más altos en la aplicación del Código del Buen Gobierno.

Para el 2006 Coomeva EPS continuaba ofreciendo servicios de salud a sus afiliados realizando más de 6 millones consultas médicas y más de un millón y medio de actividades de prevención odontológica entre otros servicios asistenciales. Siendo la segunda EPS privada más grande, con una población total de 2.612.276 afiliados en 1036 municipios de Colombia.

En el 2007 La EPS fue invitada a la Reunión Nacional de Salud Materna y Perinatal del Ministerio de la Protección Social en noviembre de 2007. Participó con la ponencia “Consolidación de un Sistema de Vigilancia Activa de la Morbimortalidad Materna y Perinatal en Coomeva EPS para el Mejoramiento de la Calidad”. Esta presentación fue ampliamente reconocida por los participantes, entre ellos, la Organización Panamericana de la Salud - OPS; el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA; EPS, ARS y Entes Territoriales, dado que en ella se plasman los logros que en materia de la salud materna y perinatal ha tenido la EPS en el cuatrienio 2004 - 2007.

Además se gestionaron diferentes actividades enfocadas al mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad donde el ente certificador (BVQI) recomendó a Coomeva EPS S.A. para continuar con el Certificado de Calidad en ISO 9001:2000.

Adicional a lo anterior, Coomeva EPS fue reconocida por diferentes medios de comunicación por su labor.

Coomeva EPS en el 2008 se destacó como una de las empresas vallecaucanas de gran impacto en generación de empleo y ventas en el ámbito nacional demostrando una vez más el aporte a la construcción social en nuestro país; fue la segunda EPS con mayor población afiliada entre todas las EPS del Régimen Contributivo. Además demostró que el mejoramiento continuo es una de sus prioridades manteniendo la certificación de calidad ISO 9001:2000 que Boreau Veritas Certification (BVC) otorga.

Además fortaleció su infraestructura en sedes asistenciales en algunas ciudades del país donde se requería priorizar la atención a los usuarios como en las ciudades de Medellín con las Unidades Básicas de Atención (UBA) Belén, Envigado, Poblado y las Unidades de Prevención Clínica (UPREC) Rionegro y Ayacucho; también en la ciudad de Neiva con la Unidad Básica de Atención (UBA) Neiva; entregándole a la comunidad calidad, comodidad y confort.

En el 2009 Coomeva EPS obtuvo el primer lugar en recordación de marca (Top of Mind), dentro de las EPS del país. Este trabajo es realizado por la firma Invamer Gallup y la revista Dinero.

El 2009 Coomeva EPS tuvo el reconocimiento de los colombianos como la marca EPS más recordada en el país, ocupando el puesto número uno del Top of Mind. Cabe resaltar que la EPS es la segunda más grande del sector con una participación en el mercado del 15.71% del Sector Salud del Régimen Contributivo.

En cuando a PYP el indicador de mortalidad materna sostuvo un comportamiento por debajo de la cifra del Ministerio de la Protección Social con un 32.2 por cien mil nacidos vivos cifra que demuestra las acciones que se han implementado en la búsqueda de la promoción de la salud. Pero para Coomeva es muy importante los proyectos que le apuntan a la excelencia en el servicio razón por la cual se implementó la Política de la Seguridad “Clarita Segura” reconocida por el grupo de Calidad del Ministerio de la Protección Social con quienes participaron en la creación de la norma de seguridad de la atención en las unidades propias UBA.

Top of Mind - Revista Dinero Una vez más estas acciones han sido reconocidas por nuestros afiliados satisfechos quienes calificaron a Coomeva EPS con un 85% en la encuesta de satisfacción en cuanto a la calidad general de los servicios. En Coomeva EPS vivimos la promoción de la salud como uno de los principios fundamentales del bienestar.

En 2010: fue un año en el que Coomeva EPS continuó su tendencia de crecimiento en términos de población. A diciembre de ese año tuvo un número de 2.855.141 afiliados, lo que la posicionó como la segunda EPS del país por cantidad de afiliados. Además, consolidó su

posición de marca alcanzando el puesto número uno en la encuesta de Top of Mind según la Revista Dinero.

A su vez, la compañía continuó avanzando en la implementación de un Sistema de Administración de Riesgo (SAR) se ha convertido en referente entre las EPS del país, por la calidad de su implementación. En 2010 fue aprobada su Fase II, generando un menor requerimiento de capital, que se tradujo en un ahorro acumulado de \$10.312 millones de pesos.

Durante éste año, fueron aprobados tres proyectos de infraestructura para COOMEVA EPS S.A. por un valor de \$1,248 millones: una unidad asistencial y dos administrativas, éstas últimas, ejecutadas y finalizadas en su totalidad con una inversión de \$291 millones. La unidad asistencial está en ejecución y estima su apertura para el 2011.

En cuanto a los programas de Promoción y Prevención, en el transcurso del año 2010 ingresaron al programa de Salud materno perinatal 51,629 gestantes de las cuales el 36% (18,586) fueron clasificadas como de alto riesgo e intervenidas en los programas de gerenciamiento de riesgo de la red de Coomeva.

Nuestra trayectoria y logros 2009 - 2011 En los programas de planificación familiar se realizaron 78,609 consultas de planificación familiar de primera vez, 180,505 consultas de control, se aplicaron 9,402 dispositivos intrauterinos, se hizo entrega de 189,117 ciclos hormonales, se realizaron 12,889 esterilizaciones femeninas. Para hombres se realizaron 24,826 consultas de planificación familiar en hombres y se practicaron 3977 vasectomías.

2011: En lo que va corrido del año Coomeva EPS ha sido reconocida como la empresa de aseguramiento obligatorio en salud con mayor recordación de marca según la Revista Dinero*. A su vez, durante este año ha aumentado su población afiliada llegando a un total de 2.949.301 afiliados .

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Misión: Propender por la salud de nuestros afiliados a través de la promoción, la prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación con calidad y calidez en el servicio.

Visión: Ser reconocidos por el Estado colombiano y su población como la EPS que más saludables y satisfechos mantiene a sus afiliados.

Política de Calidad: En Coomeva EPS mejoramos continuamente nuestros procesos y garantizamos la prestación de nuestros servicios con calidad humana.

Objetivos de Calidad

- Lograr la mejora de los procesos que tiene impacto en el cliente-usuario.
- Aumentar la satisfacción de nuestros usuarios mediante la prestación de un servicio humanizado.

Valores

- **Solidaridad:** Aportamos y potencializamos esfuerzos y recursos para resolver necesidades y retos comunes, la solidaridad es la que nos lleva a unirnos para crecer juntos y a interesarnos con lo que le pasa a los demás, para lograr una mejor calidad de vida, un mundo más justo y el camino hacia la paz.
- **Honestidad:** Somos coherentes con el pensar, decir y actuar, enmarcados dentro de los principios y valores empresariales; es un valor que manifestamos con actitudes correctas, claras, transparentes y éticas.
- **Servicio:** Satisfacemos y superamos las expectativas de quienes esperan una respuesta de la empresa, generando un ambiente de tranquilidad, confianza mutua y fidelidad.

- **Trabajo en equipo:** Somos un grupo de personas que se necesitan entre sí; actuamos comprometidos con un propósito común y somos mutuamente responsables por los resultados.
- **Cumplimiento de compromisos:** Somos conscientes y responsables por el cumplimiento de los resultados esperados; por la satisfacción del afiliado; por el compromiso con el entorno y el desarrollo personal de los colaboradores y de las empresas del grupo.

3. JUSTIFICACIÓN

El reingreso hospitalario se considera un indicador de calidad de la atención al usuario ya que permite evaluar la atención inicial que se le presta al paciente. Para COOMEVA EPS este indicador debe ser máximo de 5%, estando en el último año en el 6.1% para la oficina Tuluá por esto se hace necesario determinar las causales de estos reingresos y su intervención para impactarlos. Sin embargo a pesar de que se trata de un indicador de calidad, el problema además está relacionado también al costo ya que a través del aplicativo de información de la EPS se ha documentado que estos reingresos hospitalarios constituyen eventos que sobrepasan el costo promedio hasta el doble de un evento hospitalario inicial (en promedio un evento hospitalario cuesta \$2.662.171 versus un reingreso hospitalario con costo promedio \$5.335.094) y prolongan la estancia hospitalaria, afectando también el indicador de estancia mensual.

Con este trabajo se busca detectar los factores predisponentes de los reingresos hospitalarios (dados por tipo de patología de base, causa de hospitalización, adherencia al tratamiento en casa, red de apoyo familiar, edad, entre otros) y con esto tratar de intervenir en aquellos en los que sea posible para ser minimizados logrando impactar en el número de eventos y con esto en el costo hospitalario.

Hay diversos factores de la atención hospitalaria que deben ser evaluados para determinar si hubo fallas en la atención que condicionen un reingreso hospitalario, es por esto que se debe realizar un análisis del evento hospitalario índice evaluando la adherencia a protocolos de manejo, calidad de la atención documentada y percibida por el usuario, altas tempranas, entre otros con el fin de que puedan ser corregidos por las IPS. Sin embargo hay otros factores que no están asociados al manejo de la patología propiamente sino que son condiciones del paciente y su entorno social por lo tanto también se debe evaluar el manejo integral posterior a la atención y la adherencia al tratamiento ambulatorio para determinar su influencia en la aparición de estos reingresos.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las acciones a realizar para el control de los reingresos hospitalarios con el fin de disminuir el costo en una EPS del régimen contributivo en el municipio de Tuluá

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las cinco primeras patologías causantes de reingreso hospitalario y que generan un mayor costo por evento.
- Determinar los factores predisponentes de los reingresos hospitalarios.
- Analizar el proceso de atención hospitalaria registrado como ingreso índice.
- Determinar el riesgo de reingreso hospitalario desde el primer evento.
- Establecer las acciones desde la IPS primaria para una integración efectiva.

5. REFERENTE TEÓRICO

5.1 DEFINICIÓN DE TERMINOS

ADMISIÓN DEL PACIENTE: Es el conjunto de atenciones que se le proporcionan al paciente en el momento que ingresa al hospital o clínica

CALIDAD: Conjunto o características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del cliente

CIKLOS: Sistema de información de la EPS Coomeva

COMORBILIDAD: La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario

CONTRAREFERENCIA: Es el informe del médico especialista al que se requirió su opinión por medio de una referencia emitida por el médico generalista o de cabecera.

COSTO: Es el gasto económico que representa la prestación de un servicio

COSTO PROMEDIO: Es el costo que demanda cada unidad producida, se calcula dividiendo el total de los costos por el total de unidades producidas

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: Todo tipo de enfermedades relacionadas con el corazón o los vasos sanguíneos, (arterias y venas).

EPOC: Es un trastorno pulmonar que se caracteriza por la existencia de una obstrucción de las vías aéreas generalmente progresiva y en general no reversible

ESCALA DE BARTHEL: Es uno de los test más utilizados internacionalmente para la valoración funcional de pacientes neurológicos y es de fácil y rápida administración y su aplicación es esencial en centros de Rehabilitación

ESTANCIA HOSPITALARIA: Se refiere al espacio de tiempo que invierte un paciente en condición de hospitalizado en las instalaciones de un hospital.

ESTUDIO TRANSVERSAL: Es un estudio estadístico y demográfico, utilizado en ciencias sociales y ciencias de la salud -estudio epidemiológico-. Es un tipo de estudio observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

ESTUDIO RESTROSPECTIVO: Estudio en el que se investiga una relación entre un fenómeno o enfermedad (generalmente actual) y otro producido en el pasado

FACTOR PREDISPONENTE: Afección u observación que ayuda a predecir si determinada enfermedad de una persona responderá a un tratamiento específico. Un factor predisponente también puede describir algo que aumenta el riesgo de una persona de presentar una afección o enfermedad

HOSPITALIZACIÓN: Es el ingreso que se da a un paciente para permanecer hospitalizado en una Unidad Médica de primer, segundo o tercer nivel de atención, con la finalidad de recibir un tratamiento médico y/o dar seguimiento a su padecimiento; previa valoración y autorización del médico especialista

IMC: Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet.

INDICADOR: Expresión cuantitativa de una variable que se debe evaluar

INGRESO INDICE: Es la admisión del paciente quien requiere los servicios del Hospital por diferentes situaciones de salud y puede darse a través del Servicio de Urgencias o por Consulta Externa.

MORBILIDAD: Es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados

PATOLOGIA: Es el estudio de las enfermedades en su amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas

PATOLOGIA CRONICA: Aquellas enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta

PERFIL EPIDEMIOLOGICO: Es el estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo.

POLIMEDICACION: Se entiende por el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, ya sean éstos prescritos por un profesional o fármacos de venta libre

REINGRESO: Pueden definirse como las admisiones o ingresos a un hospital dentro de un cierto periodo después de haber egresado del centro hospitalario, también se han definido como los ingresos con idéntico diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta

TASA DE REINGRESO: Es medición de la proporción de reingresos de pacientes hospitalizados, ayuda a determinar la efectividad del plan de manejo y analizar las principales causas de reingreso del servicio de hospitalización.

TENSION ARTERIAL: Es la fuerza o presión que lleva la sangre a todas las partes del cuerpo

6. SITUACIÓN GEOGRAFICA

6.1 GENERALIDADES

Tuluá ha sido desde siempre un lugar estratégico en el centro del Valle del Cauca, departamento ubicado al occidente de Colombia. En la actualidad, Tuluá constituye la ciudad intermedia más importante de Colombia, ubicándose a pesar de no ser capital, entre sus primeras veinte ciudades.

Con una población aproximada de 200.000 habitantes, Tuluá es el corazón palpitante de un área que abarca quince municipios, que suman no menos de 600 mil moradores los cuales le dan el carácter de ciudad región, convirtiéndose en punto de encuentro comercial y de servicios, obligado para esta zona del país.

Tuluá cuenta con diversas vías de acceso y contacto con todos los pueblos de la región; está ubicada en la ruta de la vía Panamericana, su ubicación geográfica es estratégica por su equidistancia a ciudades capitales como Cali a 100 km, Armenia a 105 km, Pereira a 125 km y Buenaventura el puerto sobre el océano pacifico más importante de Colombia a 172 km ; contando además con el Aeropuerto de Farfán que sirve de enlace con el sistema aeroportuario del eje Medellín -Bogotá – Cali.

Goza además de los distintos servicios que ofrecen las redes de telefonía y electricidad, de cobertura regional, es decir, está comunicada y comunica permanentemente a Colombia con el mundo. Somos un pueblo plural, diverso y cosmopolita, laborioso y comunicativo, que se destaca por su pujante actividad comercial, educadora y de servicios, y se perfila como líder en el desarrollo humano sostenible de la región.

Tuluá cumple actualmente con una agenda de conectividad nacional e internacional que propende por la promoción empresarial, el empleo y la asociatividad, de la misma manera que contribuye al fortalecimiento de la nueva ruralidad y el eco turismo. Se trabaja fuertemente en proyectos orientados al mejoramiento social y económico de la población del campo,

especialmente de aquellos que han sido desplazados por la violencia y en acciones dirigidas hacia el mejoramiento socio económico de las comunidades urbanas, lo mismo que en el diseño de un plan de cultura ciudadana en interés de afianzar el respeto a las normas y los derechos humanos entre sus habitantes.

Tuluá cuenta con poblaciones agrícolas y ganaderas ubicadas en la zona media y de alta montaña, pues aunque su área urbana está ubicada sobre los 960 msnm, en su zona cordillerana llega hasta los 4400 msnm en la cumbre del páramo de Amoyá, donde nacen además, siete grandes ríos y más de 70 riachuelos siendo el agua su principal recurso estratégico. El corazón del valle es una potencia en producción de frutas, café y caña de azúcar, está incluido en la cadena productiva de la mora y el lulo, actualmente posee la segunda empresa nacional de producción de jugos que exporta entre sus productos pulpa de fruta hasta el continente africano y asiático. También tiene un Ingenio productor de azúcar sulfitada y una industria productora de harina de varios cereales así como la empresa productora de levaduras de mayor tradición e importancia en Colombia.

Entre sus sitios de interés turístico y científico se encuentra el Jardín Botánico Juan María Céspedes a solo 20 minutos del centro de la ciudad, semillero de 400 especies arbóreas de la región y un banco de guadua, bambú y flores exóticas de los más grandes de América Latina, por lo que actualmente se trabaja para convertirlo en un parque temático que sirva a la vez como atractivo turístico, museo natural y laboratorio de investigación para las generaciones que crecen en Colombia.

La ciudad cuenta con una de las infraestructuras más sólidas en términos de protección y seguridad, baste contar entre sus agentes a la Escuela de Policía “Simón Bolívar”, el Comando del III Distrito de Policía, la Base Antinarcóticos y el Batallón Palacé. De igual forma posee toda una red de atención de emergencias coordinada por el Comité Local de Atención y prevención de Desastres en el que tienen participación, el Cuerpo de Bomberos, la Defensa Civil, la Cruz Roja y el Grupo de Búsqueda y Rescate entre otros, organismos de socorro dedicados a garantizar la tranquilidad ciudadana.

El desarrollo tecnológico también juega un papel determinante en Tuluá: ubicado en la Universidad Central del Valle del Cauca, está Parquesoft, uno de los proyectos más ambiciosos para generar empleo y prestación de servicios de software a escala internacional, de la misma manera que, en la Universidad del Valle sede Tuluá se encuentra una incubadora de empresas apoyada por diversas agencias locales e internacionales. Ambas están orientadas a abrir nuevos espacios para la prestación de servicios y la generación de empleo.

La Feria de Tuluá constituye el evento comercial y popular más importante del occidente Colombiano, en el que se reúnen muestras de maquinaria agrícola e industrial, exposición artesanal, microempresarial, equina, ganadera, porcina, de pequeños animales, de flores y plantas ornamentales tropicales, y paralelamente sirve como espacio de esparcimiento, carnaval y lugar de encuentro anual entre amigos y visitantes constituyéndose en la gran vitrina comercial y de negocios de la región centro vallecaucana. La Feria es visitada por casi medio millón de personas cada año, venidas de los muy diversos puntos de la geografía nacional.

El corazón del Valle palpita de alegría por esos días al ritmo de su feria mostrando su dinamismo y fortalezas como la ciudad líder del desarrollo humano sostenible de la región centro vallecaucana. Tuluá, una ciudad con vocación de región, potencial de desarrollo agroindustrial y turístico. Ciudad en franca construcción y desarrollo.

6.2 LOCALIZACIÓN Y POSICIÓN GEOGRAFICA

El Municipio de Tuluá se encuentra ubicado en el suroeste colombiano, en el centro del departamento del Valle del Cauca entre las cordillera Central y el Rio Cauca; su posición geográfica es a 4° 05' 16'' de latitud norte y 76° 12' 03'' de longitud occidental. Se distinguen cuatro zonas fisiográficas: La zona Plana, el Pie de Monte de la cordillera Central, la Media y la Alta Montaña. La cabecera municipal está a 960 metros msnm, en la zona plana y 4.400 metros de altitud en los páramos de Barragán y Santa Lucia. En materia de recurso hídrico el municipio cuenta con el río Tuluá que pasa por su casco urbano y los ríos Bugalagrande y Morales como estructura central. Con los ríos San Marcos y Frazadas y con las acequias o quebradas del

ahorcado, La Ribera, Tesorito, La Luisa, La Mina, Piedritas, Zabaletas y Zorrilla, como estructura ramificada y en el río Cauca como eje final de todas las vertientes.

6.3 LIMITES MUNICIPIO DE TULUA

Por el Oriente: desde el nacimiento del río Bugalagrande, quebrada de Montecristo, hasta el nacimiento del río Tuluá, laguna de las mellizas, siguiendo la división entre el Valle del Cauca y el Tolima en la Cordillera Central.

Por el Sur: por el cauce del río Tuluá hasta Puente Zinc, siguiendo hacia el suroeste buscando la división de aguas entre la cuenca de los ríos San Pedro y Tuluá, sigue por esta hacia el Norte hasta encontrar el nacimiento del zanjón del sastre hasta su función con el zanjón de Burriga y por este el río Tuluá.

Por el Norte: por el cauce el Bugalagrande hasta la quebrada la Luisa. Por este hacia el sur buscando el nacimiento de la quebrada Zabaletas en Pardo Alto y por el cauce de la quebrada Zabaletas hasta el río Morales. Por el río Morales hasta su desembocadura en el río Cauca.
Por el Occidente: siguiendo el curso del río Cauca, desde el zanjón de Burriga hasta la desembocadura del río Morales.

6.4 EXTENSIÓN

La extensión territorial total del municipio es de 910,55 kilómetros cuadrados (Km-2) de los cuales el 98,78% corresponde al sector Rural y 1,22 al sector urbano.

Cuadro 3. DEXTENSIÓN MUNICIPIO DE TULUA			
SECTOR	KILÓMETROS CUADRADOS	HECTÁREAS	PORCENTAJE
URBANO	11,11	1.110,87	1,22
RURAL	899,44	89.944,13	98,78
TOTAL	910,55	91.055,00	100,00

Fuente. Planeación Municipal – Tuluá

7. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO COOMEVA EPS

Coomeva EPS es una empresa que administra recursos del estado para prestar servicios de salud a sus afiliados, y por tal motivo requiere caracterizar las condiciones socio demográficas y de morbilidad de sus usuarios afiliados; por lo tanto es necesaria la construcción del perfil para la planeación de estrategias de mejoras de la atención y la optimización de los diferentes tipos de servicios que se brindan en el país.

La población afiliada a Coomeva EPS para el 31 de diciembre del 2010 fue de 2.855.384, lo que representó un incremento neto de la población del 1.2% frente al 2009. La distribución porcentual regional para el año 2010, fue: Noroccidente 26%, Caribe 26%, Suroccidente 21%, Centroriente 12%, Nororiente 10% y Eje Cafetero 6%.

Para el año 2010 comparado con el 2009 se mantiene el porcentaje de participación de la población afiliada para todas las regionales en el total, comportamiento que no ha tenido variaciones en los últimos tres años (2008-2010).

El cumplimiento de crecimiento poblacional de las regionales frente al presupuesto estuvo entre el 98.98% y 95.09%, siendo Caribe y Suroccidente las de mayor cumplimiento y, continúan siendo Centroriente y Eje Cafetero las de menor cumplimiento.

El 47.93% de la población está compuesta por el género masculino y el 52.07% por el género femenino, conservándose esta distribución similar en relación con los años 2008 y 2009. Por grupos de edad se observa una proporción más baja de niños menores de 5 años (7.88%) en comparación con Colombia (10.4%). Es probable que este diferencial sea el resultado de niveles de fecundidad diferentes en donde la población de la EPS tiene una fecundidad menor.

El porcentaje de menores de 15 años es significativamente más bajo en la EPS (24.66%) que en la población general colombiana (30.1%). Nuevamente se observa el efecto probable producido por una fecundidad baja en la EPS. Por género, para este grupo de edad, se identifica mayor proporción de hombres; sin embargo, después de los 15 años y a través de todas las edades

la proporción de mujeres es siempre mayor que la proporción de hombres. El porcentaje de mujeres en edad fértil es mucho mayor (50.84%) en la EPS que en la población general colombiana (26.7%). En este diferencial juega un papel muy importante el aseguramiento en el Régimen Contributivo para las mujeres que están expuestas a la concepción, embarazo, y parto.

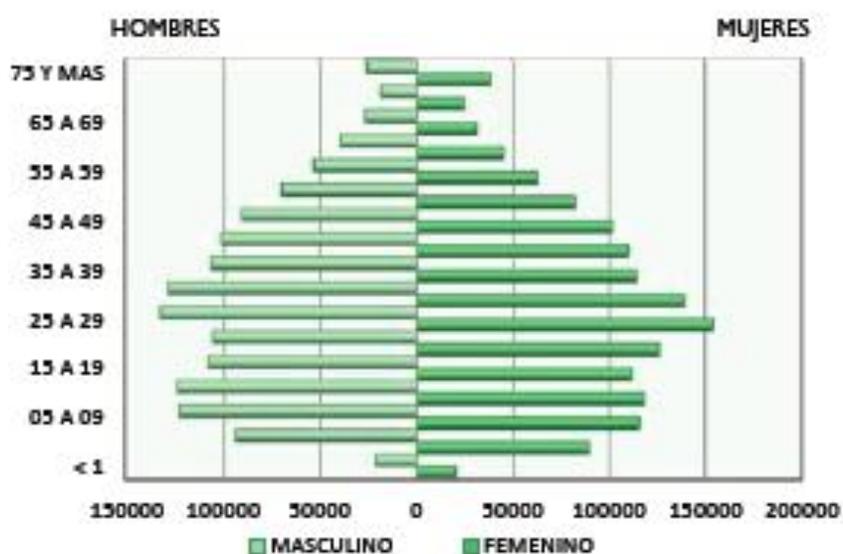
La población general colombiana muestra un porcentaje relativamente mayor (9.1%) de personas de 60 años y más comparativamente con la EPS (8.78%). Sin embargo, cuando se observa el porcentaje de personas mayores de 80 años, el diferencial es mayor en la EPS. Nuevamente el aseguramiento tiene un impacto sobre la selección en la afiliación para la prestación de servicios de salud para las personas en edades más avanzadas según los Indicadores Básicos 2008 (Ministerio de la Protección Social), siendo que por cada 100 mujeres existen 97 hombres. En Coomeva EPS en el año 2010 fue de 92, sin embargo éste tiene diferencias entre los grupos de edad. Para menores de un año es de 104 varones por cada 100 niñas, lo que corrobora el indicador normal esperado en casi todas las poblaciones en el ámbito mundial. Este índice disminuye en la medida en que avanza la edad, por el efecto producido por una mayor mortalidad masculina. El Índice de Masculinidad se equilibra hacia los 15 años en la población afiliada y a partir de esta edad se muestra siempre por debajo del número de balance entre los géneros que es 100. La afiliación o el aseguramiento en la EPS, tienden a favorecer a las mujeres para la prestación de servicios de salud.

Al revisar este comportamiento por departamento se observa que Santander, Huila, Cundinamarca, Córdoba, Chocó, Cesar, Cauca y Boyacá, son los que presentan un Índice de Masculinidad por encima del promedio de Coomeva a nivel nacional. A su vez, hay otros seis departamentos con el índice por encima de 100, lo que significa el predominio del género masculino en esas regiones.

La representación gráfica de la distribución de la población por sexo y grupos de edad se realiza en una pirámide poblacional. Para Coomeva EPS en la población acumulada correspondiente a 2010, se resume en una pirámide cuya forma tiende a ser un poco constrictiva en la base, con proporciones bajas de personas menores de 10 años como resultado de una fecundidad y mortalidad muy bajas tanto en la población afiliada como en la población general

colombiana. El 7.88% de los afiliados son menores de 5 años, muy por debajo del porcentaje observado para Colombia, que es de 10.4%. Este grupo de edad muestra una disminución en el tiempo ya que en el año 2008 fue de 8.13% y en el 2009 de 7.99%. La población de menores de 15 años para el país representa el 29.6%, disminuyendo en relación con el año 2008 que fue de 30.1% y en Coomeva EPS también presenta este comportamiento de descenso, pasando de 25.43% en el 2008 al 24.92% en el 2009 y finalmente al 24.66% en el 2010.

Grafico 1. Pirámide poblacional



Fuente. COOMEVA EPS

El grupo de 15 a 19 años, presenta un porcentaje de 7.7% similar al 2009 y con un leve aumento con respecto al año 2008 que fue de 7.61%, no obstante, sigue estando por debajo del 9.8%, que fue el dato calculado para Colombia en el año 2008.

Como era de esperarse para el Régimen Contributivo, la población adulta en edad productiva, entre 20 y 59 años, amplía la pirámide con el 58.85%. Además, esta población continúa con una mayor representación en la afiliación femenina en todos los grupos de edades (60% frente al 40%

en los hombres), sin embargo para los años 2009 y 2010 se observa un descenso en esta representación con una distribución de mujeres del 52.1% y hombres del 48.9%.

Finalmente se sigue observando en los mayores de 60 años un leve aumento pasando del 8.58% en el 2008 al 8.65% en el 2009 y en el 2010 alcanzando el 8.78%. En el 2008, Coomeva mostraba una proporción relativamente similar a la calculada para Colombia en ese mismo año, que fue de 9.5%, teniendo como referencia que este indicador presentó un aumento para el país con respecto al año 2007, ya que se encontraba en el 9,1%.

Estos resultados en personas mayores de 60 años, comparando Coomeva EPS con el país, muestran comportamientos similares, tanto en el crecimiento anual de este grupo etario, como en el peso poblacional, que aunque se encuentran cercanas, están por debajo de las cifras país. Esta situación es muy importante dados los riesgos de enfermar y uso de servicios de salud que presenta esta población, debido al proceso natural de envejecimiento, lo que permite intuir que Coomeva EPS tendrá un comportamiento similar al promedio del país, en el proceso de atención en salud a esta población.

Es así como se puede decir que la población de Coomeva al igual que la del País, se está envejeciendo, sin embargo, es importante señalar el comportamiento diferencial en dos grupos etarios: los mayores de 60 años, donde Coomeva tiene un porcentaje menor que el del país, y el caso de los mayores de 80 años, en el que Coomeva EPS tiene un porcentaje levemente mayor que el país (1,2% y 1, % respectivamente). La población de afiliados de 100 años y más presentó una disminución del 23%.

En resumen se observa una población trabajadora con poblaciones importantes en la base infantil, en la niñez y adolescentes, cuyas características de salud deben conocerse para la prestación de servicios de salud y el diseño de portafolios de Promoción y Prevención. La mayor participación femenina, en general en todas las edades, determina la programación de actividades relacionadas con la planificación familiar, salud sexual y reproductiva, embarazo, parto, resultados de la concepción y cuidados del recién nacido.

Los adultos del sexo masculino, cotizantes, son trabajadores expuestos a riesgos ocupacionales importantes de determinar y gestionar. Para la población de adultos mayores hombres y mujeres, es necesario caracterizarlos en el nivel local para poder gestionar sus riesgos y manejar las enfermedades crónicas y degenerativas propias de la edad y el género.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

Área Geográfica e Institucional: La investigación se realizó en la red prestadora de servicios de salud de Coomeva EPS en el municipio de Tuluá – Valle del Cauca.

Actores del proceso: Los estudiantes de la especialización en administración de la salud de la Universidad Católica de Manizales III semestre centro regional Tuluá, usuarios afiliados a Coomeva EPS que presentaron reingreso hospitalario por la misma causa después de 30 días de egreso, colaboradores de Coomeva EPS y de las IPS pertenecientes a la red de prestadores de servicios de salud del municipio de Tuluá para la EPS en mención.

Población objeto de intervención: Usuarios afiliados a Coomeva EPS que presentaron reingreso hospitalario por la misma causa después de 30 días de egreso.

Enfoque investigativo: El tipo de estudio es Transversal—Retrospectivo, con datos estadísticos, historia clínica y conjunto mínimo de datos del ingreso índice de Coomeva EPS en el municipio de Tuluá del periodo correspondiente al año 2012.

Técnicas e Instrumentos: Para iniciar la investigación se realizó el diseño de instrumentos de recolección de datos para su aplicación a la población objeto de investigación; además de la utilización de la información suministrada por la herramienta Ciklos que aporta datos sobre el número de reingresos hospitalarios que se presentaron en el año 2012, causa de la hospitalización y costo por evento hospitalario teniendo en cuenta el valor del ingreso índice y el valor del reingreso. Además se aplicó el índice de dependencia a los usuarios encuestados respecto a la realización de algunas actividades de la cotidianidad. Para la obtención de datos referentes a la adherencia a los protocolos institucionales empleados en cada uno de los usuarios objeto de investigación se diseñó y aplicó la lista de chequeo para cada patología a estudiar.

Variables: se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas y clínicas realizando la Operacionalización de la siguiente manera:

Cuadro 4. Variables de Investigación

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
DIAGNÓSTICO DE REINGRESO	Se entiende como diagnóstico o causa principal la condición establecida Después de estudio, como la razón principal de reingreso hospitalario del paciente.	Es la condición causante de reingreso hospitalario del paciente que será valorada a través de datos obtenidos del sistema de información de la EPS (Ciklos).	Cualitativa	Nominal	El diagnóstico de reingreso será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las 5 patologías más frecuentes.
COSTO X EVENTO HOSPITALARIO	Es el valor en pesos del evento hospitalario	Es el valor en pesos del evento hospitalario del paciente que será valorado a través de datos obtenidos del sistema de información de la EPS (Ciklos).	Cualitativa	Nominal	El costo por evento hospitalario será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las 5 patologías que generan mayor costo.
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Es el tiempo transcurrido a partir del nacimiento de los pacientes que registran reingreso hospitalario que será valorada a través de los datos obtenidos del sistema de información de la EPS (Cicklos)	Cualitativa	Nominal	La edad será presentada a través de porcentajes de acuerdo al tiempo transcurrido desde el nacimiento de cada paciente.
SEXO	Condición orgánica que distingue al	Condición orgánica de los pacientes con	Cualitativa	Nominal	El sexo será presentado a través

	macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas: sexo masculino, femenino.	reingreso hospitalario que será valorada a través de los datos obtenidos del sistema de información de la EPS (Cicklos) Masculino Femenino			de porcentajes de acuerdo a las categorías establecidas.
RAZA	Cada uno de los grupos en que se subdividen algunas especies zoológicas y cuyos caracteres diferenciales se perpetúan por herencia..	Grupos de caracteres diferenciales perpetuados por herencia de los pacientes con reingreso hospitalario que serán valorados a través de una pregunta de entrevista	Cualitativa	Nominal	La raza será presentada a través de porcentajes de acuerdo a las categorías establecidas.
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles	Condición civil de los pacientes que registran reingreso hospitalario que podrá ser valorada a través de los datos obtenidos del sistema de información de la EPS (Cicklos) Casado Soltero Divorciado u. libre	Cualitativa	Nominal	El estado civil será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las categorías establecidas.

ESCOLARIDAD	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Tiempo durante el que los pacientes que registran reingreso asisten a cualquier centro de enseñanza que podrá ser valorada a través de los datos obtenidos a través de una pregunta de entrevista. Analfabeta Primaria Bachillerato Técnico Tecnólogo Profesional	Cualitativa	Nominal	La escolaridad será presentada a través de porcentajes de acuerdo a las categorías establecidas
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	Forma de estratificación social basada en las remuneraciones que reciben o los impuestos que pagan las personas	Forma de estratificación social de los pacientes que registran reingreso hospitalario que ser valorada a través de los datos obtenidos del sistema de información de la EPS (Cicklos) Uno Dos Tres Cuatro Cinco Seis	Cualitativa	Nominal	El estrato socioeconómico será presentada a través de porcentajes de acuerdo a las categorías establecidas

ENTORNO	Señala al marco externo que influye en el desarrollo de las actividades de los individuos	Marco externo que influye en el desarrollo de las actividades de los pacientes que registran reingreso hospitalario que será valorado a través de una pregunta de entrevista. Vive solo Vive en hogar para mayores Hijos cuidadores Ausencia de cuidador Apoyo de la familia	Cualitativa	Nominal	El entorno será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las categorías establecidas
COMORBILIDADES DEL USUARIO	Presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Presencia de uno o más enfermedades además de la causante de reingreso hospitalario de los pacientes que será valorada a través de una pregunta de entrevista. No. Comorbilidades Tipo de comorbilidad	Cualitativa	Nominal	Las comorbilidades del usuario serán presentadas a través de porcentajes de acuerdo a las categorías establecidas
ÍNDICE DE BARTHEL (NIVEL DE DEPENDENCIA)	Medida genérica que valora el nivel de dependencia del paciente con respecto a la	Nivel de dependencia de los pacientes que registran reingreso hospitalario que será	Cualitativa	Nominal	El nivel de dependencia del usuario será presentado a través de porcentajes de

	realización de algunas actividades básicas de la vida diaria	valorado a través de la puntuación obtenida al realizar la valoración de las categorías de autocuidado. Grave Moderado Leve independiente			acuerdo a las categorías establecidas
--	--	---	--	--	---------------------------------------

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se adhiere a los lineamientos nacionales del reglamento de la ley general de salud y la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos) que expresa en sus numerales:

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

11.RESULTADOS Y ANÁLISIS

Se tomó inicialmente el registro de los ingresos hospitalarios para el año 2012 reportados en el aplicativo CIKLOS de la EPS filtrando los ingresos que fueron marcados como reingresos (periodo no mayor de 30 días) se obtuvieron 267 reingresos, se promedió el costo de estos eventos y se tomaron los más costosos, los que se encontraban por encima del promedio, fueron 50 casos, se determinaron los diagnósticos más frecuentes y se procedió a realizar las encuestas a los usuarios, además se aplicó el estudio de la historia clínica en estos casos. Sin embargo de los 50 pacientes 11 habían fallecidos y 7 no fueron ubicados según los datos obtenidos en la base de datos de la EPS. A los 32 casos restantes se les realizó una visita para aplicar la encuesta cuya finalidad principal fue determinar los factores de riesgo propios del paciente y del entorno que influyen en los reingresos.

Posteriormente se procedió a evaluar la historia clínica de estos 32 pacientes sin embargo nos encontramos con que de estos 32, 11 fueron hospitalizados por primera vez en IPS diferentes del municipio de Tuluá por lo tanto no tuvimos acceso a la historia clínica. Se realizó una lista de chequeo en cuanto a calidad de servicio basándonos en el registro clínico y teniendo en cuenta criterios como la aplicación de protocolos, el tiempo de estancia hospitalaria, las valoraciones por especialista pues son obligatorias en las instituciones de II y III nivel del municipio, las valoraciones médicas y el registro en la historia clínica, el manejo integral del paciente, incluyendo manejo de comorbilidades y el plan de manejo ambulatorio como la contrarreferencia a la IPS de atención primaria, se valoró por ultimo como dato subjetivo la percepción del evaluador de la calidad en general de la historia clínica.

Estos datos se aplican en la lista de chequeo y permiten evaluar la atención inicial de manera que nos ayude a determinar si hubo factores asociados al primer ingreso que condicionen o predispongan el reingreso hospitalario.

Cuadro 5. Base de datos pacientes más costosos

N°	Id.	Sexo	Edad	IPS Afiliado	Fecha Ingreso	Prestador	Servicio de Ingreso
1	CC 16346978	MASCULINO	46,0	CLINICA ORIENTE LTDA ROLDANILLO	09/01/2012 12:13	CLINICA FARALLONES S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO
2	CC 94392637	MASCULINO	35,0	CLINICA ORIENTE LTDA TULUA	07/01/2012 18:52	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	PISO
3	CC 2669674	MASCULINO	77,0	UBA COOMEVA TULUA	31/01/2012 23:00	UCI GUADALAJARA S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
4	CC 6491425	MASCULINO	72,0	UBA COOMEVA TULUA	16/01/2012 23:59	DUMIAN MEDICAL SAS	PISO
5	CC 29768514	FEMENINO	77,0	CLINICA ORIENTE LTDA ROLDANILLO	02/02/2012 20:28	Sinergia Global En Salud Sas	PISO
6	CC 29990303	FEMENINO	64,0	UPREC TULUA	17/02/2012 03:39	Sinergia Global En Salud Sas	PISO
7	CC 29865650	FEMENINO	73,0	CLINICA ORIENTE LTDA TULUA	09/02/2012 06:00	DUMIAN MEDICAL SAS	PISO
8	CC 6375598	MASCULINO	82,0	CLINICA ORIENTE LTDA TULUA	23/02/2012 23:32	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
9	CC 66872810	FEMENINO	33,0	CLINICA ORIENTE LTDA ROLDANILLO	01/03/2012 10:58	Sinergia Global En Salud Sas	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
10	RC 1104828809	FEMENINO	0,5	CLINICA ORIENTE LTDA TULUA	06/03/2012 03:00	CLINICA FARALLONES S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

							PEDIATRICO
11	CC 29990301	FEMENINO	64,0	UPREC TULUA	04/03/2012 17:06	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	PISO
12	CC 6183726	MASCULINO	68,0	UBA COOMEVA TULUA	26/03/2012 22:47	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
13	CC 29864540	FEMENINO	73,0	CLINICA ORIENTE LTDA TULUA	30/03/2012 18:50	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
14	CC 29199559	FEMENINO	71,0	UPREC TULUA	12/03/2012 14:21	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	PISO
15	CC 2645662	MASCULINO	85,0	UPREC TULUA	19/03/2012 14:38	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	PISO
16	CC 94225624	MASCULINO	48,0	CLINICA ORIENTE LTDA ZARZAL	01/04/2012 01:29	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	PISO
17	CC 29995422	FEMENINO	66,0	CLINICA ORIENTE LTDA ZARZAL	17/03/2012 21:00	DUMIAN MEDICAL SAS	PISO
17	CC 66708578	FEMENINO	46,0	CLINICA ORIENTE LTDA TULUA	05/04/2012 03:50	Sinergia Global En Salud Sas	PISO
19	CC 6487791	MASCULINO	78,0	UPREC TULUA	17/04/2012 17:44	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
20	CC 29896533	FEMENINO	73,0	UBA COOMEVA TULUA	07/04/2012 00:28	Sinergia Global En Salud Sas	PISO
21	CC 94225354	MASCULINO	48,0	CLINICA ORIENTE LTDA ZARZAL	01/04/2012 01:29	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	PISO

22	CC 1255699	MASCULINO	84,0	HOSPITAL KENNEDDY E.S.E.	05/04/2012 20:23	Sinergia Global En Salud Sas	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
23	RC 1117024080	FEMENINO	1,0	CLINICA ORIENTE LTDA BUGALAGRANDE	21/05/2012 20:54	CLINICA FARALLONES S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO
24	TI 95101411762	MASCULINO	16,0	UBA COOMEVA TULUA	14/05/2012 07:34	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	PISO
25	CC 17185147	MASCULINO	64,0	UBA COOMEVA TULUA	02/05/2012 12:30	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	PISO
26	CC 66728347	FEMENINO	35,0	UBA COOMEVA TULUA	12/05/2012 02:51	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	PISO
27	CC 38860484	FEMENINO	55,0	UPREC TULUA	18/05/2012 06:00	CLINICA FARALLONES S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO
28	CC 16671533	MASCULINO	49,0	CLINICA ORIENTE LTDA TULUA	15/05/2012 03:05	CLINICA FARALLONES S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
29	CC 2662425	MASCULINO	82,0	UBA COOMEVA TULUA	22/05/2012 17:15	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
30	RC 1116443510	MASCULINO	0,1	CLINICA ORIENTE LTDA ZARZAL	12/06/2012 17:47	DUMIAN MEDICAL SAS	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO
31	CC 6115400	MASCULINO	41,0	PUNTO DE ATENCION ANDALUCIA	07/06/2012 21:34	Sinergia Global En Salud Sas	UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO
32	CC 6491235	MASCULINO	73,0	UBA COOMEVA TULUA	26/06/2012 17:23	CLINICA SAN FRANCISCO	PISO

						S.A.	
33	CC 2677475	MASCULINO	92,0	UBA COOMEVA TULUA	25/06/2012 02:30	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	PISO
34	CC 94356832	MASCULINO	32,0	PUNTO DE ATENCION ANDALUCIA	20/06/2012 17:20	DUMIAN MEDICAL SAS	PISO
35	CC 1115190786	MASCULINO	18,0	UBA COOMEVA TULUA	22/06/2012 20:00	FUNDACION VALLE DEL LILI	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
36	CC 2672721	MASCULINO	80,0	UPREC TULUA	19/07/2012 10:13	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO
37	CC 1382295	MASCULINO	86,0	UBA COOMEVA TULUA	11/07/2012 12:49	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
38	CC 6427426	MASCULINO	61,0	UBA COOMEVA TULUA	09/07/2012 20:47	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	PISO
39	CC 2668457	MASCULINO	79,0	UBA COOMEVA TULUA	03/07/2012 23:13	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO
40	CC 29871281	FEMENINO	62,0	CLINICA ORIENTE LTDA TULUA	23/07/2012 16:20	CLINICA FARALLONES S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
41	CC 16367322	MASCULINO	44,0	UBA COOMEVA TULUA	14/07/2012 23:49	FUNDACION VALLE DEL LILI	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
42	CC 2686841	MASCULINO	78,0	UBA COOMEVA TULUA	13/07/2012 17:50	FUNDACION VALLE DEL LILI	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO

43	CC 6436353	MASCULINO	68,0	CLINICA ORIENTE LTDA ROLDANILLO	29/08/2012 02:59	CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	PISO
44	CC 6436242	MASCULINO	68,0	CLINICA ORIENTE LTDA ROLDANILLO	11/08/2012 11:37	CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	PISO
45	CC 24620106	FEMENINO	56,0	UBA COOMEVA TULUA	07/08/2012 01:23	CORPORACION COMFENALCO VALLE UNIVERSIDAD LIBRE	PISO
46	CC 298 80825	FEMENINO	60,0	UBA COOMEVA TULUA	04/11/2012 13:55	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	PISO
47	CC 13841665	MASCULINO	55	UPREC TULUA	05/12/2012 15:21	CLINICA FARALLONES S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO
48	CC 16546456	MASCULINO	52	CLINICA ORIENTE LTDA ROLDANILLO	07/12/2012 14:00	DUMIAN MEDICAL SAS	PISO
49	CC 6491436	MASCULINO	73	UBA COOMEVA TULUA	15/12/2012 05:29	CLINICA SAN FRANCISCO S.A.	PISO
50	CC 1113039950	FEMENINO	19	CLINICA ORIENTE LTDA BUGALAGRANDE	15/12/2012 14:31	CLINICA DE OCCIDENTE S.A.	UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO

N°	Total Días Estancia	Fecha Egreso	Destino Paciente	Diagnóstico Egreso 1	Tipo de Atención en Egreso	Costo
1	11	20/01/2012 13:14	AL DOMICILIO	INFARTO AGUDO TRANSMURAL DEL MIOCARDIO DE OTROS SITIOS	CORONARIAS	20260987
2	10	17/01/2012 13:38	REMITIDO A PROGRAMA CUIDADO EN CASA	OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS	CIRUGÍA ADULTOS	6942864
3	5	05/02/2012 10:48	FALLECIDO	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	MÉDICA ADULTO	9404614
4	25	10/02/2012 10:49	AL DOMICILIO	OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS	MÉDICA ADULTO	11830887
5	8	10/02/2012 14:24	AL DOMICILIO	OTRAS ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LA VESICULA BILIAR	CIRUGÍA ADULTOS	4609563
6	11	28/02/2012 08:43	AL DOMICILIO	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	CIRUGÍA ADULTOS	6671038
7	11	20/02/2012 11:39	AL DOMICILIO	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	MÉDICA ADULTO	5411467
8	8	02/03/2012 07:58	AL DOMICILIO	INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL	MÉDICA ADULTO	13222983
9	60	30/04/2012 07:30	AL DOMICILIO	SEPTICEMIA DEBIDA A OTROS ORGANISMOS GRAMNEGATIVOS	CIRUGÍA ADULTOS	48688779

10	9	15/03/2012 10:28	REMITIDO A PROGRAMA CUIDADO EN CASA	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	PEDIATRÍA	5353221
11	10	14/03/2012 07:09	AL DOMICILIO	PERITONITIS AGUDA	CIRUGÍA ADULTOS	16802380
12	21	16/04/2012 01:16	FALLECIDO	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	MÉDICA ADULTO	35200651
13	9	08/04/2012 10:17	REMITIDO A OTRA INSTITUCION POR COMPLEJIDAD	TUBERCULOSIS DEL PULMON, CONFIRMADA POR HALLAZGO MICROSCOPICO DEL BACILO TUBERCULOSO EN ESPUTO, CON O SIN CULTIVO	MÉDICA ADULTO	18356206
14	16	28/03/2012 07:14	REMITIDO A PROGRAMA CUIDADO EN CASA	AMPUTACION DEL PIE, NIVEL NO ESPECIFICADO	CIRUGÍA ADULTOS	6528191
15	10	29/03/2012 11:11	FALLECIDO	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	MÉDICA ADULTO	18245883
16	35	06/05/2012 16:11	AL DOMICILIO	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	CIRUGÍA ADULTOS	36472348
17	11	28/03/2012 09:52	REMITIDO A OTRA INSTITUCION POR COMPLEJIDAD	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO	ONCOLOGÍA	4881721

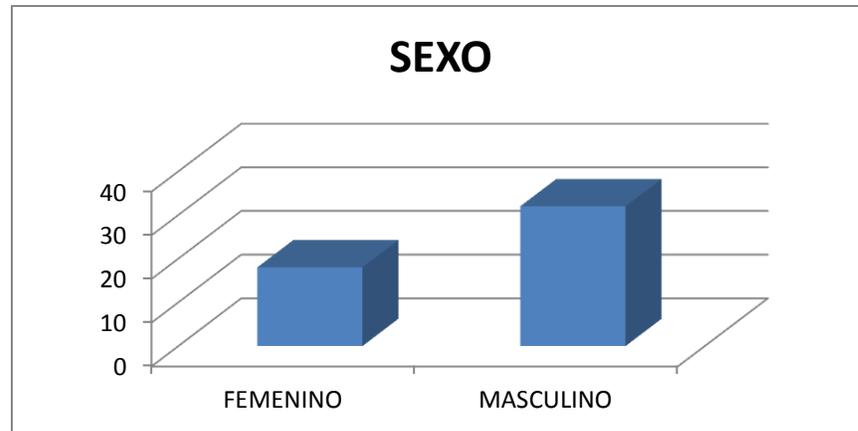
17	14	19/04/2012 08:09	REMITIDO A OTRA INSTITUCION POR COMPLEJIDAD	OBSTRUCCION DEL CONDUCTO BILIAR	CIRUGÍA ADULTOS	5944318
19	5	22/04/2012 10:20	FALLECIDO	TAQUICARDIA VENTRICULAR	MÉDICA ADULTO	8449023
20	13	20/04/2012 09:27	REMITIDO A PROGRAMA CUIDADO EN CASA	ABSCESO DEL HIGADO	MÉDICA ADULTO	6148715
21	35	06/05/2012 16:11	AL DOMICILIO	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	CIRUGÍA ADULTOS	36472348
22	23	28/04/2012 12:12	FALLECIDO	APENDICITIS AGUDA CON PERITONITIS GENERALIZADA	CIRUGÍA ADULTOS	26216099
23	11	01/06/2012 14:48	AL DOMICILIO	OTRAS CONVULSIONES Y LAS NO ESPECIFICADAS	PEDIATRÍA	8408486
24	11	25/05/2012 19:39	AL DOMICILIO	ANEMIA FALCIFORME CON CRISIS	MÉDICA ADULTO	7881846
25	15	17/05/2012 14:33	REMITIDO A PROGRAMA CUIDADO EN CASA	TUMOR MALIGNO DEL INTESTINO, PARTE NO ESPECIFICADA	CIRUGÍA ADULTOS	13193899
26	6	18/05/2012 16:56	AL DOMICILIO	PREECLAMPSIA EN EL PUERPERIO	GINECOLOGÍA	6417236
27	54	11/07/2012 09:20	REMITIDO A PROGRAMA CUIDADO EN CASA	SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA COMO HEMORRAGICA U OCLUSIVA	MÉDICA ADULTO	64717615
28	14	29/05/2012 15:44	AL DOMICILIO	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA	CORONARIAS	21945151

				ESPECIFICACION		
29	24	15/06/2012 16:10	FALLECIDO	SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA	MÉDICA ADULTO	26924287
30	11	23/06/2012 09:46	AL DOMICILIO	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	PEDIATRÍA	4760477
31	6	13/06/2012 14:22	REMITIDO A OTRA INSTITUCION POR COMPLEJIDAD	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN SARCOMA DE KAPOSI	MÉDICA ADULTO	5132521
32	10	06/07/2012 18:56	REMITIDO A PROGRAMA CUIDADO EN CASA	NEUMONIA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	MÉDICA ADULTO	7195495
33	10	05/07/2012 13:36	AL DOMICILIO	HEMATURIA, NO ESPECIFICADA	CIRUGÍA ADULTOS	5028676
34	17	07/07/2012 09:51	AL DOMICILIO	OTRAS ENFERMEDADES BACTERIANAS ESPECIFICADAS	CIRUGÍA ADULTOS	5203684
35	14	06/07/2012 09:20	REMITIDO A PROGRAMA CUIDADO EN CASA	TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO, PARTE NO ESPECIFICADA	MÉDICA ADULTO	13634337
36	9	28/07/2012 16:37	AL DOMICILIO	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	MÉDICA ADULTO	5949534
37	8	19/07/2012 15:14	REMITIDO A PROGRAMA CUIDADO EN CASA	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS	MÉDICA ADULTO	11493256

				INFERIORES		
38	19	28/07/2012 07:18	REMITIDO A PROGRAMA CUIDADO EN CASA	NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	MÉDICA ADULTO	16775086
39	5	08/07/2012 16:05	REMITIDO A PROGRAMA CUIDADO EN CASA	OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS	MÉDICA ADULTO	5010756
40	2	25/07/2012 09:55	FALLECIDO	HEMORRAGIA INTRACEREBRAL EN HEMISFERIO, SUBCORTICAL	MÉDICA ADULTO	5774120
41	15	29/07/2012 16:04	AL DOMICILIO	HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA	CIRUGÍA ADULTOS	20552113
42	7	20/07/2012 10:13	AL DOMICILIO	TUMOR MALIGNO DEL RECTO	CIRUGÍA ADULTOS	11688914
43	6	04/09/2012 15:34	FALLECIDO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	ONCOLOGÍA	13149616
44	9	20/08/2012 08:59	AL DOMICILIO	TUMOR MALIGNO DE SITIOS NO ESPECIFICADOS	CIRUGÍA ADULTOS	9524903
45	22	29/08/2012 11:18	FALLECIDO	TUMOR MALIGNO DE LA VESICULA BILIAR	MÉDICA ADULTO	25307095
46	13	17/11/2012 07:26	AL DOMICILIO	EMBOLIA PULMONAR SIN MENCION DE CORAZON PULMONAR AGUDO	MÉDICA ADULTO	5982091
47	9	14/12/2012 11:22	AL DOMICILIO	CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	MÉDICA ADULTO	19561426
48	14	21/12/2012 16:46	AL DOMICILIO	INFECCION DE MUÑON DE AMPUTACION	CIRUGÍA ADULTOS	6797419

11.1 ANALISIS DE DATOS

Gráfico 2. Sexo de pacientes más costosos

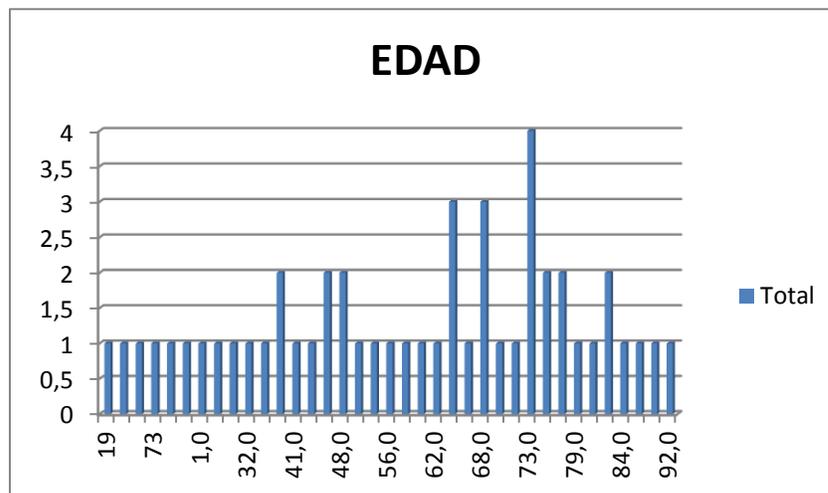


Fuente. Base de datos CIKLOS

El gráfico muestra que de los 50 pacientes 32 eran de sexo masculino y 18 eran mujeres.

Etiquetas de fila	Cuenta de Sexo
FEMENINO	18
MASCULINO	32
Total general	50

Gráfico 3. Edad de pacientes más costosos



Fuente. Base de datos CIKLOS

El gráfico permite establecer que de los 50 pacientes 36 eran mayores de 45 años.

Grafico 4. Servicio de ingreso

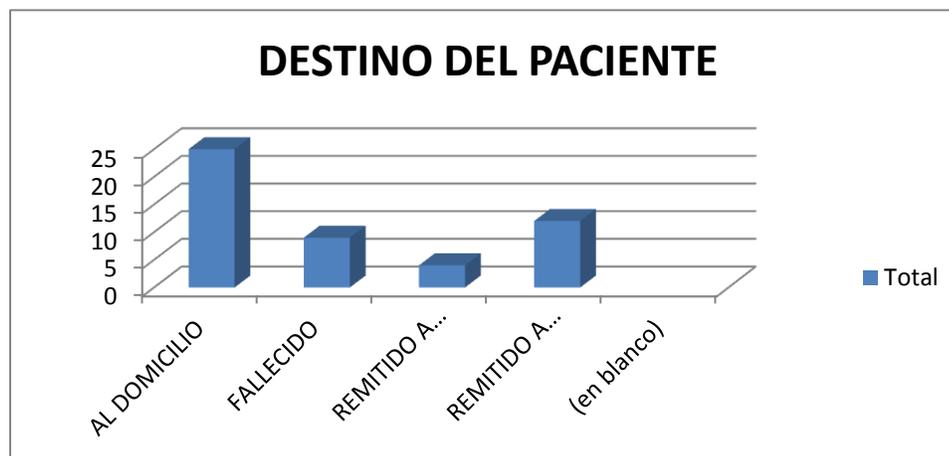


Fuente. Base de datos CIKLOS

Etiquetas de fila	Cuenta de Servicio de Ingreso
PISO	26
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO	14
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	2
UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO	8
(en blanco)	
Total general	50

El gráfico permite establecer que de los 50 pacientes 26 ingresaron a hospitalización en piso y 24 ingresaron a unidades de cuidados especiales.

Gráfico 5. Destino del paciente

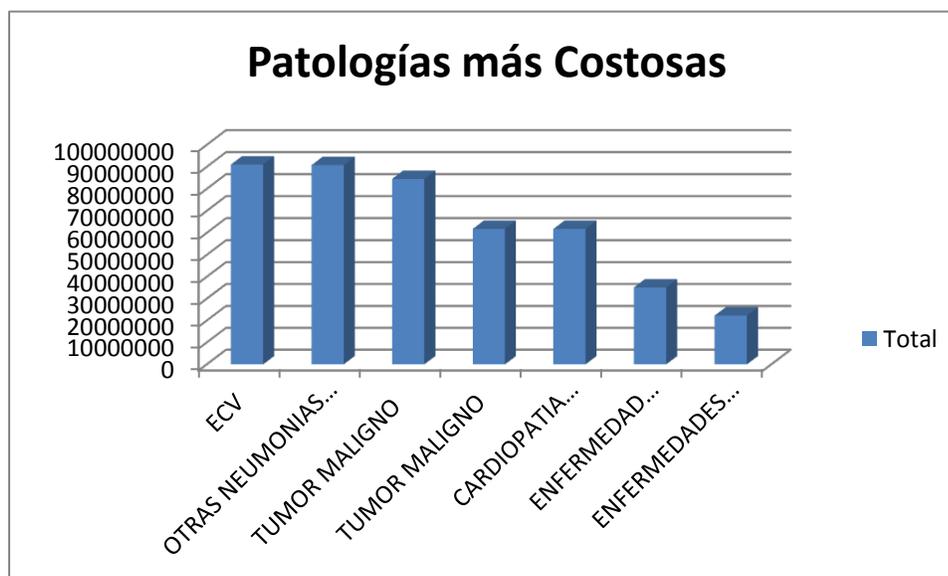


Fuente. Base de datos CIKLOS

Etiquetas de fila	Cuenta de Destino Paciente
AL DOMICILIO	25
FALLECIDO	9
REMITIDO A OTRA INSTITUCION POR COMPLEJIDAD	4
REMITIDO A PROGRAMA CUIDADO EN CASA	12
(en blanco)	
Total general	50

El gráfico permite establecer que de las 50 personas encuestadas, 25 pacientes van al domicilio, 9 han fallecido, 4 son remitidos a otro nivel de complejidad y 12 son remitidas al programa cuidado en casa.

Grafico 6. Patologías más costosas



Etiquetas de fila	Suma de Costo
ECV	91043848
OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS	90770710
TUMOR MALIGNO	84514401
TUMOR MALIGNO	61779443
CARDIOPATIA ISQUEMICA	61767564
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	35150606
ENFERMEDADES ESPECIFICADAS DE LA VESICULA Y LA VIA BILIAR	22276651
Total general	447303223

El gráfico permite establecer que los costos más elevados son de ECV, Neumonías bacterias y tumores malignos.

Luego de analizar los datos arrojados por el aplicativo CIKLOS, se recogieron 32 encuestas realizadas a los usuarios que registraron reingresos hospitalarios no programados, las cuales fueron digitadas utilizando EXCEL. A continuación se presentan los datos en las siguientes tablas.

Cuadro 6. Caracterización de la encuesta

N°	EDAD	SEXO		RAZA				ESTADO CIVIL			
		M	F	NEGRO	BLANCO	MESTIZO	MULATO	SOLTERO	CASADO	SEPARADO	VIUDO
1	79	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
2	62	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
3	56	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
4	68	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
5	61	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0
6	73	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
7	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
8	86	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
9	73	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
10	52	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
11	49	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
12	92	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
13	73	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1
14	60	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0
15	80	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
16	46	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0
17	44	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
18	86	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
19	41	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
20	46	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0
21	61	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
22	73	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
23	0.6	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
24	81	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
25	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
26	82	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
27	33	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
28	48	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
29	48	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
30	46	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
31	72	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
32	64	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0

N°	ENTORNO					EDUCACIÓN					
	VIVE SOLO	HOGAR MAYORES	HIJOS CUIDADORES	AUSENCIA CUIDADOR	APOYO FLIA	NO ESTUDIÓ	PRIMARIA	BACHILLERATO	TÉCNICO	TECNÓLOGO	UNIVERSITARIO
1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
3	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
4	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
5	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
6	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
8	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
9	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
11	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
12	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
13	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
14	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
15	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
16	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
17	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
18	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
19	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
20	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
21	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
22	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
23	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
24	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0
25	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
26	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
27	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1

28	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0
29	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
30	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
31	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
32	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0

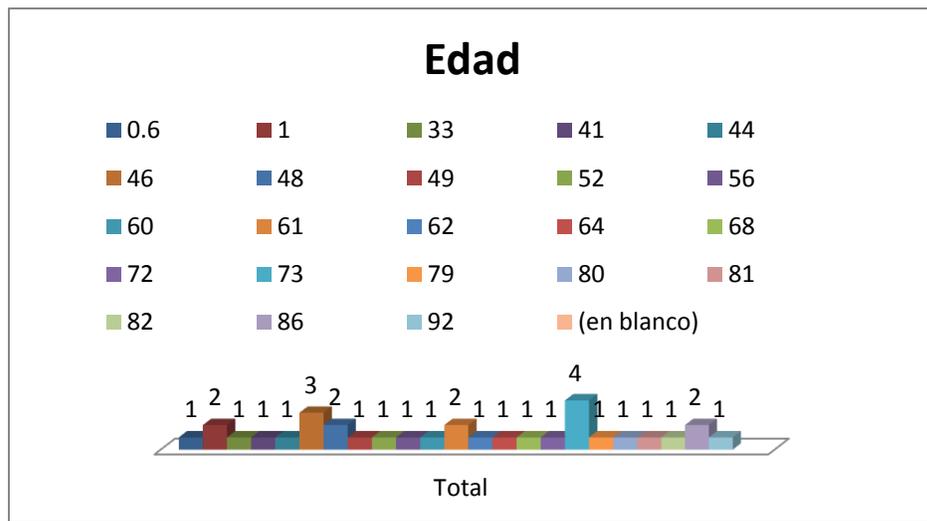
N°	INGRESOS HOSPITALARIOS EN MESES PREVIOS		ESTANCIA HOSPITALARIA (EN DÍAS)	HOSPITALIZACION EN EL HOGAR		VISITAS DE SEGUIMIENTO		N° MCTOS Q MANEJA
	SI	NO		SI	NO	SI	NO	
1	1	0	5	1	0	0	1	4
2	1	0	2	0	1	1	0	4
3	1	0	22	1	0	1	0	10
4	1	0	9	0	1	0	1	0
5	1	0	19	1	0	1	0	6
6	1	0	10	1	0	1	0	11
7	1	0	9	0	1	1	0	4
8	1	0	8	1	0	1	0	6
9	1	0	11	0	1	1	0	8
10	1	0	14	1	0	1	0	6
11	0	1	14	0	1	0	1	2
12	1	0	10	1	0	1	0	5
13	1	0	11	1	0	1	0	5
14	1	0	13	1	0	1	0	4
15	1	0	9	0	1	0	1	4
16	1	0	11	0	1	1	0	0
17	1	0	15	0	1	1	0	3
18	1	0	8	0	1	0	1	1
19	1	0	6	1	0	0	1	0
20	0	1	14	0	1	0	1	3
21	1	0	19	1	0	1	0	3
22	1	0	10	1	0	1	0	4
23	0	1	9	1	0	0	1	2
24	1	0	8	1	0	1	0	2
25	1	0	11	1	0	1	0	5
26	1	0	8	0	1	0	1	4
27	1	0	60	0	1	0	1	0
28	1	0	36	0	1	0	1	2
29	1	0	35	1	0	1	0	0
30	1	0	11	0	1	0	1	4
31	1	0	25	0	1	0	1	3
32	1	0	15	0	1	0	1	3

N°	N° COMORBILIDADES	FACTORES RELACIONADOS CON MORBILIDAD												
		S. RESPIRATORIO	EPOC	S. GENITO URINARIO	S. DIGESTIVO	S. CIRCULATORIO	ECV	C.A. ACTIVO	HISTORIA DE CANCER	SISTEMA ENDOCRINO	ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA	S. NERVIOSO	DEMEENCIA	DEPRESION
1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
3	3	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0
4	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
5	3	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
6	3	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
8	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
12	5	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0
13	5	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
14	5	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
15	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
16	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
17	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
18	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	4	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
22	4	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1
23	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
25	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
26	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
27	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
28	3	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
29	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
30	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
32	3	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0

N°	TENSION ARTERIAL		EXFUMADOR		COLESTEROL		HB	
	NORMAL	ALTERADA	SI	NO	NORMAL	ALTERADO	NORMAL	ALTERADA
1	0	1	1	0	1	0	1	0
2	0	1	1	0	0	1	1	0
3	0	1	0	1	1	0	1	0
4	1	0	0	1	1	0	1	0
5	0	1	1	0	1	0	1	0
6	0	1	1	0	1	0	1	0
7	1	0	0	1	1	0	1	0
8	0	1	1	0	0	1	1	0
9	1	0	1	0	1	0	1	0
10	1	0	1	0	1	0	1	0
11	0	1	1	0	1	0	1	0
12	0	1	1	0	1	0	1	0
13	0	1	1	0	1	0	1	0
14	0	1	0	1	0	1	1	0
15	1	0	0	1	1	0	1	0
16	1	0	1	0	1	0	1	0
17	0	1	1	0	1	0	1	0
18	1	0	1	0	1	0	1	0
19	1	0	1	0	1	0	1	0
20	1	0	0	1	0	1	1	0
21	0	1	1	0	1	0	1	0
22	0	1	1	0	0	1	0	1
23	1	0	0	1	1	0	1	0
24	0	1	0	1	0	1	1	0
25	1	0	0	1	1	0	1	0
26	1	0	0	1	1	0	1	0
27	0	1	0	1	1	0	1	0
28	1	0	1	0	1	0	1	0
29	0	1	1	0	1	0	1	0
30	0	1	1	0	1	0	1	0
31	1	0	1	0	1	0	1	0
32	0	1	1	0	1	0	1	0

N°	CREATININA		IMC		INDICE DE BARTHEL			
	NORMAL	ALTERADA	NORMAL	ALTERADO	GRAVE	MODERADO	LEVE	INDEPENDIENTE
1	1	0	1	0	0	0	1	0
2	1	0	0	1	0	0	0	1
3	1	0	1	0	0	0	0	1
4	1	0	1	0	0	0	0	1
5	0	1	0	1	0	0	0	1
6	1	0	0	1	1	0	0	0
7	1	0	1	0	1	0	0	0
8	1	0	1	0	0	0	1	0
9	1	0	1	0	0	0	0	1
10	1	0	1	0	0	0	1	0
11	1	0	1	0	0	0	0	1
12	1	0	1	0	0	1	0	0
13	1	0	1	0	0	1	0	0
14	1	0	1	0	0	0	0	1
15	1	0	1	0	0	0	1	0
16	1	0	1	0	0	0	0	1
17	1	0	0	1	0	0	0	1
18	1	0	1	0	0	0	0	1
19	1	0	1	0	0	0	0	1
20	1	0	1	0	0	0	0	1
21	1	0	1	0	0	1	0	0
22	1	0	0	1	1	0	0	0
23	1	0	1	0	0	1	0	0
24	1	0	1	0	0	1	0	0
25	1	0	1	0	0	1	0	0
26	1	0	1	0	0	0	0	1
27	1	0	1	0	0	0	0	1
28	1	0	1	0	1	0	0	0
29	1	0	1	0	0	1	0	0
30	1	0	1	0	0	0	1	0
31	1	0	1	0	0	1	0	0
32	1	0	0	1	1	0	0	0

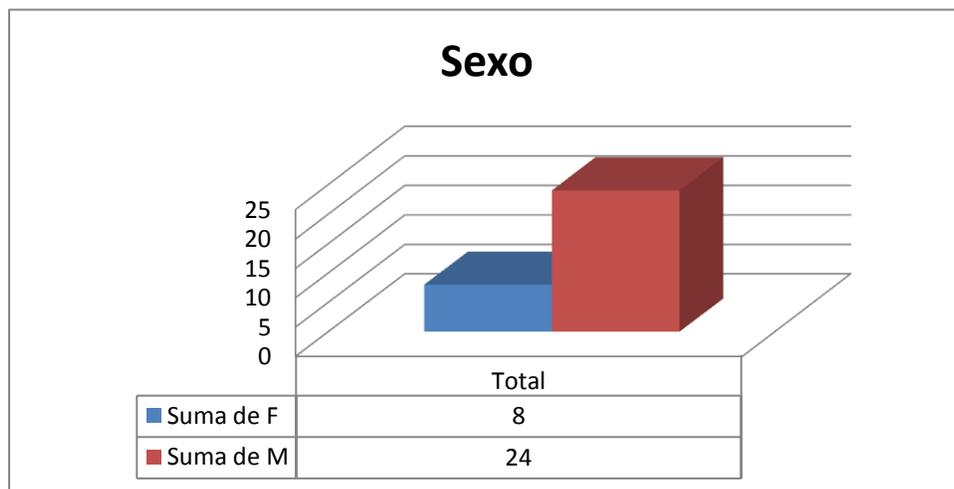
Grafico 7. Edad



Fuente. La encuesta

En el gráfico se aprecia que de los 32 encuestados 26 son mayores de 45 años, lo que relaciona la edad mayor con el riesgo de reingreso y un costo más alto. Muestra que los menores de 5 años son 3 y 3 pacientes tienen edades entre 30 y 44 años.

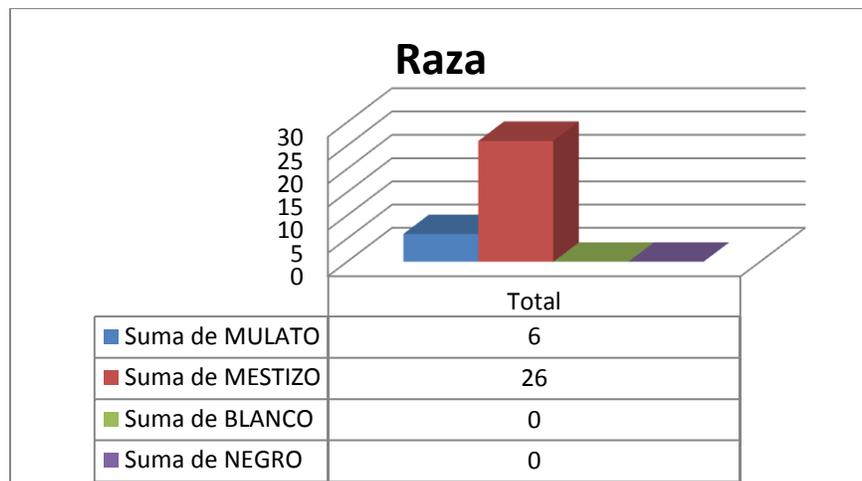
Grafico 8. Sexo de los encuestados



Fuente. La encuesta

En la gráfica se evidencia que de las 32 encuestas aplicadas 24 fueron hombres y 8 mujeres.

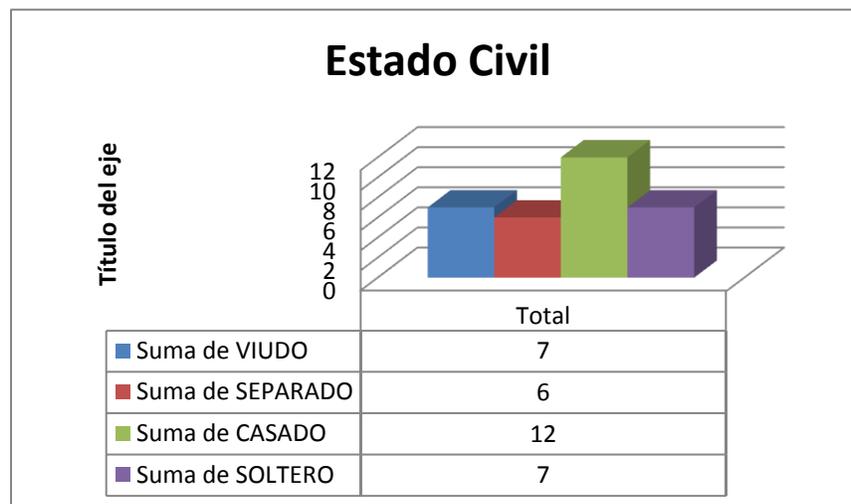
Grafico 9. Distribución por raza de los encuestados.



Fuente. La Encuesta

Se evidencia que de los 32 encuestados 26 fueron de raza mestiza y 6 mulatos. No hubo de raza blanca o negra.

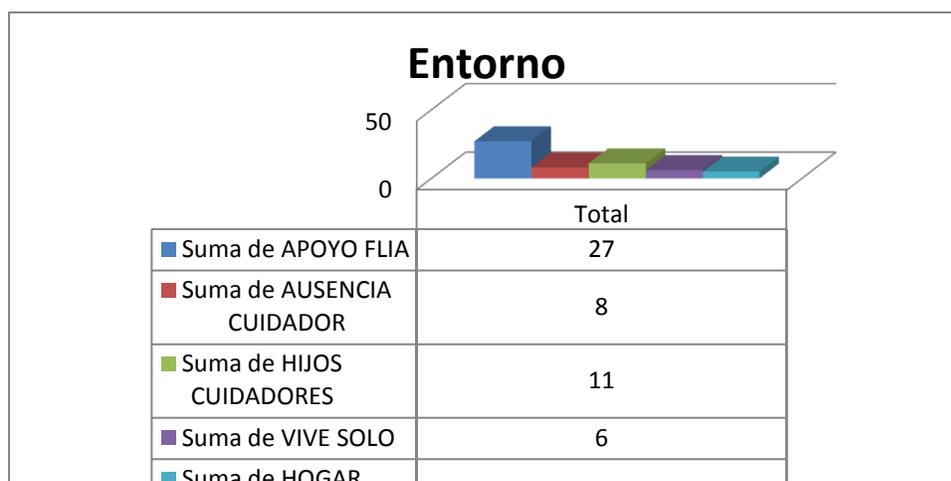
Grafico 10. Distribución de encuestados por su estado civil.



Fuente. La Encuesta

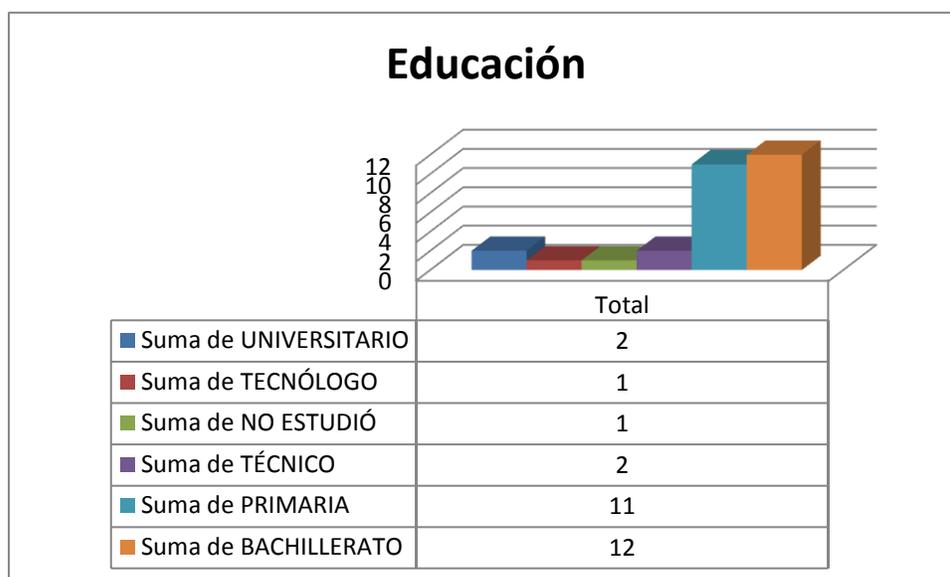
En la gráfica se visualiza que de los 32 encuestados 12 son casados, 7 solteros, 7 viudos y 6 separados.

Grafico 11. Entorno como red de apoyo.



En la gráfica se evidencia que de los 32 encuestados 27 tienen apoyo de la familia en su cuidado, 11 tienen como cuidadores sus hijos, 8 no tienen cuidador, 5 viven en hogares geriátricos y 6 viven solos.

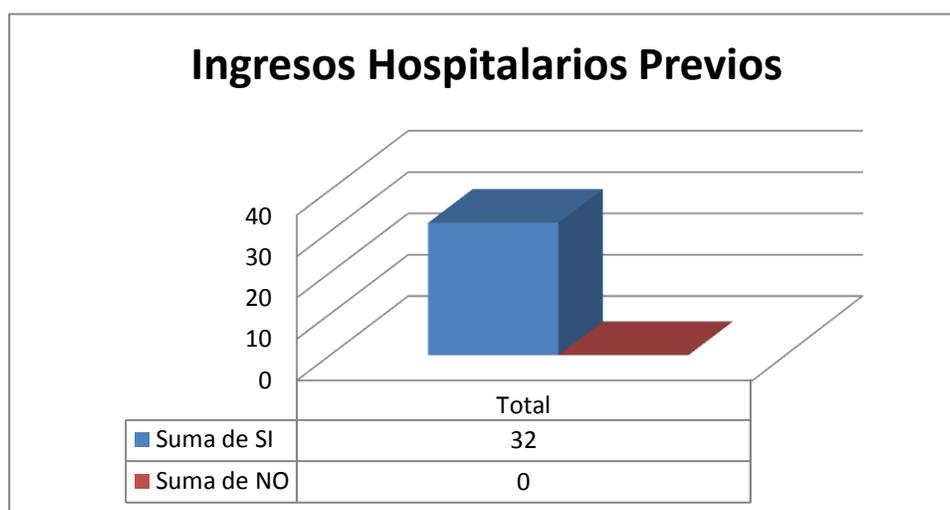
Gráfica 12. Distribución por grado de escolaridad.



Fuente. La encuesta

En la gráfica se evidencia que de los 32 encuestados 12 tienen estudios de básica secundaria, 11 solo tienen estudios de primaria, 2 tienen estudios técnicos y 2 estudios universitarios, 1 tiene estudio de tecnólogo y 1 no tuvo ningún tipo de estudio.

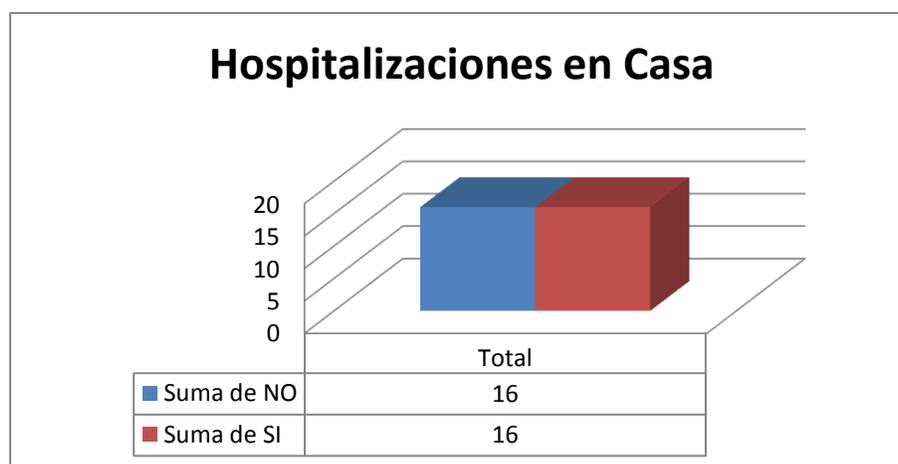
Gráfica 13. Eventos hospitalarios previos.



Fuente. La Encuesta

Todos los encuestados tuvieron un evento hospitalario previo.

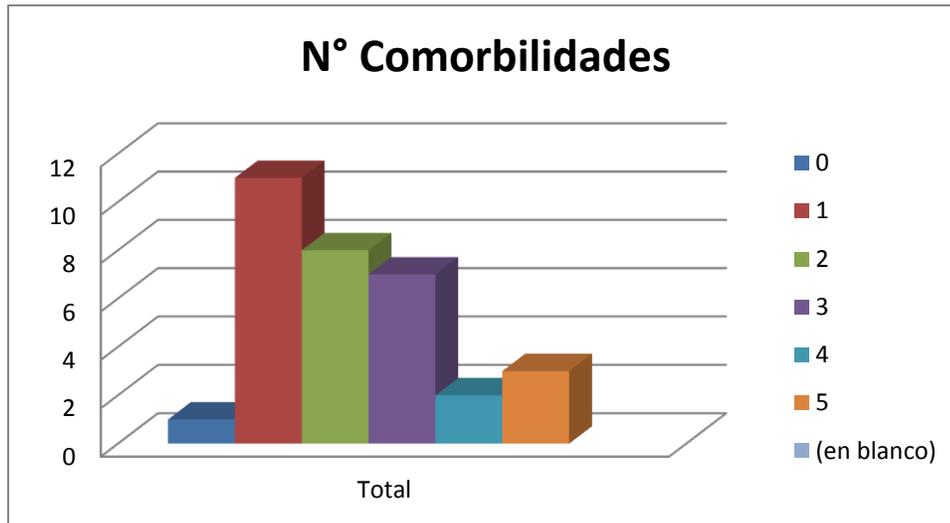
Gráfico 14. Hospitalizaciones en casa



Fuente. La Encuesta

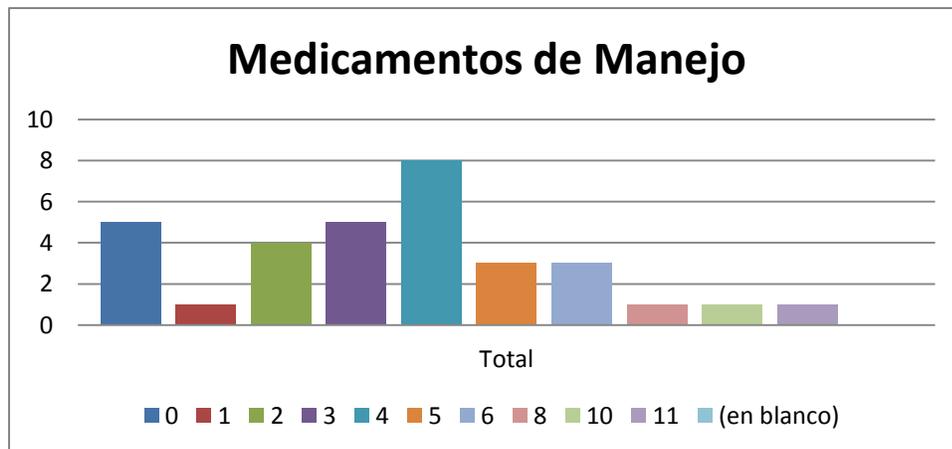
La gráfica muestra que de los 32 encuestados 16 finalizaron la atención como hospitalización en casa y 16 fueron dados de alta desde el egreso hospitalario índice.

Gráfica 15. Seguimiento por personal de salud posterior alta médica.



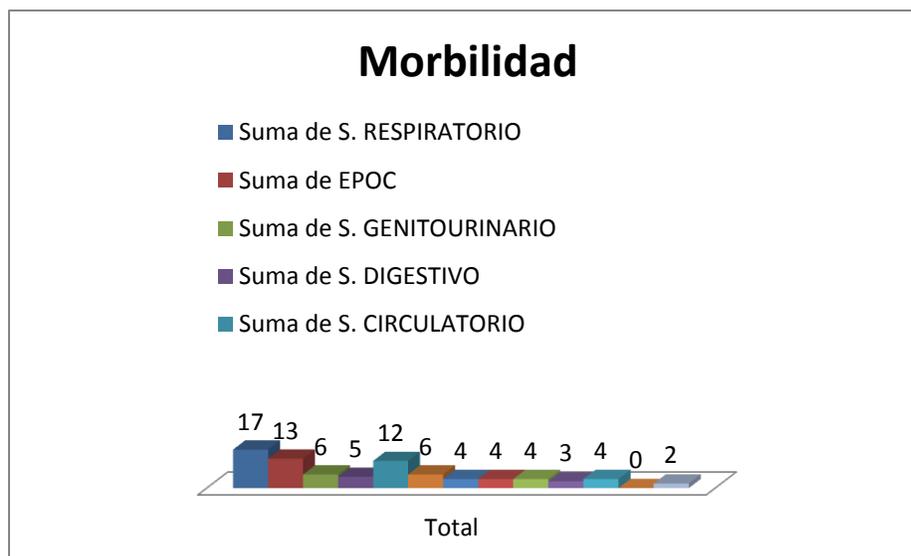
La gráfica muestra que de los 32 encuestados 18 presentaron visitas de seguimiento luego del egreso hospitalario y 14 no tuvieron.

Gráfico 16. Medicamentos de Manejo



La gráfica muestra que de los 32 pacientes encuestados 8 manejan 4 medicamentos para su tratamiento de base, 5 manejan 3 medicamentos, 4 manejan 2 medicamentos.

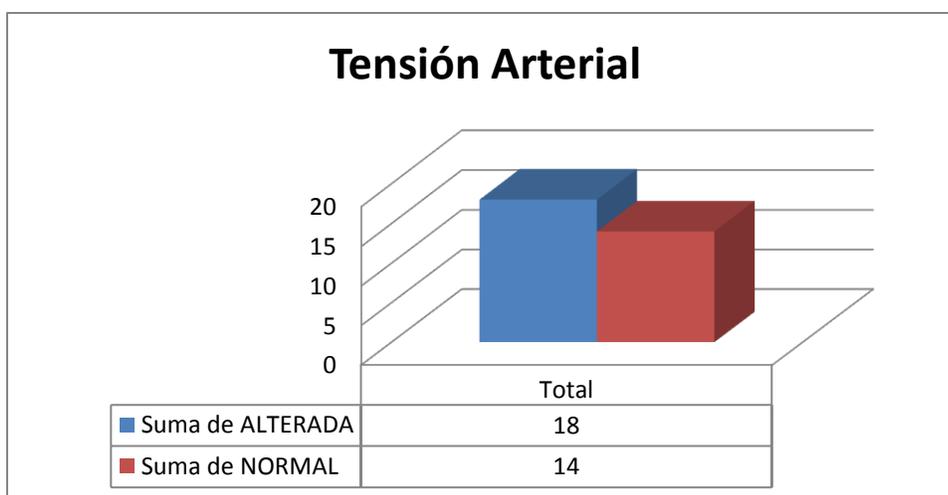
Gráfica 17. Distribución por morbilidad.



Fuente. La Encuesta

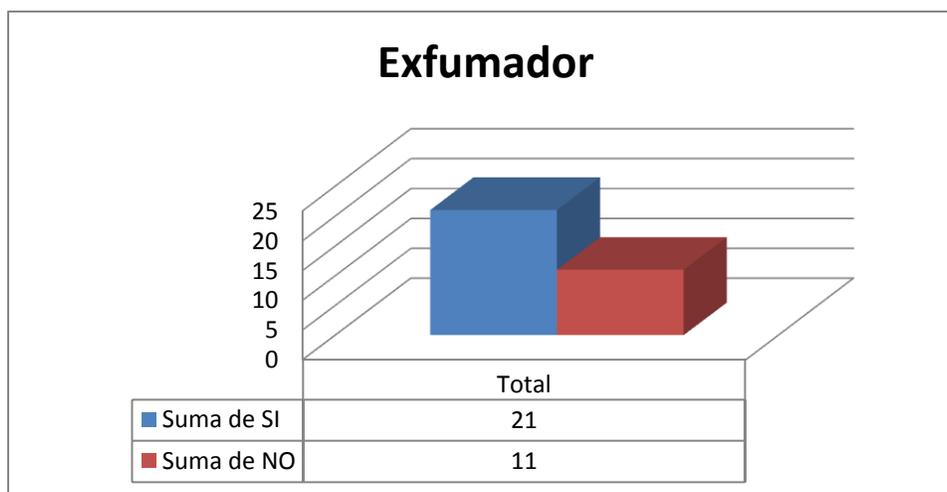
En la gráfica se evidencia las comorbilidades presentadas por los pacientes al momento de la encuesta, 17 de los 32 encuestados tienen una patología respiratoria de base de los cuales 13 tienen diagnóstico confirmado de EPOC, de los 32 encuestados 13 afirman padecer enfermedades del sistema circulatorio, 6 han presentado patologías del tracto genitourinario, 6 tienen antecedentes de enfermedades cerebrovasculares y 6 tienen

Gráfico 18. Distribución de pacientes por antecedente de Tensión Arterial alterada con o sin diagnóstico de hipertensión arterial.



De los 32 encuestados 18 han presentado en algún momento una lectura anormal de la tensión arterial, no necesariamente ligado al diagnóstico de hipertensión. 14 han tenido presiones normales.

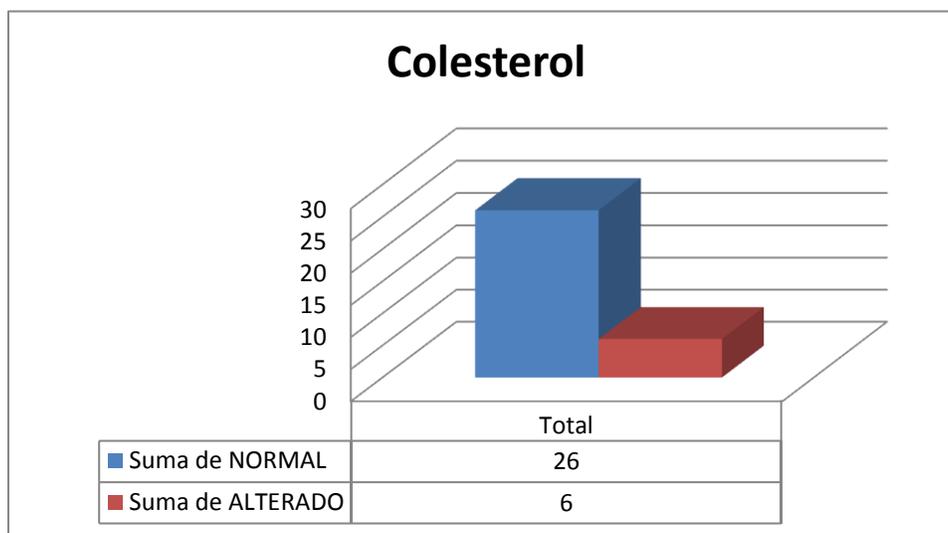
Gráfica 19. Distribución por antecedente de tabaquismo.



Fuente. La Encuesta

La gráfica muestra que de los 32 encuestados 21 presentan antecedentes de tabaquismo y 11 no han fumado nunca.

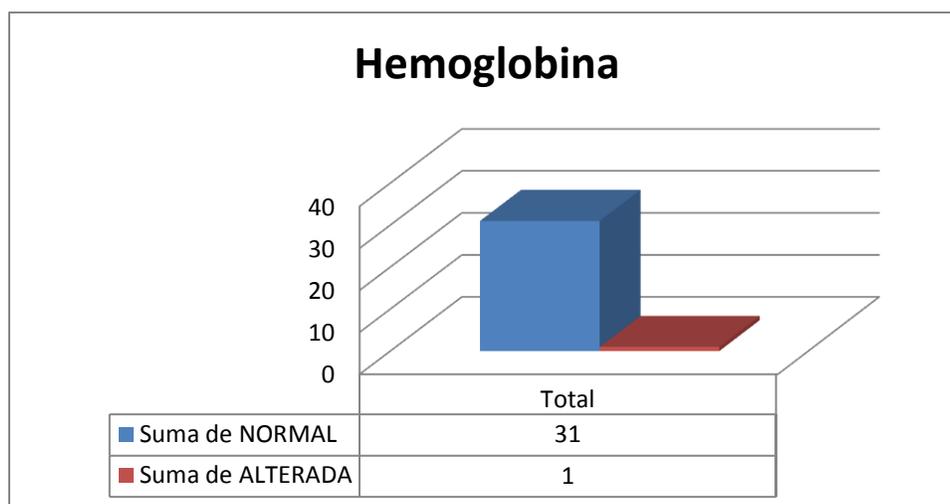
Gráfica 20. Distribución por antecedente de dislipidemia.



Fuente. La Encuesta

La gráfica muestra que de las 32 encuestados 26 afirman no haber tenido alteración en los exámenes realizados de colesterol sérico, 6 presentan antecedentes de dislipidemia.

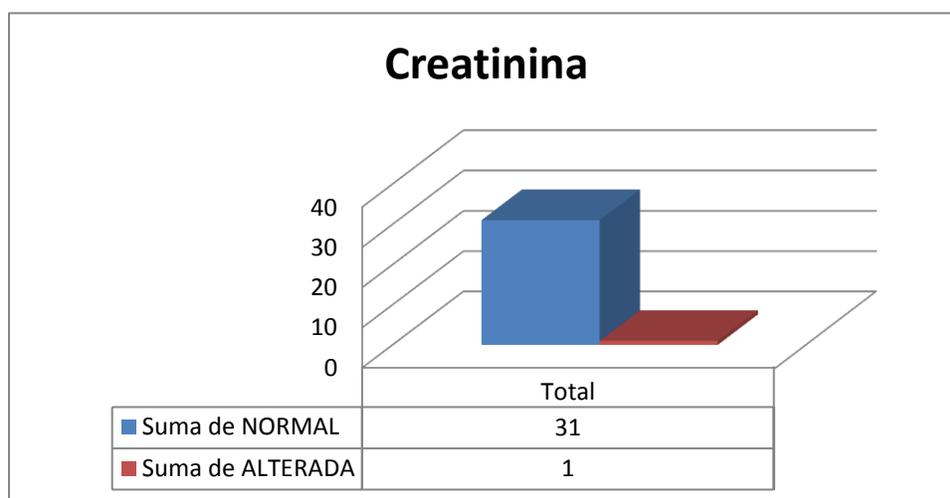
Gráfica 21. Distribución por antecedente de anemia.



Fuente. La Encuesta

De los 32 encuestados 31 afirman no tener antecedentes de anemia, solo 1 paciente afirmó esta enfermedad.

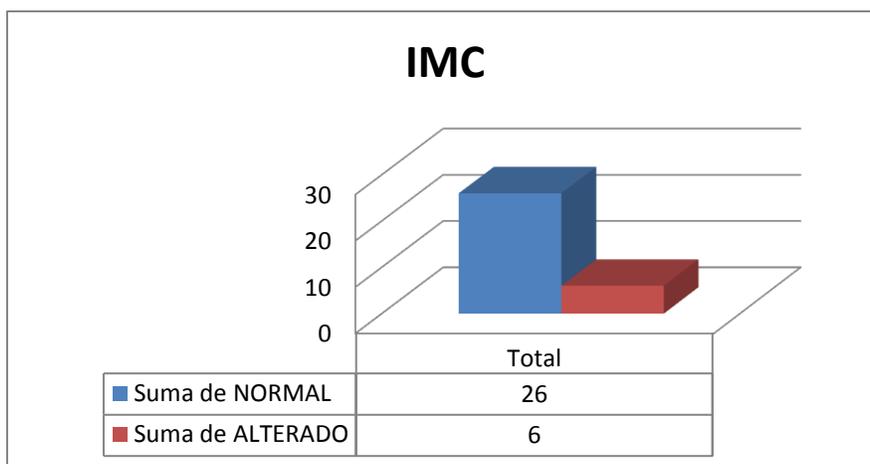
Gráfica 22. Distribución por antecedente de patología renal



Fuente. La Encuesta

La gráfica muestra que de los 32 encuestados 31 afirman no tener patología renal de base, 1 presenta algún grado de daño renal asociado.

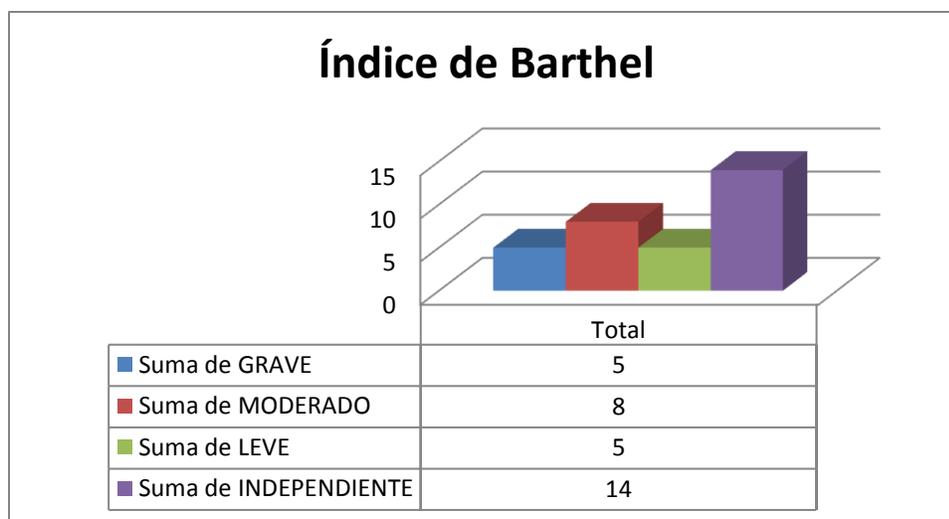
Gráfica 23. Distribución por alteración en el IMC



Fuente. La Encuesta

La gráfica evidencia que de los 32 encuestados 26 afirman tener un IMC en promedio normal (menor de 25 y mayor de 19) y 6 presentan este índice alterado.

Gráfica 24. Grado de dependencia según Barthel



Fuente. La Encuesta

La gráfica muestra que de los 32 encuestados 14 no presentan grado alguno de dependencia, 8 presentan dependencia moderada según la escala de Barthel, 5 presentan dependencia leve y 5 presentan discapacidad severa o postración en cama.

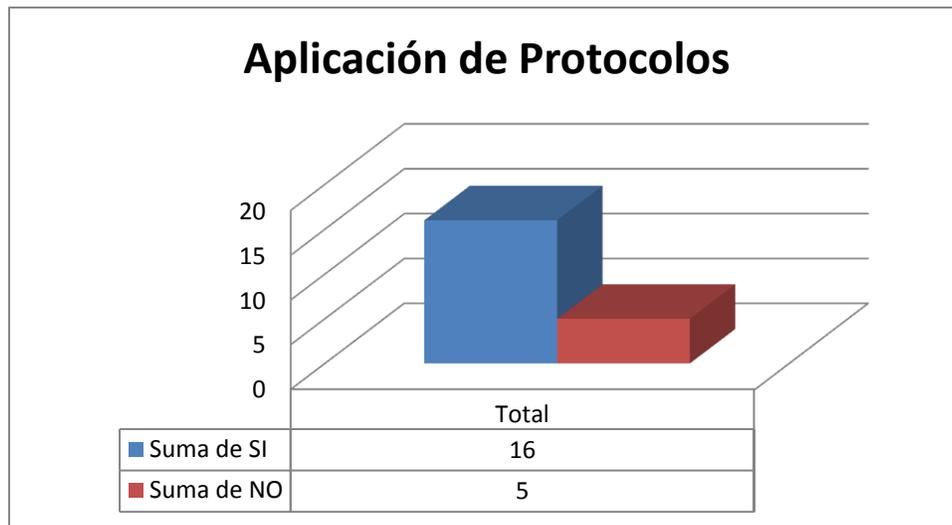
Adicionalmente se realiza lista de chequeo aplicable a la verificación de indicadores sugestivos de seguimiento en la observación directa de las historias clínicas de los pacientes en el ingreso índice. Para esta actividad solo se aplicaron 21 listas de chequeo equivalentes al número de historias clínicas a las que se tuvo acceso.

Cuadro 7. Listo de chequeo de verificación de indicadores sugestivos

N°	APLICACIÓN PROTOCOLO		ALTA MÉDICA POSTERIOR A 72 H		MANEJO CLÍNICO AVALADO POR ESPECIALISTA		VALORACIONES MÉDICAS (MIN. 2/DÍA)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	1	0	1	0	0	1	1	0
2	1	0	0	1	0	1	1	0
3	1	0	1	0	1	0	1	0
4	1	0	1	0	1	0	0	1
5	1	0	1	0	1	0	0	1
6	1	0	1	0	1	0	1	0
7	1	0	0	1	1	0	1	0
8	1	0	1	0	1	0	0	1
9	1	0	0	1	0	1	1	0
10	1	0	1	0	1	0	0	1
11	1	0	0	1	1	0	0	1
12	1	0	1	0	1	0	0	1
13	1	0	0	1	1	0	0	1
14	0	1	0	1	0	1	1	0
15	0	1	1	0	1	0	0	1
16	1	0	1	0	0	1	1	0
17	0	1	0	1	0	1	1	0
18	1	0	1	0	1	0	1	0
19	0	1	0	1	1	0	1	0
20	0	1	1	0	0	1	1	0
21	1	0	1	0	0	1	1	0

N°	MANEJO HOSPITALARIO CORMORBILIDADES		PLAN AMBULATORIO		CONTRA-REFERENCIA IPS PRIMARIA		CALIDAD ATENCIÓN X EVALUADOR	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	1	0	0	1	0	1	0	1
2	1	0	1	0	1	0	1	0
3	1	0	1	0	0	1	1	0
4	1	0	1	0	1	0	1	0
5	1	0	1	0	0	1	1	0
6	1	0	1	0	0	1	1	0
7	1	0	1	0	1	0	1	0
8	1	0	1	0	1	0	1	0
9	1	0	1	0	1	0	0	1
10	1	0	1	0	0	1	1	0
11	1	0	1	0	1	0	1	0
12	1	0	1	0	0	1	1	0
13	1	0	1	0	0	1	0	1
14	1	0	1	0	0	1	0	1
15	1	0	1	0	0	1	1	0
16	1	0	1	0	1	0	1	0
17	1	0	0	1	0	1	0	1
18	1	0	0	1	0	1	1	0
19	1	0	1	0	1	0	1	0
20	1	0	1	0	1	0	1	0
21	1	0	1	0	1	0	1	0

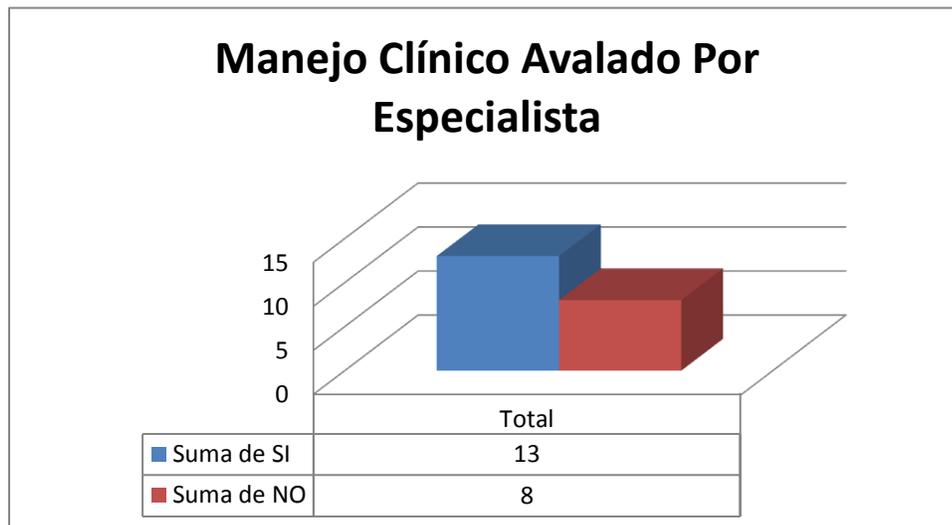
Grafico 25. Aplicación de protocolos



Fuente. La Encuesta

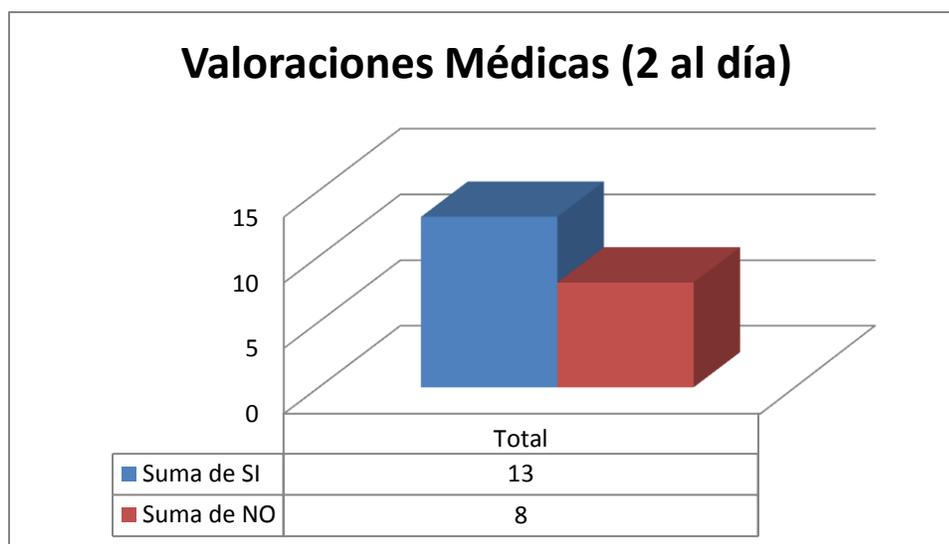
El grafico muestra que de las 21 historias analizadas, en 16 casos se aplicaron protocolos de atención y en 5 No fueron aplicados.

Grafico 26. Manejo clínico avalado por especialista



El grafico muestra que de las 21 historias analizadas, 13 suman Si y 8 suman NO

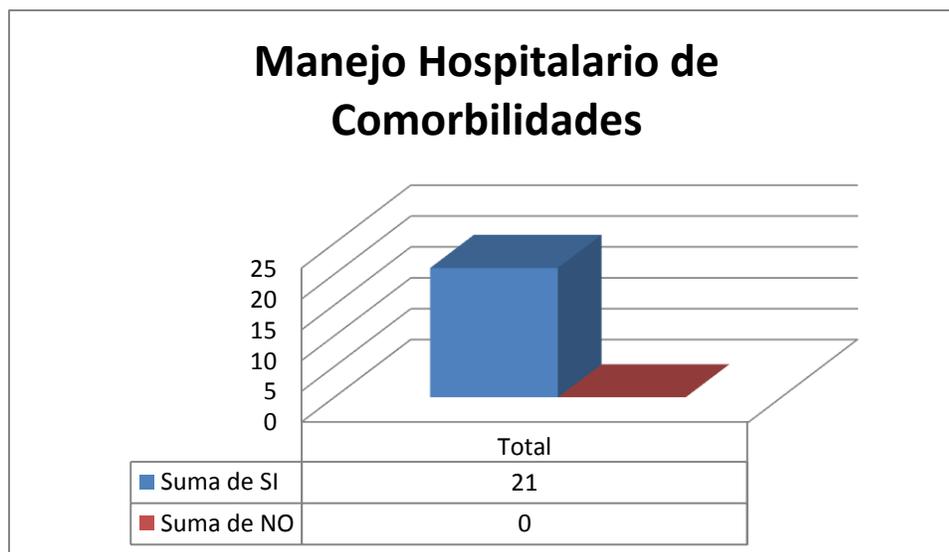
Grafico 27. Valoraciones Médicas



Fuente. La Encuesta

El grafico muestra que de las 21 historias analizadas, 13 suman Si y 8 suman NO

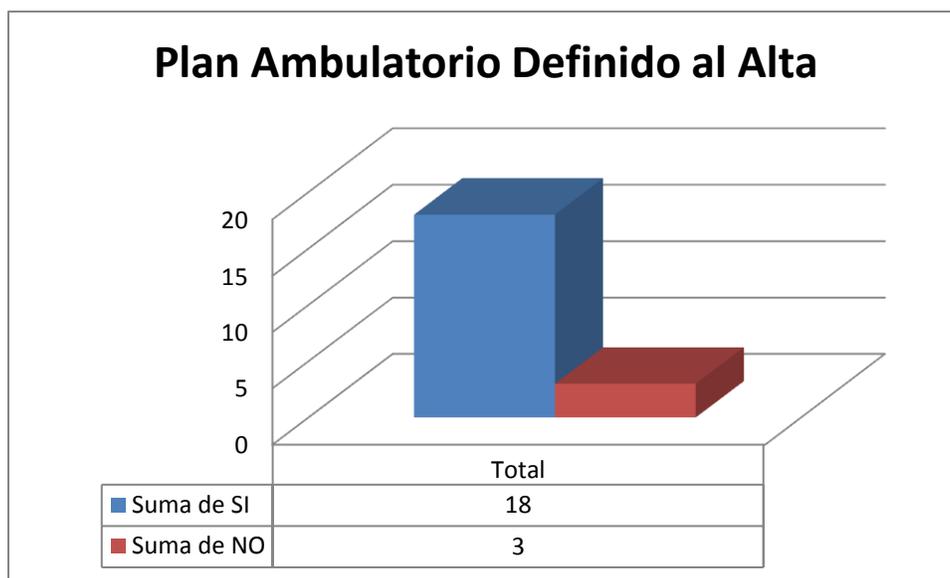
Grafico 28. Manejo Hospitalario Comorbilidades



Fuente. La Encuesta

El grafico muestra que de las 21 historias analizadas, a la totalidad se realizó manejo de comorbilidades.

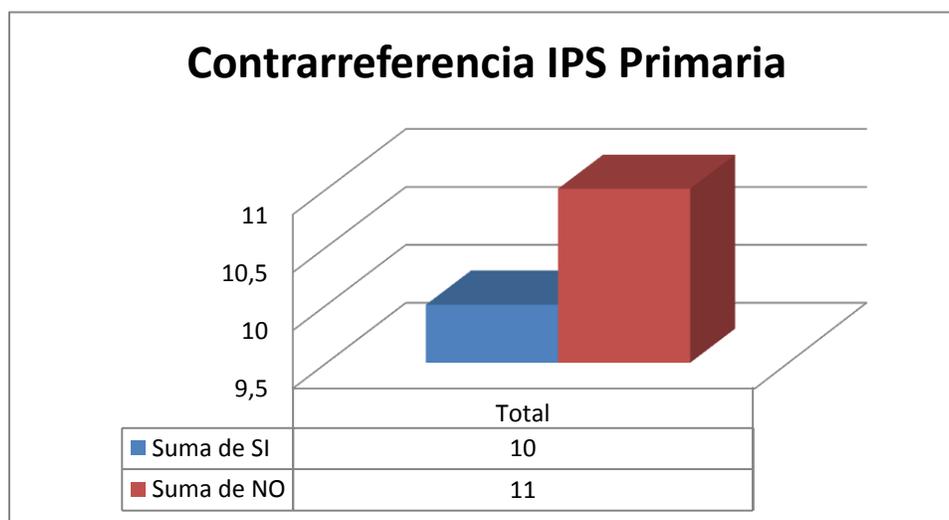
Grafico 29. Plan Ambulatorio definido alta



Fuente. La Encuesta

El grafico muestra que de las 21 historias analizadas, 18 suman Si y 3 suman NO

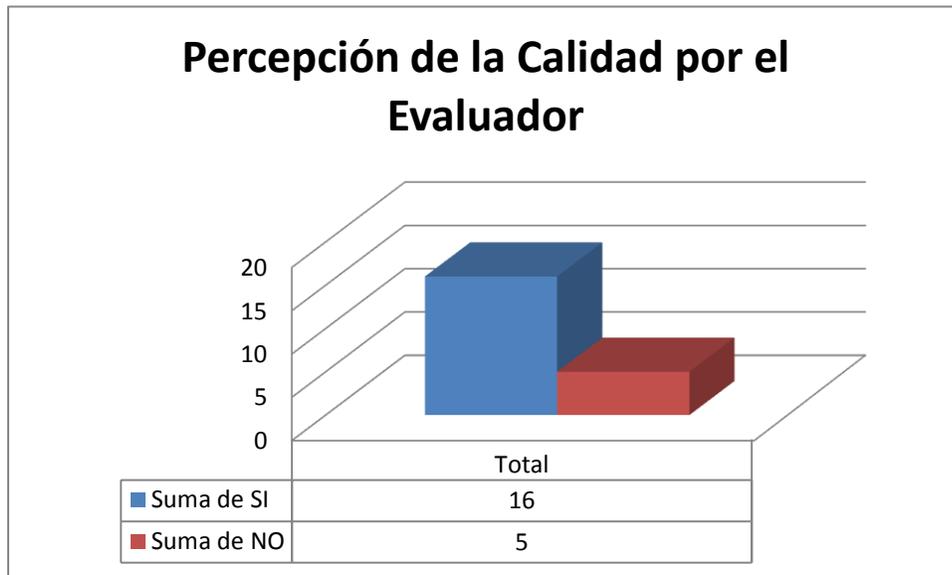
Grafico 30. Contrarreferencia IPS primaria



Fuente. La Encuesta

El grafico muestra que de las 21 historias analizadas, 10 fueron remitidas a la IPS primaria y 11 suman NO

Grafico 31. Percepción de la calidad por el evaluador



Fuente. La Encuesta

El grafico muestra que de las 21 historias analizadas, 16 son definidas con buena calidad y 5 NO

CONCLUSIONES

El reingreso hospitalario más que indicador de calidad de la atención hospitalaria prestada es un indicador que permite evaluar la eficiencia de la EPS en la integración del paciente hospitalario al manejo ambulatorio adecuado y oportuno.

Se determinaron como factores de riesgo para el reingreso hospitalario los siguientes: la edad mayor de 45 años, el género masculino, la suma de comorbilidades, la escasa red de apoyo familiar, algún grado de dependencia y el bajo nivel de escolaridad. Estos fueron factores que se encontraron presentes en la mayoría de los analizados siendo comunes para ellos y cuya asociación entre estos aumenta aún más el riesgo de reingresar. Algunos de estos hallazgos como el género y la edad se observan desde el análisis del ingreso índice.

Se determinaron como patologías más frecuentes de reingreso hospitalario las siguientes: Enfermedades cardiovasculares, el EPOC y sus exacerbaciones infecciosas o no, enfermedades tumorales, siendo estas igualmente las que generan mayor costo por evento pues requieren manejo en unidades de cuidado especiales (aislamiento, UCI), empleo de antibióticos de amplio espectro (más costosos), estancias hospitalarias superiores.

Los pacientes que egresaron inicialmente por enfermedades respiratorias, infecciones del tracto urinario, enfermedades neoplásicas y cardiovasculares tuvieron mayor riesgo de reingreso de manera no planeada, adicionalmente estos pacientes presentaron en su mayoría comorbilidades que pudieron incidir en que se presentara un nuevo evento hospitalario.

Aunque la monitorización de los reingresos se utiliza para identificar las fallas del equipo de salud en este caso no se refleja un deterioro significativo en la calidad de atención, ya que como se evidencia en el análisis de las historias clínicas se realizó la aplicación de protocolos en la mayoría de los pacientes, así como también las valoraciones periódicas por médico general y de especialista obligatorias en los niveles II y III de atención. En todos los casos se realizó manejo de comorbilidades y se definió el plan de manejo tras el alta hospitalaria. Si se requiere mayor atención en el proceso de contrarreferencia a la IPS primaria, que tal vez sea un punto neurálgico

que incide de manera significativa en la aparición del segundo evento hospitalario de estos pacientes.

En nuestro trabajo, los pacientes que tuvieron mayor probabilidad de reingreso presentaron hospitalizaciones más prolongadas y más costosas, considerándose estos aspectos como indicadores de mayor severidad de la enfermedad. Además, se observó que los pacientes que reingresaron tuvieron mayor mortalidad que aquellos que no reingresaron, ya que de los usuarios tomados de la base de datos de las patologías más costosas fallecieron 11.

Los reingresos hospitalarios son frecuentes en la EPS Coomeva y tienen un impacto económico importante en el sistema de prestación de servicios de salud. El costo y la mortalidad son mayores en los reingresos.

RECOMENDACIONES

La identificación de los pacientes con mayor riesgo de reingresar permite el diseño de programas e intervenciones individuales de acuerdo a las necesidades del usuario y su familia como red de apoyo antes del egreso, permitiendo que el seguimiento tenga mayor potencial de impacto para disminuir el problema teniendo en cuenta que no se trata de prevenir nuevos eventos necesarios (en las cuales impedir el reingreso es peligroso para el paciente), sino los evitables.

Se requieren estudios adicionales que evalúen la relación de los reingresos hospitalarios con la calidad de vida de los pacientes, el uso de hogar geriátrico y de las intervenciones realizadas desde los programas de riesgo específico de base y de promoción y prevención en la IPS primaria ya que la mayoría de los pacientes pertenecen a uno de estos programas, además de estudios que identifiquen si las intervenciones realizadas tras el alta del ingreso índice son las adecuadas para el manejo de los eventos evitables.

Antes de la realización del trabajo y del análisis de los datos considerábamos como propuesta para la EPS la aplicación de un instrumento por parte de la IPS hospitalaria que permitiera desde el ingreso índice detectar los pacientes con alto riesgo de reingresar y planear actividades que evitaran la aparición de estos reingresos, sin embargo luego del estudio y de analizados los factores de riesgo y las atenciones por parte de las clínicas del municipio podemos determinar que las acciones para evitar los reingresos deben ir mas enfocadas a la prevención primaria del evento hospitalario índice y reingreso pues podemos destacar que la mayoría de los pacientes que reingresan son conocidos por su EPS pues deben pertenecer a un grupo de riesgo o programa de P y P , por edad o patologías, por lo tanto la calidad de la atención primaria debe garantizar el evitar la aparición de complicaciones de estas patologías de riesgo EPOC, cardiovasculares, neoplásicas.

Se recomienda a la EPS crear un programa especial de integración que se enfoque en el manejo y seguimiento de los pacientes rehospitalizados por diagnósticos de interés, a través de

este se realizará el control continuo de estos pacientes concentrando su manejo al especialista o al médico del programa, garantizando el buen manejo de las patologías de base sin olvidar la causa de los eventos hospitalarios y enfocando su manejo a todas las anteriores.

Se recomienda a la EPS el control y remisión de todos los pacientes hospitalizados para su pronta y adecuada integración a la IPS de atención básica primaria con el fin de verificar el manejo hospitalario que se le dio al paciente y los requerimientos en el manejo ambulatorio, la medicación formulada, los exámenes ordenados y las valoraciones por especialista si fuera el caso. Se recomienda igualmente dar prontitud en el trámite de autorizaciones y citas a estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

CHARPAK, Nathalie; RUIZ, Juan Gabriel and MOTTA, Sylvia. Curso clínico y pronóstico a un año de una cohorte de prematuros dados de alta con oxígeno domiciliario en Bogotá, Colombia. *Rev. Salud pública* [online]. 2012, vol.14, n.1, pp. 102-115. ISSN 0124-0064.

ELGUETA, M. F., Espinola, D., Tobar, E., Martínez, N., García, J., & Castro, J. Reingreso a UCI desde la unidad de cuidados intermedios; factores de riesgo e impacto en el resultado hospitalario.

ESPINEL-BERMUDEZ, María Claudia et al. Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Salud pública Méx* [online]. 2011, vol.53, n.1, pp. 17-25. ISSN 0036-3634.

GARCIA ORTEGA, Cesáreo; ALMENARA BARRIOS, José and GARCIA ORTEGA, José Javier. **Tasa de reingresos de un hospital comarcal.** *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 1998, vol.72, n.2, pp. 103-110. ISSN 1135-5727.

JIMENEZ PANEQUE, Rosa E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2004, vol.30, n.1, pp. 0-0. ISSN 0864-3466.

JIMÉNEZ-PUENTE, A., García-Alegría, J., Gómez-Aracena, J., Hidalgo-Rojas, L., Lorenzo-Nogueiras, L., & Fernández-Crehuet-Navajas, J. (2002). Análisis de las causas de los reingresos en un hospital de agudos y su evitabilidad potencial. *Clínicas Médicas de Norteamérica*, 124, 90.

MACHADO, Lilian; TURRINI, Ruth N. T y SIQUEIRA, Ana L. Reingreso por infección de sitio quirúrgico: una revisión integradora. *Rev. chil. infectol.* [online]. 2013, vol.30, n.1, pp. 10-16. ISSN 0716-1018.