

PROPUESTA DE GESTIÓN PARA REDUCCIÓN DE COSTOS DE NO CALIDAD,
CAUSADOS POR LA OCURRENCIA DE SUCESOS ADVERSOS EN ASSBASALUD ESE
(MANIZALES) COLOMBIA. PERÍODO ABRIL A SEPTIEMBRE DE 2014.

JAZMÍN ELIANA VILLA GALLÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE HUMANIDADES, CIENCIAS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD
MANIZALES, CALDAS

2014

PROPUESTA DE GESTIÓN PARA REDUCCIÓN DE COSTOS DE NO CALIDAD,
CAUSADOS POR LA OCURRENCIA DE SUCESOS ADVERSOS EN ASSBASALUD ESE
(MANIZALES), COLOMBIA. PERÍODO ABRIL A SEPTIEMBRE DE 2014.

JAZMÍN ELIANA VILLA GALLÓN

Proyecto de desarrollo para optar al título de Especialista en Gerencia de la Calidad

ASESOR

Jorge Eliécer Rivera Franco

Magister en Desarrollo Educativo y Social. Doctorado en Educación en curso

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE HUMANIDADES, CIENCIAS SOCIALES Y ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD
MANIZALES, CALDAS

2014

DEDICATORIA

A mis padres

A mi hermana

A mi esposo

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Assbasalud E.S.E por su colaboración en la realización de este trabajo.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objeto aportar elementos estratégicos, tácticos y operativos para impactar en la disminución de los costos de no calidad ocasionados por la ocurrencia de los sucesos adversos en la institución de salud objeto de estudio. Es de resaltar que la Seguridad del Paciente como política ha tomado gran relevancia a nivel nacional, entendiéndose que las instituciones de salud deben proporcionar a sus usuarios atenciones cada vez más seguras y con mejor calidad. Bajo la premisa “Errar es humano” se puede comprender y, aún más allá, reconocer que las fallas en la atención en salud se presentan; sin embargo, el deber ser orienta a que estas sean identificadas, intervenidas y por tanto, llevar a una disminución de las mismas, entendiéndose que esto depende en gran medida de la actitud del equipo de salud, de la efectividad de las acciones de mejoramiento planteadas y sobretodo de la voluntad institucional para implementar y promover un programa de seguridad del paciente, bajo una cultura no punitiva, que estimule el reporte y que provea los recursos necesarios para brindar una atención segura.

Las fallas en la atención en salud generan costos de no calidad, los cuales deben ser cuantificados, analizados y transformados en costos de calidad. Los eventos adversos por corresponder a fallas en la atención conllevan a la destinación de recursos para la resolución de los efectos producidos por los mismos, de allí la necesidad de formular estrategias que protejan la seguridad de los pacientes y los recursos de institucionales.

IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Con la expedición de la ley 100 de 1993, se marcó el nuevo rumbo de la Seguridad Social en el país, provocando con ello que todas las instituciones prestatarias del servicio público de salud se adecuaran a sus ordenamientos legales. Ante la liquidación en 1988 del Distrito Integrado de Salud Pública, antiguo Centro Piloto, fue creada mediante el decreto extraordinario número 263 del 30 de mayo de 1988, según la autorización concedida por el Concejo Municipal mediante el Acuerdo 066 de 1987, en la ciudad de Manizales, la Asociación de Servicios Integrados de Atención Básica en Salud, ASBASALUD como Asociación de Participación mixta, descentralizada, de segundo grado, sin ánimo de lucro, de carácter municipal, y desde el primero (1) de enero de 1989 ha prestado en la ciudad el servicio de salud en el primer nivel de atención.

De conformidad con el Acuerdo 032 de 1988 se determinó que las prestaciones sociales causadas o que se causen a favor de los funcionarios del mencionado Distrito Integrado de Salud Pública de Manizales – Centro Piloto, lo mismo que las pensiones de jubilación reconocidas o que se reconozcan a los ex servidores del mismo, deberán ser sufragadas por partes iguales entre el Departamento de Caldas y el Municipio debiendo Assbasalud incorporar en la nómina a los funcionarios cesantes del antiguo Centro Piloto, construir un Fondo de Pensiones que garantice el pago oportuno de las mesadas pensionales, cubrir los servicios médicos asistenciales, etc, con los aportes de dichas entidades territoriales.

Desde el 1 de enero de 1989, ASBASALUD incorporó en su nómina a dichos funcionarios y empezó a cubrir las mesadas pensionales de aquellos que obtuvieron el derecho al reconocimiento de su pensión lo mismo que los gastos por servicios médicos asistenciales, con los aportes a que estaban obligados, como se dijo, el Departamento y el Municipio. Desde la creación de Assbasalud el Municipio de Manizales, la Beneficiencia de Manizales (hoy Emsa), el Servicio Seccional de Salud de Caldas y la Federación Nacional de Cafeteros- Comité Departamental de Cafeteros de Caldas, participan en la Asociación como miembros Asociados Activos Públicos los primeros y este último como miembro Asociado Activo Privado y el Alcalde de Manizales ha presidido la Sala General y la Sala de Gobierno de aquella Asociación.

La Federación Nacional de Cafeteros – Comité Departamental de Cafeteros de Caldas, único Miembro Privado Asociado activo de Assbasalud, se retiró voluntariamente de la misma, quedando de hecho conformada como una Asociación entre entidades Públicas.

Ante la necesidad de ajustar a Assbasalud a la normatividad vigente para el sector salud, y por así haberlo determinado todos los Asociados se hace indispensable y oportuno transformarla adecuándola a lo dispuesto en el libro II, título II, capítulo 3° de la ley 100 de 1993, en armonía con el decreto 1876 del 3 de agosto de 1994 y demás normas reglamentarias y concordantes, razón por la cual, los Miembros Asociados Activos públicos (Servicio Seccional de Salud de Caldas y Empresa Municipal para la salud “EMSA”) presentaron su retiro voluntario de la Asociación, autorizando, como se dijo, la transformación de ASSBASALUD en Empresa Social del Estado y solicitando al alcalde de Manizales hacer uso de las facultades extraordinarias concedidas por el Honorable Concejo, en tal sentido, según acuerdo número 184 de mayo 8 de 1996.

La plataforma estratégica de la institución según Acuerdo 010 del 2012 consagra lo siguiente: Misión. Assbasalud es una Empresa Social Del Estado, de Manizales, que presta servicios de salud con énfasis en la baja complejidad, orientados a la salud pública. Trabajamos con calidad y equilibrio financiero contribuyendo a la formación académica del talento humano de la región y al mejoramiento del bienestar de la población.

Visión: En el año 2015, Assbasalud E.S.E será una entidad con altos estándares de calidad y reconocida por la aplicación de un efectivo modelo en salud pública y atención integral de los servicios en salud.

Política de Calidad: En Assbasalud E.S.E garantizamos calidad técnica, científica y humana en la prestación segura de servicios en salud con procesos organizados y orientados en la mejora continua, la satisfacción del usuario, con calidad y equilibrio financiero. En la actualidad, Assbasalud E.S.E cuenta con 30 sedes para la prestación de servicios en salud distribuidas así: 15 puestos de salud ubicados en el área rural del Municipio de Manizales, 10 Centros de Salud Ubicados en el área Urbana, 3 Clínicas, 1 laboratorio clínico y una clínica odontológica.

La organización de la empresa está dispuesta por las siguientes áreas: De Dirección, de Control, Misional y Logística o de Apoyo. Dentro de ellas están involucrados 30 procesos institucionales.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes Del Problema

El programa de Seguridad del Paciente en Assbasalud E.S.E inició su implementación en el año 2009 en respuesta a la Política Nacional de Seguridad del Paciente expedida por el Ministerio de Salud y de la Protección Social. El objetivo central de la política busca la disminución de los eventos adversos y brindar una mayor calidad en la atención en salud centrada en el usuario. Desde el año 2006 y en coherencia con la Resolución 1446 de 2006 Sistema Único de Información Para La Calidad, la institución ha reportado en forma semestral el indicador de Índice de Eventos Adversos, información que permite determinar la gestión realizada a los mismos y en forma indirecta da a conocer la frecuencia de su ocurrencia. Al analizar las tendencias del número de sucesos reportados, se puede evidenciar un incremento sustancial año tras año, que refleja una mayor cultura del reporte en los colaboradores de la institución.

Es importante indicar que la presentación de incidentes y eventos adversos genera a nivel institucional impacto en doble sentido: en la salud del usuario y en los recursos institucionales, estos últimos relacionados con las intervenciones en las que incurre la institución para reparar los daños causados por el suceso. Para comprender el concepto de evento adverso se hace necesario indicar que este obedece a un daño causado al usuario, en forma involuntaria o no intencional y que se da durante la atención en salud; para el incidente, se cumple el segundo y tercer criterio de la anterior definición, salvo porque en este caso no se produce un daño al usuario.

Assbasalud E.S.E como institución Prestadora de Servicios en Salud debe garantizar el cumplimiento de exigencias normativas en la materia, entre ellas, realizar anualmente la autoevaluación con base en el Manual único de Acreditación, Resolución 2082 de 2014; dentro del grupo de estándares de Gerencia, el estándar 99 relaciona lo siguiente: “Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante: *Criterios:* ... [Análisis de costos]..., [Fomento de la cultura del buen uso de los recursos]...”

En coherencia con este estándar, en el plan de mejoramiento de acreditación institucional 2012- 2013 de Assbasalud E.S.E se evidencia que una de las acciones de mejoramiento está enfocada hacia el “análisis de costos institucionales por presentación de sucesos adversos” con fecha de implementación a diciembre de 2014. Con base en lo anterior, se vislumbra el interés de la institución por identificar el monto de los costos en los que incurre toda vez que se presenta un suceso adverso que implique la gestión de necesidades adicionales para subsanar el daño causado al usuario. Así mismo, uno de los objetivos del Manual de Acreditación En Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, consiste en la protección de los recursos, intencionalidad que refleja la importancia de que las Instituciones de Salud realicen la prestación de sus servicios en forma eficiente.

De otro lado y pasando al contexto de la normatividad interna, es decir, organizacional, Assbasalud E.S.E cuenta con Políticas institucionales que se articulan en forma explícita con la prestación de servicios en salud en búsqueda de la salvaguardia patrimonial y financiera, pero sin ir en detrimento de la calidad del servicio; es así como la Política de Calidad Institucional consagra: “En ASSBASALUD E.S.E garantizamos calidad técnica, científica y

humana en la prestación segura de servicios en salud con procesos organizados y orientados en la mejora continua, la satisfacción del usuario y el equilibrio financiero de la entidad”.

La Política Institucional de Administración del Riesgo plantea que “ASSBASALUD E.S.E se compromete con la administración de riesgos de los procesos aplicando acciones preventivas, controles efectivos y acciones concretas que contribuyan a su mitigación para asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos” y ...[Los riesgos deben ser controlados y monitoreados por los líderes de los procesos y la oficina de control interno según los roles y la naturaleza de los empleos, siendo priorizados los riesgos institucionales que son todos aquellos que se encuentren ubicados en zona de riesgo alta y zona de riesgo extrema. La totalidad de responsables de la gestión institucional deben implementar las acciones a través de los controles establecidos en el Sistema de Control Interno y en el PAMEC Institucional, la adquisición de las diferentes pólizas, la evaluación del cumplimiento de los lineamientos estratégicos y planes institucionales].”

Partiendo de este enfoque de riesgos que asume la entidad, es sustancial dar contexto a los principales riesgos identificados para el Proceso de Seguridad del Paciente y los cuales hacen parte del Mapa de Riesgos Institucional:

Tabla 1.

PROCESO: SEGURIDAD AL PACIENTE		
RIESGOS	CAUSAS	EFFECTOS
Ocurrencia de eventos relacionados con la atención en salud (Eventos e incidentes)	Errores en la prestación del servicio. Falta de competencia del Talento Humano. Barreras de seguridad deficiente.	Demandas de terceros hacia la institución. Pérdida de imagen. Aumento de costos. Aumento en estancia hospitalaria
Falla en la cultura del reporte	Falta de competencia del Talento. Falta de implementación de programa de incentivos. Congestión del servicio. Debilidades en Cultura de calidad. Problemas relacionados con inducción, re inducción y entrenamiento.	Demandas de terceros hacia la institución. Mayores costos para la institución. Aumento en la estancia hospitalaria. Pérdida de imagen. Subregistro de eventos presentados.
Sobreestancia de pacientes en centros de salud	Problemas de red hospitalaria de las EPS. Poca efectividad en el proceso clínico de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Falta de desarrollo de actualización o de adherencia a guías de procesos asistenciales.	Aumento de costos institucionales. Sobreutilización de la capacidad instalada. Aumento de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Complicaciones de la condición clínica del paciente por manejo en nivel de complejidad no apropiado. Aumento de carga laboral.
Sobreutilización de la capacidad instalada	Problemas de red hospitalaria de las EPS. Poca efectividad en el proceso clínico de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Falta de desarrollo de actualización o de adherencia a guías de procesos asistenciales - Problema en el diseño y utilización de la capacidad instalada.	Aumento de costos institucionales. Aumento de carga laboral. Sobreutilización de equipos y de áreas.

Como se puede observar, un efecto a destacar de este panorama de riesgos está ampliamente relacionado con el incremento de los costos producto de fallas en la atención en salud, fallas estructurales y administrativas. Es importante comprender que todos los procesos organizacionales se interrelacionan y que las decisiones o intervenciones de unos pueden afectar el desempeño y resultado de otros; por tanto, es menester promover a nivel institucional una cultura de la comunicación y de trabajo en interdependencia que apunte a logros y objetivos comunes. De acuerdo a lo anterior, la ocurrencia de sucesos adversos no solo se limita a la parte operativa o misional de la empresa, sino que abarca la totalidad de elementos lógicos, estratégicos y de apoyo que inciden en la prestación del servicio en salud y, estos a su vez, se ven afectados cuando se tiene que entrar a asumir costos adicionales, no previstos, que podrían causar desequilibrio en el presupuesto de la entidad o limitarían la inversión de recursos en otras actividades consideradas prioritarias.

De otro lado, el plan de desarrollo institucional dentro el programa de Equilibrio Financiero Institucional, considera el Proyecto de Equilibrio Financiero de Servicios, el cual busca que la prestación de los servicios en salud se realice con criterios de calidad y oportunidad, pero a su vez se realice un uso eficiente de los recursos, de tal forma que se pueda contribuir a la disminución efectiva del gasto institucional. Finalmente, el Acuerdo 006 de 2013 Política de Atención Segura, considera dentro de sus premisas lo siguiente: “ASSBASALUD ESE pretende minimizar el riesgo de ocurrencia de eventos adversos en la prestación del servicio, pero de llegar a presentarse, tiene el compromiso de mitigar al máximo las consecuencias que estos originaron, conforme a las posibilidades institucionales”.

En conclusión, la institución pretende generar un alto impacto en cuanto al uso eficiente de sus recursos y la calidad en la prestación de sus servicios y, tal como se puede evidenciar dentro del proceso de Seguridad del Paciente, articulado con el plan de Mejoramiento en Acreditación Institucional, existe una imperante necesidad de conocer cuáles son los costos que asume la entidad producto de la ocurrencia de sucesos adversos. Lo anterior permitirá identificar cuál es la inversión realizada para la mitigación de las consecuencias ocasionadas por sucesos adversos para la vigencia 2014, en el período establecido, cómo incide este aspecto dentro del presupuesto institucional y que acciones se podrían adelantar para impactar en la disminución del gasto.

1.2 Análisis o Diagnóstico Situacional

Para validar la información anterior se realizó un análisis diagnóstico con participación de los actores involucrados, con el fin de identificar su percepción frente a la ocurrencia de sucesos adversos en la institución, la relación de estos con el incremento de los costos de no calidad y el impacto que generaría la implementación de una propuesta para la reducción de los mismos.

1.2.1 Población.

Los perfiles seleccionados para el diagnóstico correspondieron a Enfermeras con funciones administrativas, Líderes de Proceso y Jefes de Oficina de Assbasalud E.S.E

(Componente Misional y Estratégico de la entidad). Assbasalud E.S.E cuenta en la actualidad con 17 enfermeros con funciones administrativas, 6 líderes de proceso y 4 jefes de oficina.

1.2.2 Muestra escogida y determinación de la misma.

Teniendo en cuenta el perfil del cargo de la población seleccionada y que el número de colaboradores de este grupo asciende a 27, se tomó una muestra representativa del 30% atendiendo a que el número es inferior a 150 personas, por lo que la muestra obedece a 8 funcionarios; sin embargo, fue aplicada a 12.

1.2.3 Instrumentos privilegiados y personal al que se le aplicaron

Se seleccionó como instrumento para el diagnóstico situacional la encuesta. Constó de 9 preguntas cerradas con 5 opciones de respuesta que van en una escala de Muy en Desacuerdo, En Desacuerdo, Ni De Acuerdo ni en Desacuerdo, De Acuerdo y Muy De Acuerdo y 2 preguntas abiertas, para un total de 11 preguntas. Al instrumento le fue aplicada una prueba piloto por tres funcionarios de Assbasalud E.S.E, cuyos resultados permitieron realizar ajustes para favorecer el entendimiento de la información por la muestra de colaboradores seleccionada. La aplicación de la encuesta se realizó en forma directa (presencial) y contó con una duración promedio de 10 minutos. La encuesta fue aplicada a 7 Enfermeras con funciones administrativas, 4 Líderes de Proceso y 1 Jefe de Oficina, para un total de 12 funcionarios encuestados.

1.2.4 Técnicas empleadas para análisis de la información

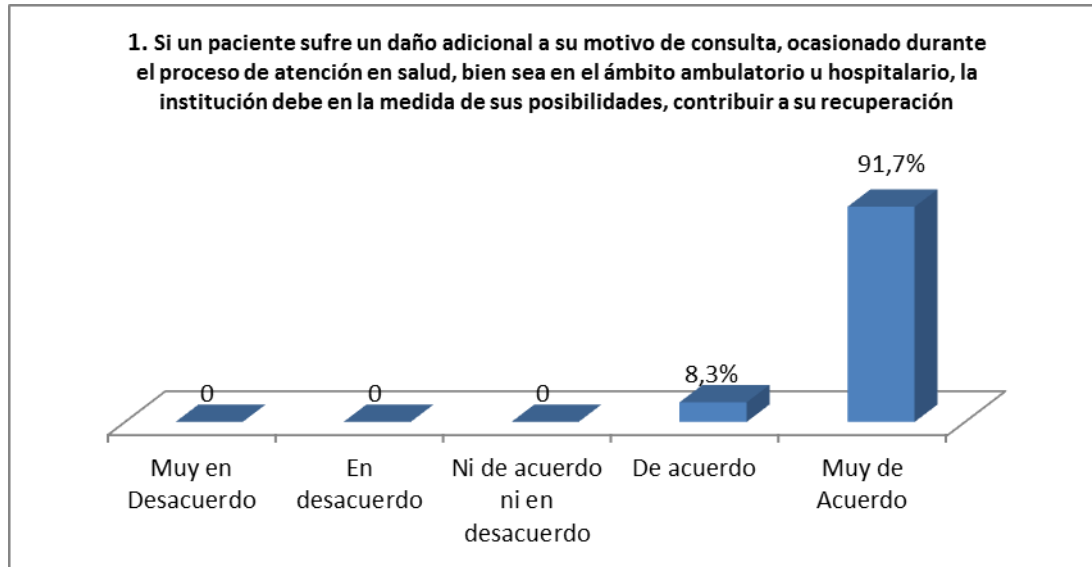
Se realizó tabulación de la información de acuerdo a escala de clasificación para las preguntas cerradas. Las respuestas de las preguntas abiertas fueron agrupadas por paquetes de respuesta. Los resultados para la información cuantitativa se expresan en términos de porcentaje y fueron graficados. Los resultados de la información cualitativa fueron agrupados por categorías de acuerdo a la similitud de las respuestas. La herramienta informática empleada para la tabulación y representación gráfica de la información fue Microsoft Excel.

1.2.5 Análisis de la información

A continuación se presenta el análisis de los resultados obtenidos a partir del instrumento aplicado. La primer parte está centrada en los resultados correspondientes a las preguntas cerradas (número 1 a la 9) y la segunda, obedece al análisis de la información por paquetes de respuestas para aquellas preguntas de respuesta abierta (número 10 y 11).

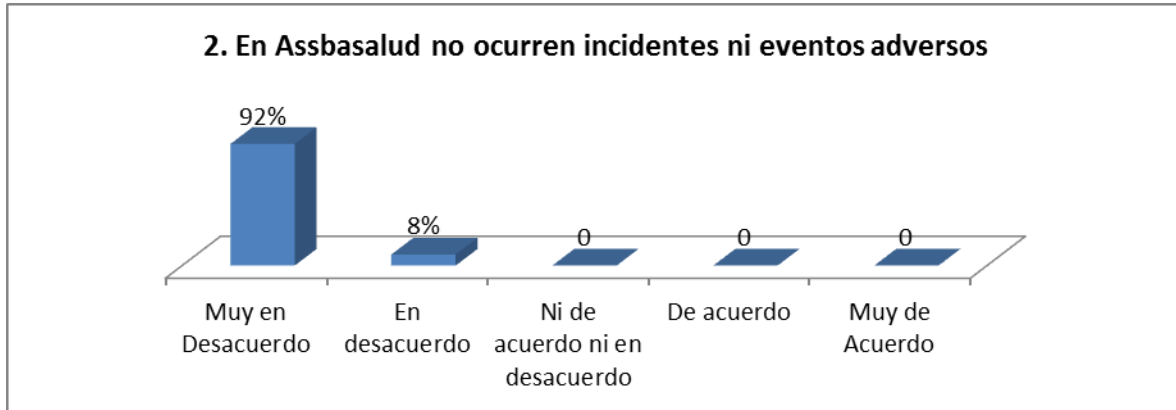
1.2.5.1 Análisis Respuestas Cerradas

Figura 1.



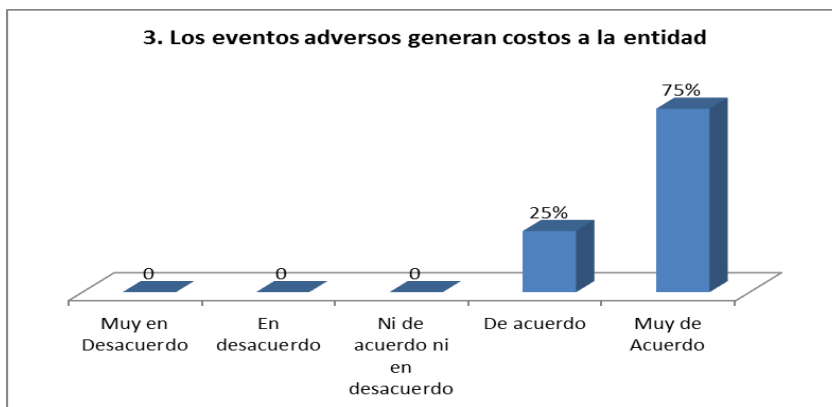
Se observa que el 100% de los colaboradores encuestados están de acuerdo con respecto a que la institución promueva las acciones necesarias para la recuperación de la salud de los usuarios cuando estos sufren daños por fallas ocasionadas durante la atención en salud, lo que evidencia conciencia del personal en torno a la responsabilidad institucional y un ambiente de compromiso de la E.S.E con el bienestar de sus usuarios y sus familias; también conocimiento de la necesidad de la prestación de servicios de salud con criterios de integralidad, calidad y continuidad en el proceso de atención.

Figura 2.



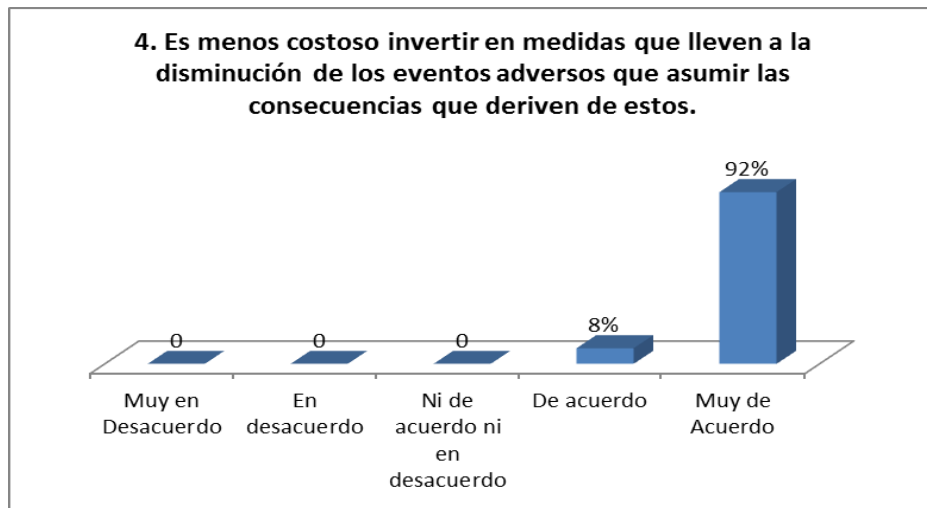
El 100% de los colaboradores encuestados reconocen que en la institución se presentan eventos adversos e incidentes, lo que refleja un buen nivel de conciencia respecto a las situaciones vividas en la cotidianidad y a su vez, comprensión de la cultura de la seguridad. Lo anterior evidencia coherencia con las premisas de la política de seguridad del paciente relacionadas con la cultura justa y un ambiente no punitivo pero no permisivo y la realidad institucional.

Figura 3.



El 100% de los colaboradores encuestados consideran que las fallas en la atención en salud relacionadas con la seguridad del paciente incrementan los costos de la prestación del servicio. Existe conciencia que toda falla en la institución que genere daño en el usuario debe ser intervenida de tal manera que se recupere la salud del usuario por la lesión causada; estas intervenciones incrementan el consumo de recursos institucionales tales como medicamentos, dispositivos, procedimientos, estancia hospitalaria, talento humano, entre otras, lo que representa un aumento en los costos institucionales.

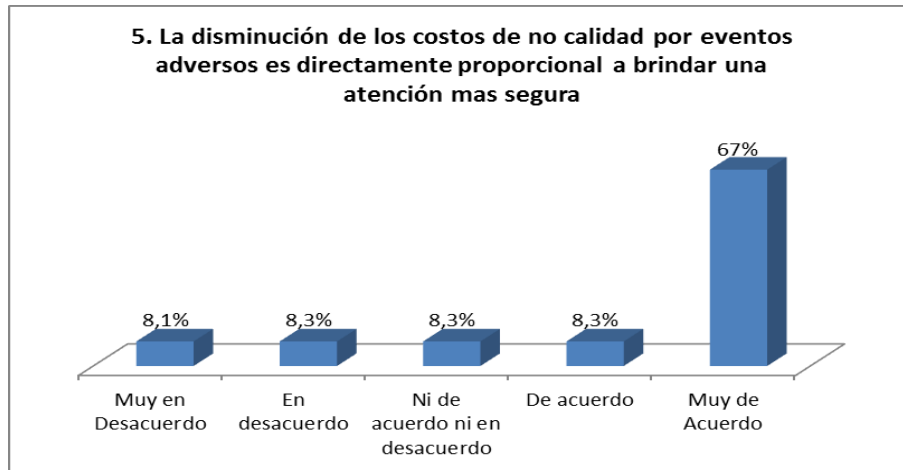
Figura 4.



El 100% de los colaboradores encuestados consideran que es más costoso para la institución asumir las consecuencias que generan las fallas en la atención en salud que implementar medidas que busquen disminuir los sucesos adversos. Lo anterior permite evidenciar que es más costo efectivo invertir en acciones preventivas que en correctivas y aquí se debe tener en cuenta la severidad de la lesión que se produce al usuario, entendiendo que cuanto más grave sea, mayor será el costo que tendrá que asumir la institución para recuperar su salud; así mismo,

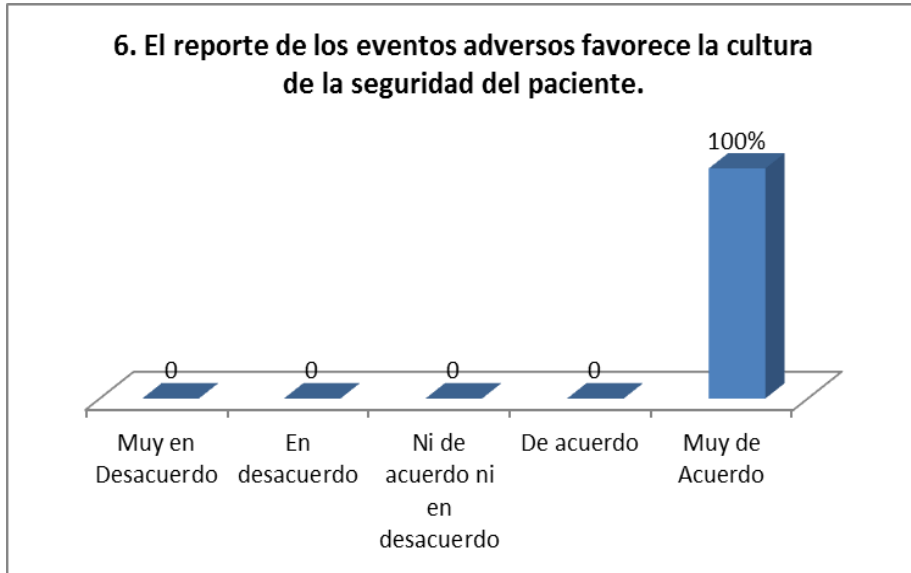
los eventos adversos leves que se presenten a repetición también impactarán el gasto institucional.

Figura 5.



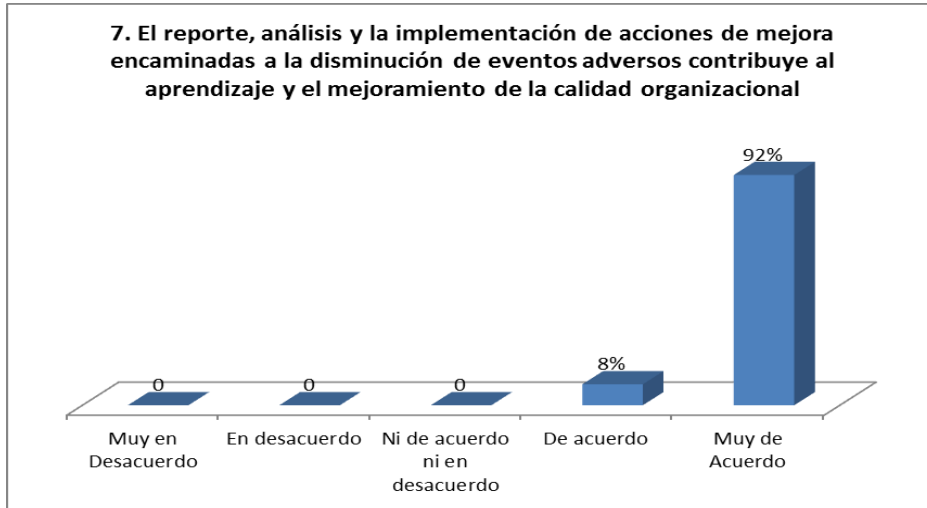
El 75.3% de los colaboradores encuestados consideran que la reducción de los costos de no calidad por sucesos adversos impacta positivamente la seguridad del paciente, sin embargo, el 24.7% consideran que esta no es una relación directamente proporcional. Hay comprensiones de que en caso de implementarse medidas o estrategias efectivas que busquen minimizar la ocurrencia de eventos adversos, los costos por las fallas en la atención en salud disminuirían, pues serían menores las lesiones o daños causados a los usuarios y a su vez, menores las intervenciones que tendría que asumir la empresa para recuperar la salud de los mismos.

Figura 6.



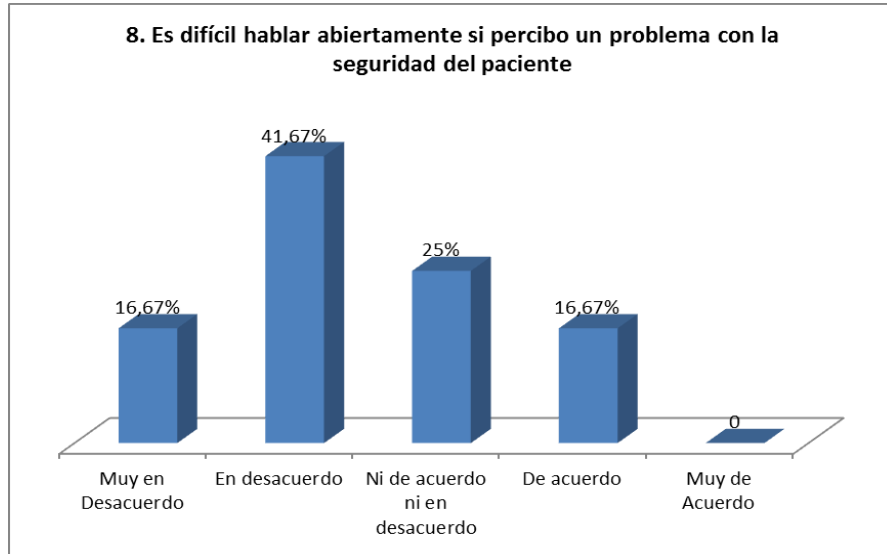
El 100% de los colaboradores manifiesta que reportar las fallas en la atención que generan daños a los usuarios, fortalece la cultura de seguridad del paciente a nivel institucional. Existe comprensión de que no es posible mejorar aquello que no ha sido identificado como oportunidad de mejora y el reporte de sucesos adversos permite precisamente reconocer cuáles son las fallas que se están presentando en los procesos de atención en salud, realizar su intervención y el seguimiento a las acciones planteadas y ejecutadas para disminuir las acciones inseguras. Es importante crear escenarios de confianza y estrategias de estímulo del reporte al cliente interno, de tal manera que perciba libertad para expresar situaciones que pongan en riesgo la seguridad del paciente.

Figura 7.



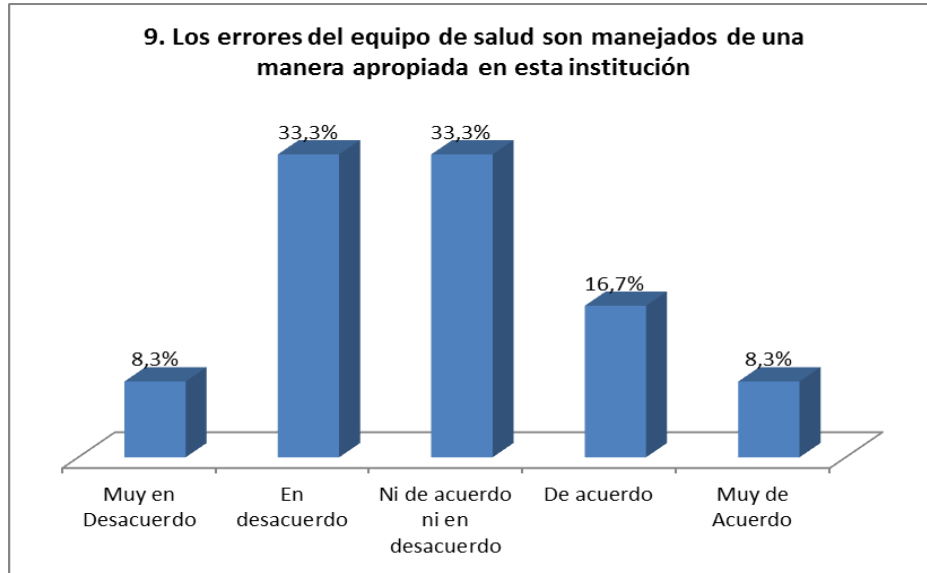
El 100% de los colaboradores consideran que el análisis de los eventos adversos y la ejecución de acciones de mejoramiento que busquen la disminución de los mismos conllevan al aprendizaje a partir de los errores y al fortalecimiento de estrategias organizacionales para reducir su ocurrencia. Es importante precisar que la política de seguridad del paciente institucional exige que todo reporte de suceso adverso se acompañe con el diligenciamiento del formato de plan de mejoramiento, lo anterior favorece que el colaborador y/o el equipo de salud no solo identifiquen la falla en la atención en salud sino que se involucren en la formulación de acciones para el fortalecimiento del proceso.

Figura 8.



Se observa que un 58.3% de los colaboradores encuestados perciben que a nivel institucional no se tienen dificultades para expresar las fallas relacionadas con la seguridad del paciente; no obstante, el 41.7% consideran que sí existen dificultades para hablar abiertamente. Lo anterior evidencia que aún se debe fortalecer a nivel institucional la construcción de escenarios y el diseño de estrategias que proporcionen al cliente interno la confianza y la libertad para reportar fallas relacionadas con la seguridad del paciente. Es importante identificar cuáles son las situaciones que perciben los colaboradores que constituyen obstáculo para hablar abiertamente sobre los problemas con la seguridad del paciente.

Figura 9.



El 25% de las personas encuestadas consideran que los errores del equipo de salud que conllevan a la ocurrencia de sucesos adversos son intervenidos en forma adecuada a nivel institucional pero el 75% de las personas perciben que aún no se da un adecuado manejo a los errores del equipo de salud en materia de seguridad del paciente. En consecuencia se debe mejorar la intervención que se realice a los colaboradores de manera que se fortalezcan sus competencias y habilidades para buscar la disminución de los errores en la atención. Estas intervenciones no deben ser punitivas pero tampoco permisivas y deben corresponder con las premisas declaradas en la política institucional de seguridad del paciente.

1.2.5.2 Análisis Respuestas Abiertas

Pregunta 10.

Con respecto a la pregunta ¿Cuál medida puede generar un impacto positivo en la disminución de los costos por eventos adversos?, las respuestas que con mayor frecuencia se observaron se agruparon en 4 categorías, así:

- a. Mejoramiento de procesos de selección, inducción y entrenamiento (4 respuestas)
- b. Disminución de la rotación del personal (3 respuestas)
- c. Mejoramiento de la provisión de insumos y equipos médicos (3 respuestas)
- d. Cultura de aprendizaje de los eventos adversos, estímulo del reporte y no punición (2 respuestas).

Los colaboradores encuestados perciben que contar con un talento humano calificado, con las competencias para el cargo a desempeñar, que tenga un buen nivel de conocimientos de la organización y de su puesto de trabajo y que sea estable laboralmente impacta positivamente en la seguridad del paciente. Otras acciones encaminadas a la disminución de los costos por sucesos adversos están relacionadas con la suficiencia en la provisión de insumos, tecnología biomédica y al estímulo de reporte y la no punición; es decir, factores como el talento humano, la dotación y el fortalecimiento de la cultura de la seguridad son considerados como los más relevantes para disminuir el gasto institucional asociado a los eventos adversos.

Pregunta 11.

Con respecto a la pregunta ¿Qué impacto tendría para la organización conocer los costos de no calidad asociados a la ocurrencia de eventos adversos?, las respuestas que con mayor frecuencia se observaron se agruparon en 2 categorías, así

- a. Conciencia en los colaboradores de la institución. (8 respuestas)
- b. Generar intervenciones para reducir costos de no calidad. (4 respuestas)

Los colaboradores encuestados consideran que hacer un estudio de costos de no calidad asociado a la ocurrencia de sucesos adversos permitirá sensibilizar y generar conciencia en los equipos de salud sobre el gasto en que incurre la empresa para recuperar la salud de los usuarios por fallas en los procesos de atención y por ende, la importancia de proteger los recursos institucionales, teniendo en cuenta que según estudios internacionales un porcentaje importante de los eventos adversos son evitables. También perciben que del resultado de dicho estudio se pueden generar planteamientos orientados a la disminución de los costos de no calidad por sucesos adversos, lo que implicaría impactar en la disminución de la frecuencia y severidad de los mismos.

1.2.6 Conclusiones del Diagnóstico

Los funcionarios de la institución reconocen la existencia de fallas en la atención que generan la ocurrencia de eventos adversos y la importancia de promover acciones orientadas a la recuperación de la salud de los usuarios, cuando estos sufren daños durante la prestación del servicio.

Los eventos adversos generan costos de no calidad, por tanto, invertir en medidas que lleven a su disminución, resulta menos costoso que asumir las consecuencias de los mismos; así mismo, cuantificarlos favorecería la toma de conciencia en los funcionarios de la institución e impulsaría el diseño de estrategias que busquen su disminución.

Se puede considerar que al diseñar e implementar medidas que conlleven a la disminución de los costos de no calidad por sucesos adversos, se impactaría en la disminución de frecuencia de presentación, la severidad de los mismos y por tanto, se contribuiría al mejoramiento de la seguridad de los pacientes.

El reporte de los sucesos adversos y su gestión contribuyen a fortalecer el aprendizaje organizacional y la cultura de seguridad del paciente.

Se deben promover ambientes de confianza bajo una cultura no punitiva para favorecer en los colaboradores escenarios de comunicación sobre los problemas percibidos con la prestación del servicio que afecten la seguridad del paciente, así como fortalecer estrategias para hacer una adecuada intervención a las fallas del equipo de salud, de tal manera que el error no culpabilice personas sino que busque reconocer y superar las debilidades en los procesos.

Estrategias de capacitación continua, de selección, inducción, entrenamiento y estabilidad laboral fortalecen las competencias, habilidades y destrezas del personal y pueden impactar en la disminución de las fallas en la atención.

1.3 Planteamiento del Problema

Propuesta de gestión para reducción de costos de no calidad, causados por la ocurrencia de sucesos adversos en Assbasalud ESE (Manizales) Colombia. Período abril a septiembre de 2014.

2. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, en las instituciones sanitarias se ha reconocido ampliamente el impacto que tiene la no calidad en la prestación de los servicios en salud y principalmente en los usuarios del sistema. Colombia no resulta ajena a dichas consecuencias y, en un esfuerzo para superar sus dificultades, ha ido adoptando e implementando lineamientos de organizaciones internacionales y nacionales que buscan garantizar la calidad en el servicio y la satisfacción del usuario. Un ejemplo de lo anterior, lo ilustra la Política de Seguridad del Paciente, cuyo objeto se centra en mitigar al máximo las consecuencias que puedan sufrir los usuarios producto de daños ocasionados durante la atención en salud, identificar los potenciales riesgos a los que están expuestos e intervenirlos y estimular el reporte de eventos adversos e incidentes con el fin de reconocer las fallas en la atención en salud, realizar el análisis de los mismas con base en metodologías ya diseñadas para tal fin y formular planes de mejoramiento orientados a reducir los errores tanto del equipo de salud, como de los procesos institucionales.

Por supuesto, la ocurrencia de sucesos adversos conlleva a que las instituciones de salud incurran en gastos para minimizar las consecuencias de los mismos puesto que prima la recuperación de la salud de los usuarios o el mantenimiento de la misma. En Assbasalud E.S.E

se implementó esta Política a partir el año 2009, momento desde el cual se hizo especial énfasis en la importancia del reporte de los sucesos adversos. Lo anterior ha conllevado a un incremento en la cultura de la seguridad reflejado en el aumento del reporte y en la ejecución de acciones tendientes a mejorar la prestación del servicio. Sin embargo, en la institución no existe precedente que contextualice el monto de los costos asumidos por la entidad, tomando como referencia los sucesos reportados. Por lo anterior, se hace necesario identificar tales costos, teniendo como base un periodo de 6 meses comprendidos entre abril y septiembre de 2014 e incluyendo tanto los incidentes como los eventos adversos. El resultado que derive de este análisis financiero favorecerá en la entidad la toma de decisiones que redunden en el bienestar del usuario pero que al mismo tiempo permitan formular acciones que protejan los recursos institucionales.

Finalmente, la institución ha desarrollado recientemente un software para el reporte de sucesos adversos que incluye el costo de los procedimientos requeridos para minimizar el daño en los usuarios; con el análisis de costos de no calidad por sucesos adversos de la actual vigencia en el periodo objeto de estudio y los costos que se obtengan a partir del análisis del año siguiente, durante el mismo período, se podrá establecer una comparación que refleje la efectividad de las acciones propuestas para la reducción de los costos sin que se afecte la filosofía de la Política de Seguridad del Paciente.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Diseñar e implementar una propuesta de gestión para reducción de costos de no calidad, causados por la ocurrencia de sucesos adversos en Assbasalud ESE (Manizales) Colombia.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar un diagnóstico detallado sobre situación y comportamiento de los sucesos adversos en el periodo comprendido entre abril y septiembre de 2014 (Identificar reporte de sucesos, revisión de necesidades adicionales requeridas, caracterización de los sucesos por tipo y frecuencia).
- Cuantificar los costos de no calidad, causados por la ocurrencia de sucesos adversos en Assbasalud E.S.E, durante el período abril a septiembre de 2014.
- Diseñar tres componentes para impactar la reducción de costos de no calidad: un componente estratégico (fortalecimiento de políticas, objetivos, metas e indicadores respecto a la ocurrencia de sucesos adversos y seguridad del paciente), un componente táctico (mejoramiento de procesos, procedimientos, funciones, cargos) y un componente operativo (fortalecimiento de recursos, cronogramas de trabajo, condiciones de viabilidad y sostenibilidad, estrategias de seguimiento, control, evaluación y mejora de procesos) .

- Formular mecanismos para el seguimiento, control, evaluación y mejora de los componentes diseñados, una vez estén en ejecución.

4. REFERENTE TEÓRICO CONCEPTUAL

Relación de los costos de no calidad con la ocurrencia de sucesos adversos

La seguridad del paciente se define como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (Minsalud, 2008, p.3). La seguridad del paciente como política mundial, surge a partir del reconocimiento de que los errores son frecuentes en la atención en salud y que estos generan daños en los pacientes. Florence Nightingale a mediados del siglo XIX durante la guerra de Crimea, describió cómo las condiciones precarias de higiene, nutrición, hacinamiento, ventilación, manipulación de alimentos y, por supuesto, la disponibilidad de insumos y medicamentos para la atención, afectaban en gran medida el proceso de recuperación de la salud; ella demostró que con la intervención de estos factores del entorno sanitario, se disminuían considerablemente las infecciones y por tanto, las tasas de mortalidad (Young, P., Hortis De Smith, V., Chambi, C., & Finn, B., 2011).

Es importante mencionar que hacia el año 1999 el Instituto de Medicina de los EEUU (OIM) publicó el libro “Errar es humano, construyendo un sistema de salud Seguro”,

donde concluyó que entre 44000 a 98000 personas mueren al año producto de errores en la atención en las instituciones de salud de este país (Villarreal, J., Gómez, D., & Bosques, F. 2011). La Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a las necesidades de brindar una atención segura crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en octubre de 2004, organismo encargado de la coordinación, difusión e impulso de mejores prácticas para la Seguridad del Paciente, involucrando a actores como los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria (OMS, 2008). Estudios con gran impacto a nivel mundial revelan la prevalencia e incidencia de los eventos adversos en países de Europa, Centro América y Sur América; es así como hacia el año 2005 se desarrolló El Estudio Nacional Sobre los Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización (ENEAS) en España, y el cual tomó una muestra de 24 hospitales de pequeño, mediano y gran tamaño. Se detectaron 1.063 pacientes con Evento Adverso relacionado con la atención sanitaria, marcando una incidencia del 9,3%. La incidencia en la parte hospitalaria (excluyendo atención primaria, consulta externa y ocasionados en otro hospital) fue del 8.4%. El 17.7% de los pacientes con evento adverso sufrió más de un evento. El 37.4% de los eventos estaba relacionado con la medicación, el 25.3% representó infecciones nosocomiales y el 25% estaban relacionados con procedimientos. El 42.8% de los eventos adversos se consideró evitable (Aranaz, JM., Aibar, C., Vitaller J., & Ruiz P. 2006, p.5).

En el año 2008 el Ministerio de Sanidad y Consumo de España dio a conocer el Estudio Sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria (APEAS), la prevalencia de los sucesos adversos fue del 18.63%, la prevalencia de incidentes fue del 7.45% y la de eventos adversos con el 11.18%, la prevalencia de pacientes con algún evento adverso fue del 10.11% y un 6,7% de los pacientes sufrió más de un evento adverso durante el periodo evaluado. El 48.2 %

de los eventos adversos estaba relacionado *como factores causales* con la medicación, el 25.7% con los cuidados, el 24.6% con la comunicación, el 13.1% con el diagnóstico, el 8.9% con la gestión y el 14.4% asociado a otras causas. Aquellos eventos adversos relacionados con los *efectos o consecuencias* tuvieron la siguiente distribución: 47.8% relacionados con la medicación, el 8.4% con infecciones asociadas al cuidado de la salud, el 10.6% se relacionaron con algún procedimiento y el 6.5% con los cuidados de la salud. Se consideró que el 70.2% eran eventos adversos claramente evitables (Aranaz, JM., Aibar, C., Vitaller, J., Mira, J., Orozco, D., Terol E., & Agra, Y. 2008, p.12).

Entre el año 2007 y el 2009 Colombia participó en conjunto con países como México, Perú, Argentina y Costa Rica del desarrollo del Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Latinoamérica (IBEAS), el cual incluyó una muestra de 11,555 pacientes ingresados en 58 hospitales de alta complejidad. A continuación se relacionan los principales resultados del estudio de incidencia: La incidencia global de pacientes con algún evento adverso fue del 19.8%, el porcentaje de eventos adversos relacionados con los cuidados fue del 16.24%, asociados a la medicación el 9.87%, infecciones nosocomiales 35.99%, con procedimientos 26.75% y con el diagnóstico 5.10%. Aquellos eventos adversos que se presentaron con mayor frecuencia fueron las úlceras por presión 8.92%, las infecciones de herida quirúrgica 7,96%, la neumonía nosocomial 6,37%, sepsis o bacteriemia 6.37% y las flebitis 5.73%. El 65% de los eventos adversos se consideraron evitables (OMS/OPS, 2010, p.112).

Un dato importante a resaltar en estos tres estudios: ENEAS, APEAS e IBEAS, es el porcentaje de eventos adversos evitables, el cual oscila entre el 42. % y 70% aproximadamente. Lo anterior, refleja el papel que deben asumir las instituciones sanitarias para

impactar positivamente la prestación de los servicios de salud con criterios de seguridad y calidad. En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social impulsó en el 2008, el despliegue y la implementación de la Política de Seguridad del Paciente tomando como referencia los lineamientos y estrategias promovidos por la Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente, de allí que se entienda que todas las instituciones de salud reguladas por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, deben implementar programas de seguridad del paciente que busquen minimizar los riesgos en la atención en salud.

El contexto normativo de la Política de Seguridad del Paciente, expedida en Colombia en Junio del año 2008, transversaliza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en sus cuatro componentes, así: Resolución 2003 (2014) Sistema Único de Habilitación, exige la implementación de un programa de seguridad del paciente que incluya la planeación estratégica con base en los Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente de la República de Colombia, el fortalecimiento de la cultura institucional, medición, análisis, reporte de los eventos adversos y los procesos seguros en los cuales se hace énfasis en la práctica del lavado de manos como una estrategia efectiva para la disminución de infecciones asociadas al cuidado de la salud, define mecanismos de control y monitoreo (indicadores) relacionados con la seguridad del paciente y exige la conformación de un comité de seguridad del paciente. La Resolución 2082 (2014) Sistema Único de Acreditación, dentro del capítulo estándares de atención al cliente asistencial, incluye tres criterios relacionados con la implementación y evaluación de la Política de Seguridad del Paciente, el despliegue de la misma, la medición de la cultura de la seguridad, la conformación de un comité de seguridad del paciente con procesos estandarizados para la búsqueda de errores en la atención, sistemas de reporte, procesos de investigación y análisis y, finalmente, exige la implementación en su totalidad de la

Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente en la Atención en Salud, también desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social. De igual forma, los demás capítulos de esta resolución también consideran estándares direccionados a brindar una atención segura. La Resolución 1446 (2006) Sistema Único de Información en Salud, aporta indicadores para el monitoreo y seguimiento al riesgo, algunos de ellos relacionados con la seguridad del paciente. El Programa de Auditoría Para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud PAMEC, que busca la evaluación continua de las acciones implementadas para proporcionar procesos que generen impacto y satisfacción en los usuarios, teniendo en cuenta que para las IPS de carácter público el enfoque del PAMEC debe estar orientado hacia la acreditación. Finalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social promueve los Lineamientos Para La Implementación De La Política De Seguridad Del Paciente en junio de 2008, documento que aporta herramientas y estrategias a las instituciones de salud para realizar todo el proceso de análisis e intervención a los eventos adversos detectados en estas entidades.

Teniendo en cuenta el amplio uso del término *evento adverso*, es preciso proporcionar su definición, considerando que aunque se conocen varias, se tomará la determinada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia que la define como “el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño” (Minsalud, 2008, p.4). Toda situación que no corresponda en su análisis con los tres elementos que integran esta definición, no podrá ser considerada como evento adverso; sin embargo, si durante la atención en salud se comete un error o falla de forma involuntaria pero esta no genera daño en el paciente, se denominará incidente. Al conjunto de incidentes y eventos adversos se les denomina Sucesos Adversos.

Ahora bien, entendiendo la definición, historia y aspectos normativos de la seguridad del paciente y dentro de esta, los sucesos adversos, es necesario comprender el concepto de costos de no calidad asociados a la ocurrencia de los sucesos adversos. Los costos de no calidad y costos de calidad se definen según la Guía para Metodología de Cálculo de Costos de Calidad y no Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social como “Todos aquellos costos en que se incurre debido a que no se ha conseguido la calidad especificada. La no calidad es consecuencia de los fallas en la producción de servicios y estos pueden dividirse en fallas internas y fallas externas”. De otro lado, los costos de calidad son aquellos en que “incurre una empresa u organización para evitar la no calidad, es decir, para lograr que todos los trabajadores hagan bien su trabajo todas las veces y determinar si la producción tiene la calidad aceptable y cumple las especificaciones necesarias” (p.23).

Según Saillour-Glenisson, F; Preaubert, N (2004) citado por la Guía para Metodología de Cálculo de Costos de Calidad y no Calidad, indican que en “un estudio de la ANAES (Agence national d’accreditation et d’évaluation en sante, Francia), la preocupación por los gastos en salud es un tema presente en la política sanitaria desde los años setenta” (p.25).

Estas reformas de los sistemas de salud introducen conceptos de “competitividad” y de “competencia” entre los protagonistas del sistema de salud. Detrás de estos conceptos se perfila la idea de la necesidad de criterios de evaluación de los establecimientos de salud, y en consecuencia la instauración de un planteamiento de calidad, por lo que las organizaciones de salud, se ven cada vez más, en la necesidad de evaluar la calidad de sus prestaciones. Guía para Metodología de Cálculo de Costos de Calidad y no Calidad (p.25).

El estudio de los costos de no calidad derivados de los sucesos adversos, pretende determinar la cantidad de recursos que debe asumir la institución producto de las fallas o errores en la atención en salud que producen daño en el paciente, con el fin de minimizar las consecuencias de los mismos. Se debe entender que invertir en costos de calidad proporciona a las instituciones elementos para la gestión y competitividad, entendiendo que las fallas generan insatisfacción en los usuarios y destinación de recursos para situaciones que pudieron ser previsibles y por tanto, prevenibles.

Es importante a su vez, comprender cómo se entiende el concepto de calidad en la atención y cuál es su alcance. Uno de los pioneros en hacer una aproximación a este concepto fue Donabedian (citado por d'Empaire, 2010), quien la definió como "Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención". Así mismo el Instituto de Medicina de los EEUU afirmó en *Medicare: Una Estrategia para la Garantía de Calidad* que "la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual" (OIM, 1990, p.21). Finalmente la Guía para Metodología de Cálculo de Costos de Calidad y no Calidad define la calidad en salud como "la provisión de servicios en salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios" (p.22).

Entendiendo que los usuarios o pacientes son más exigentes respecto de la calidad de los cuidados en salud brindados y que las fallas en la atención representan grandes riesgos, se hace necesario precisar el contexto en el que se pueden producir estos. Ville (1995) refiere que los riesgos se producen en tres niveles: el paciente, entendiendo que la seguridad de los usuarios no debe verse expuesta por la prestación de servicios de no calidad en las instituciones de salud; el establecimiento, el riesgo en este nivel puede ser de índole económico y comercial, cuando los servicios prestados no satisfacen la demanda de los usuarios impactando esto en la disminución de la confianza y la mala imagen de la institución; el riesgo social, cuando se pierde la confianza necesaria para que el personal de la salud preste servicios con calidad.

Hacer un estudio de costos de no calidad implica para las organizaciones hacer un reconocimiento a la existencia de fallas en sus procesos, entendiendo que estos son operados o administrados por personas, y a su vez, permite identificar los factores que se deben intervenir para evitar que los recursos se permean por destinación a situaciones o circunstancias francamente evitables. Lo anterior también aportará elementos a las empresas para tomar decisiones, definir y priorizar las inversiones que se deben hacer en búsqueda de la calidad del servicio o producto y por tanto de la satisfacción del cliente, esto último, entendiendo que para el sector salud en Colombia la prestación del servicio debe estar centrada en el usuario y por tanto, todas las acciones que se emprendan deben tener como objetivo el bienestar de los pacientes.

5. DISEÑO COMPLETO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

5.1 *Nombre De La Propuesta*

Gestión para reducción de costos de no calidad, causados por la ocurrencia de sucesos adversos en Assbasalud ESE (Manizales) Colombia. Período abril a septiembre de 2014.

5.2 *Beneficiarios de la propuesta*

a) Beneficiarios directos: La institución, en la medida que se formulen, implementen y evalúen acciones orientadas a la disminución de los costos por sucesos adversos.

b) Beneficiarios indirectos: Los pacientes, al implementar una propuesta para reducir los costos ocasionados por los sucesos adversos es posible impactar y disminuir la frecuencia de ocurrencia de estos y por tanto, brindar una atención segura a los usuarios.

5.3 *Objetivo*

Diseñar e implementar una propuesta de gestión con tres componentes (un componente estratégico, un componente táctico y un componente operativo) para impactar la reducción de costos de no calidad causados por la ocurrencia de sucesos adversos en Assbasalud ESE (Manizales) Colombia.

5.4 *Marco Lógico De La Propuesta :*

Tabla 2.

JERARQUÍA DE LOS OBJETIVOS DE LA PROPUESTA	METAS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Fin</p> <p>Fortalecer los procesos de gestión de la entidad elevando la calidad en la atención prestada, mediante la disminución de los costos de no calidad ocasionados por la ocurrencia de sucesos adversos.</p>				
<p>Propósito</p> <p>Diseñar e implementar una propuesta de gestión para reducción de costos de no calidad, causados por la ocurrencia de sucesos adversos en Assbasalud ESE (Manizales) Colombia.</p>	<p>A Enero 31 de 2015 se habrá elaborado el 100% de los componentes de la propuesta.</p> <p>En Junio 30 de 2015 se habrá ejecutado la propuesta en por lo menos el 95% de las fases planteadas.</p>	<p>Porcentaje de componentes de la propuesta elaborados en la fecha indicada</p> <p>Porcentaje de fases de la propuesta ejecutadas en la fecha señalada</p>	<p>Documento escrito con propuesta de gestión trabajada.</p> <p>Registros de ejecución, evidencias documentales, fotografías, actas de reuniones, constancias de trabajo</p>	<p>Compromiso de la alta dirección de la institución.</p> <p>Aprobación y adopción de la propuesta.</p> <p>Compromiso de los líderes de la propuesta y colaboración de todo el personal.</p>

<p>Resultados</p> <p>Reducción de los costos de no calidad por sucesos adversos evidenciado en la comparación del periodo objeto de estudio y ese mismo periodo en la vigencia siguiente</p>	<p>Reducción de los costos de no calidad por sucesos adversos en por lo menos un 5% en cada vigencias anual sucesiva</p>	<p>Porcentaje de reducción de los costos de no calidad por sucesos adversos, en las vigencias anuales sucesivas</p>	<p>Reporte en Excel de costos de sucesos adversos de las vigencias anuales sucesivas</p>	<p>Compromiso de la alta dirección de la institución.</p> <p>Compromiso de los funcionarios de la institución</p> <p>Gestión de recursos para la implementación de medidas estructurales</p>
<p>Acciones</p> <p>a. Realizar un diagnóstico detallado sobre situación y comportamiento de los sucesos adversos en el periodo comprendido entre abril a septiembre de 2014 (Identificar reporte de sucesos, revisión de necesidades adicionales requeridas, caracterización de los sucesos por tipo y frecuencia).</p>	<p>A Noviembre 30 de 2014 se tendrá identificado el número de sucesos adversos reportados en el periodo comprendido entre abril y septiembre de 2014, clasificados por tipo (según clasificación del Minsalud) y frecuencia.</p>	<p>Número de sucesos adversos clasificados por tipo y frecuencia de presentación, con relación a los reportados en el período comprendido entre abril a septiembre de 2014</p>	<p>Software de reporte de sucesos adversos de la institución.</p> <p>Documento de caracterización de los sucesos por tipo y frecuencia de presentación.</p> <p>Proyecto UCM</p>	<p>Compromiso de los funcionarios de la institución.</p> <p>Adecuado uso y funcionamiento del software de reporte de sucesos adversos</p>

<p>b. Cuantificar los costos de no calidad, causados por la ocurrencia de sucesos adversos en Assbasalud E.S.E, durante el período abril a septiembre de 2014.</p>	<p>A Noviembre 30 de 2014 se tendrán cuantificado el 100% de los costos de no calidad causados por la ocurrencia de sucesos adversos reportados en el periodo comprendido entre abril y septiembre de 2014.</p>	<p>Porcentaje de sucesos adversos reportados en el periodo abril - septiembre de 2014 a los que se les ha cuantificado los costos de no calidad en la fecha señalada.</p>	<p>Reporte en Excel con cuantificación de costos de no calidad generado por el software de reporte de sucesos adversos. Los costos se obtienen a partir de la información registrada en el ítem “necesidades adicionales” del software.</p>	<p>Compromiso de los funcionarios de la institución.</p> <p>Adecuado uso y funcionamiento del software de reporte de sucesos adversos.</p> <p>Verificación permanente por parte del Líder de Proyecto de Gestión de la Calidad y la Profesional de Calidad de la pertinencia y correcto diligenciamiento de la información registrada en el software.</p>
<p>c. Diseñar tres componentes para impactar la reducción de costos de no calidad: un componente estratégico, un componente táctico y un componente operativo.</p>	<p>A Enero 31 de 2015 se tendrán diseñados tres componentes (estratégico, táctico y operativo) para la reducción de costos de no calidad por sucesos adversos.</p>	<p>Número de componentes diseñados en la fecha señalada</p>	<p>Documento con la formulación de los componentes</p>	<p>Compromiso de la alta dirección de la institución.</p> <p>Compromiso de los funcionarios de la institución.</p>

<p>d. Formular mecanismos para el seguimiento, control, evaluación y mejora de los componentes diseñados, una vez estén en ejecución.</p>	<p>A Junio 30 de 2015 se habrán definido e implementado mecanismos de seguimiento, control, evaluación y mejora a la propuesta de reducción de los costos de no calidad por sucesos adversos</p>	<p>Número de mecanismos de seguimiento, control, evaluación y mejora definidos e implementados en la fecha señalada.</p>	<p>Informes bimensuales de los seguimientos realizados.</p>	<p>Compromiso de la alta dirección de la institución.</p> <p>Compromiso de los funcionarios de la institución.</p>
---	--	--	---	--

5.5 Fases de la propuesta o proyecto (estructura táctica)

Tabla 3.

Fases	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsables
Diagnóstico	Análisis de la información registrada en el software de Reporte de Sucesos Adversos. Exportación de reporte de sucesos adversos. Exportación de reporte de Costos por necesidades adicionales. Caracterización y graficación de la información por frecuencia de presentación y clasificación según 15 tipos.	Tecnológicos Humanos.	2 semanas	Director de la Propuesta
Sensibilización	Presentación de los resultados del diagnóstico y la propuesta de gestión a funcionarios de la alta dirección, integrantes del Comité Ejecutivo de Calidad, reuniones clínico-administrativas y reuniones del consulta externa, así: 1 sesión de 45 minutos en Junta Directiva y/o Gerencia 1 sesión de 45 minutos en Comité Ejecutivo de Calidad 1 sesión reunión administrativa consulta externa de 20 minutos 1 sesión reunión clínico-administrativa de 20 minutos	Tecnológicos Humanos.	4 Semanas: 1 sesión por semana	Director de la Propuesta
Ejecución	Aprobación de la propuesta de Gestión para la reducción de costos de no calidad. Cotización y elaboración de contratos para la implementación de medidas estructurales (anclaje de camillas, sistemas de visualización: espejos convexos o circuito cerrado de televisión, timbres de llamado) Canales interinstitucionales IPSs-EPS-s para análisis y gestión de sucesos adversos ocasionados por	Tecnológicos Humanos. Financieros	2 años	Programa de Gestión Administrativa y Financiera. Líderes de Proceso Misionales. Colaboradores del área Asistencial. Líder de Proceso de

	fallas administrativas de las EPS-s. Capacitación al 100% de los colaboradores de la institución en temas de seguridad del paciente para fortalecimiento de la cultura, según plan de capacitación institucional			Calidad Director de la Propuesta
Evaluación y Mejoramiento	Seguimiento a la ejecución de la propuesta. Registro en informes o actas de lo evidenciado en forma trimestral. Confrontación en periodos iguales de los costos por sucesos adversos para evaluar si hubo reducción. Rediseñar estrategias en caso de encontrar desviaciones frente a los objetivos propuestos.	Tecnológicos Humanos. Financieros	2 años	Director de la Propuesta Líder de Proceso de Calidad

5.6 Presupuesto de la propuesta o proyecto

Recursos

A continuación se relacionan los recursos de talento humano, operacionales y de infraestructura requeridos para dar viabilidad a la propuesta de gestión.

Tabla 1: La siguiente tabla contiene el presupuesto proyectado para la vigencia 2014

RUBRO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
TALENTO HUMANO	<p>Profesional calidad Acciones a ejecutar:</p> <p>a. Formulación de la propuesta de gestión. b. Caracterización de sucesos adversos en el período definido. c. Cuantificación de costos por sucesos adversos en el período definido. d. Presentar información de diagnóstico a grupos de interés. e. Realizar seguimiento a la implementación de la propuesta de gestión. f. Participar en la formulación de estrategias para el mejoramiento. g. Participar en capacitaciones institucionales.</p>	1	\$20.000 (hora)	\$640.000
TALENTO HUMANO	<p>Profesional en Ingeniería Industrial Acciones a ejecutar:</p> <p>a. Apoyo en la tabulación, graficación y análisis de la información (de costos de no calidad).</p>	1	\$20.000 (hora)	\$80.000
TALENTO HUMANO	<p>Profesional Analista de Sistemas Acciones a ejecutar:</p> <p>a. Verificar el adecuado funcionamiento del software de reporte de sucesos adversos. b. Generar el reporte de Costos por necesidades adicionales</p>	1	\$20.000 (hora)	\$160.000

TALENTO HUMANO	Líder de Proceso Gestión de la Calidad Acciones a ejecutar: a. Participar en el seguimiento a la implementación de la propuesta de gestión. b. Participar en la formulación de estrategias para el mejoramiento. c. Participar en capacitaciones institucionales	1	\$30.000 (hora)	\$480.000
TALENTO HUMANO	Profesional Oficina Administrativa y Financiera Acciones a ejecutar: a. Elaboración de contratos para implementación de medidas estructurales. b. Gestión de los recursos financieros para su implementación.	1	\$30.000 (hora)	\$300.000
TALENTO HUMANO	Profesional de Apoyo Administrativo Acciones a ejecutar: a. Seguimiento e interventoría a los contratos para implementación de medidas estructurales.	1	\$20.000 (hora)	\$200.000
RECURSOS OPERACIONALES	Equipo de Cómputo	2	\$1.000.000	\$2.000.000
RECURSOS OPERACIONALES	Video Beam	1	\$1.800.000	\$1.800.000
RECURSOS OPERACIONALES	Resmas Block	3	\$11.000	\$33.000
RECURSOS OPERACIONALES	Impresora	1	\$500.000	\$500.000
RECURSOS OPERACIONALES	Anclaje de camillas	26	\$195.000	\$5.070.000

RECURSOS OPERACIONALES	Timbres de llamado (baños, camas, camillas)	66	Valor integral	\$30.000.000
RECURSOS OPERACIONALES	Sistema de visualización espejos convexos	4	\$235.000	\$940.000
RECURSOS OPERACIONALES	Sistema de visualización circuito cerrado de televisión	3	\$1.000.000	\$3.000.000
RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA	Auditorio	1	\$200.000	\$800.000
RECURSOS DE INFRAESTRUCTURA	Oficina	1	\$400.000	\$800.000

Nota: El sistema de visualización por espejos convexos y el sistema por circuito cerrado de televisión son excluyentes entre sí, es decir, de acuerdo a las condiciones de infraestructura, seguridad y de recursos económicos de la institución, se analizará cuál de las dos medidas estructurales se implementará.

5.7 Fuentes De Financiamiento

Recursos Propios (Assbasalud E.S.E)

Debido a que el escenario de aplicación del proyecto de desarrollo corresponde a la entidad donde el titular de la propuesta labora, el 100% de los recursos humanos, operacionales y de infraestructura detallados anteriormente serán asumidos por la institución, sujeto a la disponibilidad presupuestal de la misma.

5.8 Relación de la propuesta con otras iniciativas

En Assbasalud E.S.E desde el área de Auditoría Interna se realizó en el primer semestre del año 2014 un estudio de costos de no calidad relacionado con la adherencia a las guías de primeras causas de consulta hospitalaria de la institución. Este estudio complementa los objetivos del proyecto de desarrollo al integrar otros factores y su incidencia en el gasto institucional. Es importante tener en cuenta que la atención en salud debe estar centrada en el usuario y por tanto se debe buscar durante la prestación del servicio maximizar su bienestar, de tal manera que resulte en una experiencia satisfactoria para él y su familia; de ahí la necesidad e importancia de implementar acciones efectivas transversales a todos los procesos (Estratégicos, de apoyo, logísticos y misionales) que impacten en la calidad y eficiencia del servicio prestado.

5.9 Estrategia de seguimiento, control, evaluación y mejora de la propuesta

MOMENTO	ESTRATEGIA	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
SEGUIMIENTO Y CONTROL	Revisión de metas e indicadores de la propuesta	semestral	Director de la propuesta
EVALUACIÓN	<p>Registro de las evidencias mediante actas.</p> <p>Análisis de la caracterización de los sucesos adversos, diagrama de Pareto, costos y confrontación de los resultados en periodos similares para analizar el impacto de las medidas estratégicas, tácticas y operativas implementadas.</p> <p>Aplicación de instrumentos de medición de adherencia de los colaboradores a temas de seguridad del paciente.</p>	Anual	Director de la propuesta
MEJORA	Análisis de los resultados obtenidos con la participación del Comité Ejecutivo de Calidad, Comité Estratégico de Calidad y Comité de Seguridad del Paciente para toma de decisiones en caso que no se cumpla con el propósito de la propuesta o esta se de en forma parcial.	Anual	Director de la propuesta con la colaboración de los integrantes de los comités institucionales mencionados.

5.10 Condiciones de viabilidad y sostenibilidad de la propuesta

Viabilidad: Para materializar la ejecución de la propuesta, se hace necesario por parte de la institución garantizar las siguientes condiciones:

- Voluntad de los directivos y colaboradores de la institución.
- Disponibilidad presupuestal para la implementación de las medidas estructurales propuestas y los recursos detallados anteriormente.
- Autorización de acceso al sistema de información institucional para obtener los datos requeridos (reporte de sucesos adversos y costos).

Sostenibilidad: Para dar continuidad a la propuesta para la reducción de los costos de no calidad asociados a la ocurrencia de sucesos adversos hasta el logro del fin y los objetivos propuestos se requiere:

- Sostenimiento de la cultura del reporte de los sucesos adversos.
- Fortalecimiento de las premisas de la política institucional de seguridad del paciente: No punición y no permisividad.
- Permitir la convocatoria de grupos de interés para llevar a cabo la fase de sensibilización de la propuesta y capacitación de colaboradores en temas de seguridad del paciente.
- Proveer, de acuerdo al flujo financiero de la institución los recursos necesarios para dar cumplimiento al propósito de la propuesta.
- Voluntad de entes externos (EPS-s) para realizar análisis de sucesos adversos en conjunto con la institución cuando las causas estén relacionadas con fallas administrativas de estas.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia*.

Recuperado (Mayo 3, 2014) de

http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Lineamientos_para_Implementaci%C3%B3n_de_Pol%C3%ADtica_de_Seguridad_del_Paciente.pdf

Young, P., Hortis De Smith, V., Chambi, C., & Finn, B. (2010, junio). *Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento*. *Revista Médica de Chile*. 139(6), 807-813. doi: 10.4067/S0034-98872011000600017

Villarreal, J., Gómez, D., & Bosques, F. (2011). *Errar es humano*, *Medicina Universitaria* 13(51). Recuperado de mayo 3, 2014 de <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-universitaria-304/errar-es-humano-90024050-editorial-2011?bd=1>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente: La investigación en la seguridad del paciente*. Recuperado mayo 3, 2014 de http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf

Aranaz, JM., Aibar, C., Vitaller J., & Ruiz P. (2006). *Estudio Nacional de Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización (ENEAS)*. Recuperado del sitio de internet de Seguridad del Paciente, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>

Aranaz, JM., Aibar, C., Vitaller, J., Mira, J., Orozco, D., Terol E., & Agra, Y. (2008). *Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Recuperado del sitio de internet de Seguridad del Paciente, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2008/APEAS.pdf>

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. Recuperado del sitio de internet de Seguridad del Paciente, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441. (31, mayo, 2013). *Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones*. Recuperado del sitio de internet del Ministerio de Salud y Protección social:

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202013.PDF>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0123. (26, Enero, 2012). *Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006*. Recuperado de

<http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Res123%20ene26de2012%20modificRes1445.pdf>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1446. (08, mayo, 2006). Anexo Técnico. *Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud*. Recuperado de

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf>

Colombia. Ministerio de la Protección Social. *Guía para metodología de cálculo de costos de calidad y no calidad. Manual Metodológico*. (s.f). Recuperado mayo 15, 2014 de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Costos%20de%20No%20calidad.pdf>

d'Empaire, Gabriel. (2010). *Calidad de atención médica y principios éticos*. Acta bioethica, 16(2), 124-132. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2010000200004
doi: 10.4067/S1726-569X2010000200004


Instituto of Medicine. (1999). *Measuring the Quality of Health Care A Statement by The National Roundtable on Health Care Quality*. Recuperado del sitio de internet del Institute of Medicine de http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=6418&page=R1

Saillour-Glenisson, F; Preaubert, N. (2004) Cost of quality and non-quality in care provided by healthcare organisations: current situation and proposals. Paris: Haute Autorite de Sante (French National Authority for Health) (HAS). Citado por Guía para Metodología de Cálculo de Costos de Calidad y no Calidad. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Costos%20de%20No%20calidad.pdf>

Ville, G. (1995) “Enjeux et conditions de mise en place de l’assurance qualité dans le établissements de soins”. Paris: IESTO. Citado por Guía para Metodología de Cálculo de Costos de Calidad y no Calidad. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Costos%20de%20No%20calidad.pdf>

7. ANEXOS

Anexo 1: Encuesta para fundamentar una propuesta de reducción de costos de no calidad por sucesos adversos

	ENCUESTA PARA FUNDAMENTAR UNA PROPUESTA DE REDUCCIÓN DE COSTOS DE NO CALIDAD POR SUCESOS ADVERSOS		CÓDIGO: GQ-SEP-		
			VERSIÓN 1.0		
<p>OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimientos y percepciones en la organización frente al impacto de una propuesta de reducción de costos de no calidad por sucesos adversos.</p> <p>INSTRUCCIONES: Sus respuestas son muy importantes, ya que los resultados de la encuesta constituirán un insumo sustancial para el desarrollo e implementación de una propuesta efectiva que conlleve a una disminución de los costos de no calidad en la organización. Le tomará de 10 a 15 minutos diligenciarla.</p> <p>DEFINICIONES: COSTOS DE NO CALIDAD: Todos aquellos costos en que se incurre debido a que no se ha conseguido la calidad especificada. La no calidad es consecuencia de los fallas en la producción de servicios y estos pueden dividirse en fallas internas y fallas externas. Minsalud. EVENTO ADVERSO: Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Minsalud (2008). INCIDENTE: Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención. Minsalud (2008). SUCESOS ADVERSOS: Se denomina así al conjunto de incidentes y eventos adversos.</p>					
<p>Por favor indique con una equis (X) la opción que mayor relación tenga con su cargo.</p> <p>Líder de Proceso ____ Jede de Oficina ____ Enfermera (o) con funciones administrativas ____</p>					
<p>Por favor, lea con atención cada uno de los enunciados presentados en esta encuesta y marque con una equis (X) la opción que considere más adecuada.</p>					
ÍTEM	Muy en Desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de Acuerdo
1. Si un paciente sufre un daño adicional a su motivo de consulta, ocasionado durante el proceso de atención en salud, bien sea en el ámbito ambulatorio u hospitalario, la institución debe en la medida de sus posibilidades, contribuir a la recuperación de su salud.					

2. En Assbasalud no ocurren incidentes ni eventos adversos					
3. Los eventos adversos generan costos a la entidad					
4. Es menos costoso invertir en medidas que lleven a la disminución de los eventos adversos que asumir las consecuencias que deriven de estos.					
5. La disminución de los costos de no calidad por eventos adversos es directamente proporcional a brindar una atención más segura					
6. El reporte de los eventos adversos favorece la cultura de la seguridad del paciente.					
7. El reporte, análisis y la implementación de acciones de mejora encaminadas a la disminución de eventos adversos contribuye al aprendizaje y el mejoramiento de la calidad organizacional					
8. Es difícil hablar abiertamente si percibo un problema con la seguridad del paciente					
9. Los errores del equipo de salud son manejados de una manera apropiada en esta institución					
<p>10. Por favor, en tres renglones describa pensando en su área de trabajo, cuál medida puede generar un impacto positivo en la disminución de los costos por eventos adversos.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
<p>11. Por favor, en tres renglones describa qué impacto tendría para la organización conocer los costos de no calidad asociados a la ocurrencia de eventos adversos.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
<p>Muchas Gracias</p>					