

**MEDICIÓN DE LOS COSTOS ASISTENCIALES DE NO CALIDAD POR LOS  
EVENTOS ADVERSOS OCURRIDOS EN HOSPITALIZACIÓN, EN LA IPS  
COMFAMILIAR RISARALDA, DURANTE EL AÑO 2012.**

DANIELA BOTERO GONZÁLEZ  
JUAN CARLOS OLARTE CORTES

TRABAJO DE GRADO

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SISTEMAS DE SALUD  
PEREIRA  
2013**

**MEDICIÓN DE LOS COSTOS ASISTENCIALES DE NO CALIDAD POR LOS  
EVENTOS ADVERSOS OCURRIDOS EN HOSPITALIZACIÓN, EN LA IPS  
COMFAMILIAR RISARALDA, DURANTE EL AÑO 2012.**

DANIELA BOTERO GONZÁLEZ  
JUAN CARLOS OLARTE CORTES

Trabajo de grado para optar al título de:  
Especialista en gerencia en sistemas de salud

ASESOR  
RICARDO GÓMEZ OSSA

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SISTEMAS DE SALUD  
PEREIRA  
2013**

## CONTENIDO

|   | pág. |
|---|------|
| RESUMEN                                 | 5    |
| ABSTRACT                                | 6    |
| INTRODUCCIÓN                            | 7    |
| 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA            | 11   |
| 1.1 PLANTEAMIENTO                       | 11   |
| 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA            | 11   |
| 1.2 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA        | 12   |
| 1.3 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN     | 12   |
| 2 DELIMITACIÓN                          | 13   |
| 3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN         | 14   |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL                    | 14   |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS               | 14   |
| 3.3 HIPÓTESIS                           | 14   |
| 4 JUSTIFICACIÓN                         | 15   |
| 5 MARCO DE REFERENCIA                   | 17   |
| 5.1 ANTECEDENTES                        | 17   |
| 5.2 MARCO CONCEPTUAL                    | 21   |
| 5.4 MARCO INSTITUCIONAL                 | 26   |
| 5.5 MARCO BIOÉTICO                      | 26   |
| 5.6 MARCO AMBIENTAL                     | 26   |
| 6 METODOLOGÍA                           | 27   |
| 6.1 TIPO DE PROYECTO Y ESTUDIO          | 27   |
| 6.2 PERIODO Y LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN | 27   |
| 6.3 UNIVERSO Y UNIDAD DE ANALISIS       | 27   |
| 6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN  | 27   |

|   |    |
|---|----|
| 6.5 VARIABLES   | 28 |
| 6.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN   | 29 |
| 6.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN   | 33 |
| 6.8 ASPECTOS ÉTICOS   | 33 |
| 7 RESULTADOS  | 35 |
| 7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE TIENEN DEFINIDOS EN LA IPS COMFAMILIAR RISARALDA   | 35 |
| 7.2 CÁLCULO DE LOS COSTOS ASISTENCIALES POR TIPO DE EVENTO ADVERSO, POR EPS, POR GÉNERO, POR GRUPOS ETARIOS Y POR MESES                                 | 36 |
| 7.3 MEDICIÓN DEL EFECTO QUE TIENEN LOS EVENTOS ADVERSOS ASISTENCIALES GENERADOS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN, SOBRE LOS COSTOS OPERACIONALES DE LA IPS | 39 |
| 8 CONCLUSIONES  | 41 |
| 9 RECOMENDACIONES   | 42 |
| 10 BIBLIOGRAFIA   | 43 |
| 11 ANEXOS   | 45 |

## RESUMEN

El presente trabajo hace referencia a un estudio sobre la problemática que enfrentan algunas de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en Colombia, el cual es la falta de profundización acerca de los eventos adversos que suceden en las diferentes áreas. El caso particular de este estudio es el área de hospitalización de la IPS Comfamiliar Risaralda, ubicada en la ciudad de Pereira.

Para la ejecución de este trabajo, se contó con la colaboración del área de calidad, dirección médica y dirección administrativa de la IPS, ya que fueron estos, los que suministraron toda la información necesaria en una base de datos con los eventos adversos ocurridos en el área de hospitalización, y discriminada por fecha, tipo de evento, edad del paciente, género, clase de evento, descripción del mismo, y las respectivas observaciones, entre otros. Posteriormente facilitaron la base de datos con los costos de los medicamentos, dispositivos y el recurso humano requerido para la atención de cada uno de los eventos adversos.

Con toda la información reunida, se procedió a analizar, clasificar y completar la misma, en Excel, con el fin de sintetizarla en una matriz que fue diseñada exclusivamente con el propósito de establecer claramente el costo asistencial de cada uno de los eventos adversos y los componentes de este, según las variables allí establecidas. Tales como, el recurso humano, los medicamentos y dispositivos, el o los procedimientos, las ayudas diagnósticas y la hotelería hospitalaria.

De igual forma, se diseñó una base de datos en Access como herramienta de trabajo para la IPS, con el fin de que esta sirva como capturador de los eventos adversos que suceden día a día, además que presente los informes en distintas áreas de la IPS y formas según lo requiera la administración de la IPS.

Se encontró que los eventos adversos más costosos para la IPS son los asociados al cuidado médico, de enfermería y los desalojos. Además que dichos eventos representan el uno por ciento (1%) del costo asistencial del área de hospitalización.

## **ABSTRACT**

This paper refers to the study of problems faced by some health services institutions (HSI) in Colombia, which is the lack of knowledge about adverse events occurring in different areas. This particular study was made on the hospitalization area of the HSI Comfamiliar Risaralda, located in the city of Pereira.

This study was made in cooperation with the quality area, medical management area and the administrative direction area of the HSI. They were the ones who provided all necessary information in a database of the adverse events occurred in the hospitalization area, all information was discriminated by date, event type, patient age, gender, type of event, description, and the respective observations, among others. Subsequently they provided another database with the costs of medications, devices and the required human resource, of each adverse event.

With all the information gathered, we proceeded to analyze, categorize and complete the information in Excel, in order to synthesize a matrix that was designed exclusively for the purpose of delivering the care cost the adverse events and its components, with the respective variables, such as, human resources, medications and devices, procedures, diagnostic aids, and hospital accommodation.

Similarly, we designed a database in Access as a working tool for the HSI, so that this serves as a basic point for adverse events that happen every day, and to deliver the reports in different areas of the HSI and every form required by the administration of the HSI.

It was found that the most expensive adverse events for the HSI are associated to doctors and nursing health care, and evictions. In addition, these events represent one percent (1%) of the cost of hospital care at the hospitalization area.

## INTRODUCCIÓN

La misión de un sistema de salud es entregar a la población servicios de salud efectivos, seguros y a costo razonable. El servicio que el paciente espera y aprecia, y, por lo tanto, valora, es aquel que corresponde a una planeación (diagnóstica o terapéutica) correcta: Intervención correcta, paciente correcto, momento correcto, cuya ejecución sea igualmente correcta, es decir, realizada de manera confiable para obtener los mejores resultados posibles, y cuyo costo a largo plazo es el mejor, como consecuencia de una planeación y una ejecución correctas.<sup>1</sup>

El concepto de valor se refiere a los resultados clínicos. El concepto de dinero implica el monto de recursos utilizados en la generación de dichos resultados.<sup>2</sup>

En 1998, con un consorcio integrado por expertos nacionales e internacionales, se diseñó el Sistema de Garantía de la Calidad en Salud (SGCS). El producto final fue un conjunto de cuatro componentes independientes y autónomos, cada uno con características y objetivos propios, diferentes a los demás, que se complementan e interactúan entre sí, con el propósito común de estimular todo aquello que facilite la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes y les evite oportunamente riesgos innecesarios durante su proceso de atención en salud.<sup>3</sup>

El gobierno de Colombia, mediante el Decreto 2309 de 2002, lo convierte en obligatorio: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). El sistema se diseñó dentro de un marco conceptual constituido por dos pilares filosóficos fundamentales: Mejoramiento continuo y gestión centrada en el usuario.<sup>3</sup>

La resolución 1446 de 2006, donde se establece la obligatoriedad de reportar eventos adversos, puso a la institución en la tarea de no sólo reportar para cumplir

---

<sup>1</sup> Portocarrero J. Calidad en salud: ¿Hacia dónde vamos?. Vía SALUD. 2010; 53: 2 – 3.

<sup>2</sup> Castaño RA. Acciones necesarias para hacer realidad el desafío de medir la calidad de la atención en salud mediante indicadores de resultado. Vía SALUD. 2011; 57: 32 – 34.

<sup>3</sup> Portocarrero J. Actividades y expectativas en materia de calidad de los servicios de salud en Colombia. Vía SALUD. 2009; 50: 4 – 10.

un requisito, sin para reestructurar un programa de seguridad del paciente, sobre unas bases sólidas, a fin de generar cultura organizacional.<sup>4</sup>

La puesta en marcha de una gestión clínica, con el propósito de hacer los procesos en salud efectivos, oportunos, seguros y eficientes. Creo la conciencia en las instituciones del propósito de brindar procesos de salud que sean de alta calidad.<sup>5</sup>

El informe final de un estudio presentado en los primeros días de Octubre de 2009, revela que la prevalencia de eventos adversos en Colombia, fue de 13,1%. De esta cifra, el 84,3% de los eventos adversos correspondió a las categorías leve y moderado.<sup>5</sup>

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.<sup>6</sup>

La evolución sociocultural es una fuente también de desarrollo de la calidad. En efecto, la información cada vez más detallada proporcionada al “cliente-paciente” le permiten apreciar la calidad de los cuidados y de la recepción. El “cliente-paciente”, a causa de la evolución de su nivel de vida y su conocimiento, ha aumentado sus expectativas en términos de mejora de la calidad de los cuidados de salud. Ante la exigencia de los pacientes sobre la calidad de los cuidados y la dificultad presupuestaria de los establecimientos, se plantea la cuestión de la relación costo-calidad.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> González P, Tovar JM. Trabajar con calidad y seguridad en una IPS según la Ley 550. Vía SALUD. 2009; 48: 24 – 29.

<sup>5</sup> Portocarrero J. Actividades y expectativas en materia de calidad de los servicios de salud en Colombia. Vía SALUD. 2009; 50: 4 – 10.

<sup>6</sup> Ministerio de la protección social – Observatorio de calidad de la atención en salud Colombia [Internet]. Bogotá: Metodología de calculo de costos de calidad y no calidad; 2006 [consulta el 15 de Enero de 2013]. Disponible a: <http://mps1.minproteccion-social.gov.co/evtmedica/linea%207/introduccion.html>



La gestión de la calidad por la reducción de la no calidad puede ser preventiva o correctiva. Tradicionalmente, la gestión se realizaba normalmente de forma reactiva, era después de que se produjera la incidencia cuando se analizaban las denuncias y disfunciones, y se adoptaban algunas medidas. De esta manera los errores no aportaban ningún aprendizaje para el futuro y se volvían a repetir, porque por lo general, no implicaban cambios de práctica sanitaria. Las políticas de prevención hubieran sido preferibles pero muy pocos establecimientos actuaron de este modo.<sup>6</sup>

Uno de los problemas que se encuentran en el sector es que el sistema de salud haya perdido su razón de ser. Se ha perdido la identidad del sistema, la necesidad de enfocar la atención de la salud para proporcionar un mejor estado de salud del individuo y de la comunidad, la necesidad de garantizar la calidad y la seguridad de la atención del paciente.<sup>6</sup>

Según el instituto de mejora del cuidado de la salud (*Institute of Healthcare Improvement*), en el concepto relacionado por el Dr. Donald Berwick, la triple meta, hay una tensión entre el triple propósito de cualquier sistema: Un nivel de salud deseado, el costo de atención y la percepción de servicio.<sup>7,8</sup>

De esta forma, en salud, como en cualquier otra industria, la competencia tendrá que hacerse por calidad, entendida esta como lo que realmente importa, que son, los resultados.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Ministerio de la protección social – Observatorio de calidad de la atención en salud Colombia [Internet]. Bogotá: Metodología de calculo de costos de calidad y no calidad; 2006 [consulta el 15 de Enero de 2013]. Disponible a: <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%207/introduccion.html>

<sup>7</sup> Aguirre A. Acciones necesarias desde el prestador para hacer realidad el desafío de medir la calidad de la atención en salud mediante indicadores de resultado. *Vía SALUD*. 2012; 16 (1): 36 – 38.

<sup>8</sup> Berwick DM, Nolan TM, Whittington J. The triple aim: care, health and cost. *Health Affairs*. 2008; 27 (3): 759 – 769.

<sup>9</sup> Portocarrero J. Calidad en salud: ¿Hacia dónde vamos?. *Vía SALUD*. 2010; 53: 2 – 3.

Llegó el momento de que los resultados de efectividad y de seguridad sean los elementos diferenciadores de las organizaciones del sector salud.<sup>9</sup>

Es evidente que la no calidad influye en el costo de la actividad de salud, que los programas de calidad mejoran de manera patente la calidad y que la cuantificación de los costos de la calidad y la no calidad justifica la puesta en marcha del programa de mejora de la calidad.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Portocarrero J. Calidad en salud: ¿Hacia dónde vamos?. Vía SALUD. 2010; 53: 2 – 3.

<sup>10</sup> Ministerio de la protección social – Observatorio de calidad de la atención en salud Colombia [Internet]. Bogotá: Metodología de calculo de costos de calidad y no calidad; 2006 [consulta el 15 de Enero de 2013]. Disponible a: <http://mps1.minproteccion-social.gov.co/evtmedica/linea%207/introduccion.html>

# 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 PLANTEAMIENTO

La seguridad del paciente se ha convertido en uno de los temas principales de cualquier sistema sanitario. A su vez, los efectos adversos, considerados como acontecimientos asociados al proceso asistencial que suponen consecuencias negativas para los pacientes, implican problemas de ineficiencia (sobrecostos) en los diferentes sistemas sanitarios.<sup>11</sup>

La edad, la comorbilidad y la presencia de múltiples factores de riesgo intrínseco incrementan la probabilidad de sufrir efectos adversos. Estos efectos adversos pueden ser evitables o no. Los inevitables suelen estar condicionados por las características del paciente o por la historia natural de la enfermedad.<sup>11</sup>

La seguridad del paciente, basada en el principio hipocrático “primum non nocere” (ante todo no dañar), es la dimensión más importante de la calidad asistencial, pero no debe ser un objetivo último, sino un vehículo para obtener la calidad.<sup>12</sup>

Construir una cultura de seguridad requiere reconocer la seguridad del paciente como principal elemento de la calidad asistencial y, por tanto, integrarla en la misión y objetivos de la organización, en sus indicadores y en la elaboración de proyectos y formas de trabajo.<sup>11</sup>

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los costos asistenciales de no calidad en la prestación de los servicios de salud del área de hospitalización en la IPS Comfamiliar Risaralda?

---

<sup>11</sup> Escobar B, Lobo MM, Sala J. Calidad asistencial, seguridad del paciente e ineficiencia: Estudio de campo en un hospital de primer nivel. Revista del instituto internacional de costos. 2009. 5; 271 – 305.

<sup>12</sup> Seoane, JA. Una aproximación jurídica a la seguridad clínica. En: Lorenzo S, editor. Monografías humanitas. Seguridad Clínica. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2006. p. 161 - 79.

## 1.2 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuáles serían los servicios más representativos para medir los costos de no calidad en la IPS?
- ¿Cómo se podrán medir y calcular los costos de no calidad?
- ¿Qué aplicabilidad tendrán los resultados para la IPS?
- ¿Qué se entiende por costos de la no calidad?
- ¿Qué importancia tiene la aplicación de este concepto al ámbito de la salud?
- ¿Cómo se manifiestan estos costos de no calidad, en el sistema de salud Colombiano?
- ¿Qué hacer para evitar los costos de no calidad en los servicios de salud

## 1.3 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El punto de partida que orienta la investigación es analizar si la IPS incorpora dentro de sus sistemas de información de costos, la medición y el control de los costos de calidad; considerando los de prevención y evaluación, los de fallas internas y externas, así, como conocer el enfoque de la no calidad manejado por dicha IPS.

El análisis de los costos de la calidad constituye una herramienta poderosa en el establecimiento de ventajas competitivas. Sin embargo, se observa con frecuencia que las empresas dedicadas a la prestación de servicios de salud, que aún cuando pregonan la búsqueda de mejoras, reportan altos porcentajes de re-procesos, desperdicios, reingresos, reparaciones y ausentismos, lo cual genera como consecuencia inmediata, que sean ellas mismas las que generan su incompetitividad. Es por esto, que de esta realidad, nace el motivo para realizar la presente investigación.

Es importante el tema por la obligatoriedad en la implementación de la estrategia de seguridad del paciente y por lo poco que se ha podido avanzar en las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia sobre los costos de la no calidad.

## 2 DELIMITACIÓN

La IPS Comfamiliar Risaralda, se encuentra ubicada en el departamento de Risaralda, en la ciudad de Pereira. Está ubicada en la región centro-occidente del país, en el valle del río Otún en la Cordillera Central de los Andes colombianos. El área municipal es de 702 km<sup>2</sup>, goza de variedad de climas, presentando los siguientes pisos térmicos: cálido, 60 km<sup>2</sup>; medio, 367 km<sup>2</sup>; frío, 70 km<sup>2</sup> y páramo, con 107 km<sup>2</sup>. Su población total estimada en el 2012 fue de 505.000 habitantes.

El trabajo de grado se realizó en el área de hospitalización de la IPS Comfamiliar Risaralda, específicamente con los eventos adversos generados durante el año 2012. Se calcularon los costos asistenciales por tipo de evento adverso, por EPS, por género, por grupos etarios y por fechas. Y posteriormente, se midió el impacto que tienen dichos eventos adversos, sobre los costos operacionales de la institución.

### **3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Medir los costos asistenciales de no calidad por los eventos adversos ocurridos en hospitalización en la IPS Comfamiliar Risaralda durante el año 2012.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar los eventos adversos generados en el área de hospitalización de la institución.
- Calcular los costos asistenciales por tipo de evento adverso, por EPS, por género, por grupos etarios y por fechas
- Medir el efecto que tienen los eventos adversos asistenciales generados en el área de hospitalización, sobre los costos operacionales de la institución.

#### **3.3 HIPÓTESIS**

Al medir los costos asistenciales de no calidad generados por los eventos adversos ocurridos en el área de hospitalización en la IPS Comfamiliar Risaralda, estos, se verán reflejados en los costos operacionales del año 2012 de dicha IPS.

## 4 JUSTIFICACIÓN

Para el 31 de Julio de 1997 se inauguró la IPS Comfamiliar Risaralda, convirtiéndose en un centro de referencia regional. Debido al desarrollo de la ciudad de Pereira y el crecimiento de la demanda de sus servicios, se realizó una ampliación de infraestructura con el propósito de mejorar la eficiencia y tener mayor capacidad de atención.<sup>13</sup>

Actualmente la IPS tiene certificación NTC ISO 9001 versión 2000 en sus procesos, evidenciándose mejoramiento continuo en el servicio para cumplir de esta manera con la responsabilidad de brindar bienestar a la comunidad.<sup>13</sup>

La puesta en marcha de este trabajo de grado es conveniente debido a que a la fecha, la IPS Comfamiliar Risaralda no ha medido los costos asistenciales de no calidad atribuibles a los eventos adversos y seguridad del paciente en la prestación de los servicios de salud.

Sabiendo que el objetivo de cualquier sistema de costos de la calidad, consiste en facilitar los esfuerzos para mejorar la calidad que conduzca a oportunidades de reducción del costo operativo. Y si el enfoque de la entidad es en el Sistema Único de Acreditación, éste sistema se orienta al cumplimiento de los estándares de calidad superior.<sup>14</sup>

Una buena aplicación de los resultados trae como consecuencia directa la disminución de los costos operativos en la IPS, el cual puede servir de modelo y utilizarse no sólo en Risaralda, sino en todo el país.

En la práctica, se pueden medir los costos de los efectos de la mala calidad y luego reducirlos por medio del análisis adecuado de causa y efecto. La eliminación de las causas básicas significa estar erradicando firmemente el problema. Cuanto más avanzado dentro del proceso se descubra una falla en el producto o servicio, es decir, cuanto más se acerque al “cliente-paciente”, más caro será corregirlo. Generalmente, conforme se reducen los costos de las fallas, los esfuerzos de evaluación también se pueden reducir de una forma importante.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Comfamiliar Risaralda [Internet]. Pereira: Clínica Comfamiliar; 2013 [consulta el 11 de Junio de 2013]. Disponible a: <https://www.comfamiliar.com/clinica-comfamiliar/hospitalizacion.html>

<sup>14</sup> Ministerio de la protección social – Observatorio de calidad de la atención en salud Colombia [Internet]. Bogotá: Metodología de calculo de costos de calidad y no calidad; 2006 [consulta el 15 de Enero de 2013]. Disponible a: <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%207/introduccion.html>

Inicialmente, la más beneficiada es la institución prestadora de servicios y posteriormente todos sus pacientes, y en general, todo el sistema de salud colombiano. La medición de los costos, ayudará a resolver los problemas de la no calidad, generados por los eventos adversos y seguridad del paciente.

La no medición de los costos asistenciales de no calidad deja un vacío de conocimiento real frente a la calidad de los servicios prestados, respecto a los eventos adversos y la seguridad del paciente.

A partir de este trabajo de grado de la especialización en gerencia en sistemas de salud, podrán sugerir ideas, recomendaciones e hipótesis de futuros estudios en las demás área de la IPS Comfamiliar Risaralda y demás instituciones prestadoras de servicios de salud de la región.



## 5 MARCO DE REFERENCIA

### 5.1 ANTECEDENTES

Tanto el área administrativa de la institución prestadora de servicios de salud, como el área asistencial tienen que tener bien asentados todo aquello que involucra costos de calidad y aquellos que no lo son. Con respecto a los primeros, se sabe que son aquéllos incurridos en el diseño, implementación, operación y mantenimiento de los sistemas de calidad de una organización; aquéllos costos de la organización comprometidos en los procesos de mejoramiento continuo de la calidad, y los costos de sistemas, productos y servicios frustrados o que han fracasado al no tener en el mercado el éxito que se esperaba.

En Colombia, el antecedente más relevante en el aspecto de la calidad es la formulación de la Política de Calidad de la Atención en Salud, en términos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.<sup>15</sup>

En este contexto, el concepto de calidad incorpora, desde su definición, la seguridad del paciente como una de las características de la calidad. Además, el Ministerio de la Protección Social se encuentra implementando una política nacional de seguridad del paciente que incluye, entre otras estrategias, la capacitación nacional de facilitadores en el tema, el desarrollo de herramientas de intervención en riesgos específicos y la participación en el proyecto IBEAS (proyecto promovido por la alianza mundial de seguridad del paciente de la OMS), con otros países de Latinoamérica, en la medición e identificación de la incidencia y la prevalencia de los eventos adversos y errores, como parte de un programa de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.<sup>15</sup>

Igualmente, cada uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad desarrolla aspectos de seguridad del paciente o incluso es su foco principal. Entre tanto, el Sistema de Información para la Calidad desarrolla una buena parte de los indicadores de monitorización en conceptos de riesgos para el paciente (por ejemplo, infecciones intrahospitalarias). El componente de habilitación está centrado en los riesgos para el paciente, mientras los estándares y requisitos

---

<sup>15</sup> Luengas S. Seguridad del paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático en los riesgos para la atención en salud. Documentos de trabajo de la fundación corona. Bogotá: Fundación corona – Centro de gestión hospitalaria; 2009.

están contruidos como condiciones mínimas de la estructura de la atención, orientados a minimizar el riesgo para el paciente. El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad incorpora como uno de sus propósitos el desarrollo de modelos de mejoramiento centrados en la seguridad del paciente.<sup>15</sup>

En el tema de la acreditación se han realizado esfuerzos para incorporar estándares específicos en el tema de la seguridad del paciente, aun cuando el riesgo para los usuarios de los servicios de salud es uno de los focos de mejoramiento que pretenden promover los estándares y, en general, el modelo de acreditación colombiano. Por otra parte, la Fundación Corona, en conjunto con el Centro de Gestión Hospitalaria, ha llevado a cabo varios proyectos de acompañamiento a redes públicas de hospitales de los departamentos de Nariño, Antioquia, Boyacá y Caldas. Como parte de las estrategias de este esfuerzo por el mejoramiento de la calidad de servicios de salud en el país, se realizó un consolidado de los diagnósticos de las instituciones participantes, de cuyas conclusiones son de destacar que las dos principales oportunidades de mejora de los hospitales se centraron en el cierre de brechas en relación con los estándares de recursos humanos y en relación con los estándares asistenciales.<sup>15</sup>

En cuanto a la definición de las líneas temáticas para los foros que realiza el Centro de Gestión Hospitalaria, encontramos un comportamiento interesante.

El tema de la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente y sus familiares es tratado cada vez con más frecuencia en el ámbito sanitario. Disponer de estándares de calidad tiene una repercusión sobre los costos del sector salud. Estimaciones realizadas por algunos autores afirman que la falta de calidad representa un 30 % de los costos del sector. Además tiene serias implicaciones sobre la sociedad a partir de la pérdida de vidas humanas y la discapacidad.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Luengas S. Seguridad del paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático en los riesgos para la atención en salud. Documentos de trabajo de la fundación corona. Bogotá: Fundación corona – Centro de gestión hospitalaria; 2009.

<sup>16</sup> Gálvez AM, García A, Hernández H, Pérez C. Costos de la no calidad. Sus implicaciones para el sistema de Nacional de Salud. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2010.

La calidad es uno de los aspectos que reflejan con más claridad la eficiencia y competitividad con que trabaja una institución. Uno de los lineamientos básicos de la política económica y social en el sector de la salud en Colombia es potenciar la calidad del servicio que se brinda, así como el ahorro, la utilización eficiente de los recursos y la eliminación de los gastos innecesarios.<sup>16</sup>

El sector salud, por el ámbito de acción y otras características, tiene mayor probabilidad de incurrir en errores que otros sectores, o al menos que se hagan más evidentes y con implicaciones más severas, muchos de ellos irreversibles. Algunos autores han planteado que mientras en la industria de los servicios financieros ocurren menos de cinco errores por cada millón de transacciones, y en la industria manufacturera de clase mundial las tasas de error son menos de 230 por millón, los procesos relacionados con la atención a la salud presentan entre seis mil y trescientos mil defectos por millón de atenciones.<sup>16</sup>

En los profesionales de la salud la ausencia de calidad genera insatisfacción, desesperanza, desmoralización, frustración y falta de credibilidad frente a la imposibilidad de hacer transformaciones efectivas que permitan un cambio hacia la calidad. Los pacientes cada vez están más informados y deben disponer de diferentes opciones para la atención de su salud, de lo contrario, sienten insatisfacción, incertidumbre, temores, desconfianza hacia los servicios que se le brindan y al sistema de salud en general.<sup>17</sup>

En los últimos tiempos se habla con frecuencia en el ámbito de la salud sobre los costos de la no calidad, sus implicaciones sobre la eficiencia de las instituciones y la sociedad en general. Estudios realizados en Estados Unidos detectaron que las fallas en la calidad de la atención generaban altos costos en el orden de los miles de millones de dólares estadounidenses, donde los errores médicos eran la causa de más de cien mil muertes prevenibles cada año y de un número mayor de pacientes dañados en ese mismo periodo de tiempo.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Gálvez AM, García A, Hernández H, Pérez C. Costos de la no calidad. Sus implicaciones para el sistema de Nacional de Salud. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2010.

<sup>17</sup> Luengas S. Seguridad del paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático en los riesgos para la atención en salud. Documentos de trabajo de la fundación corona. Bogotá: Fundación corona – Centro de gestión hospitalaria; 2009.

No todos los problemas de calidad tienen que ver con los errores médicos, el mal uso de los recursos, procedimientos innecesarios, exponen a los pacientes a riesgos que generan altos costos. En los países subdesarrollados esto alcanza una connotación dramática, ya que se suma la extrema limitación de recursos a los altos costos que generan los errores cometidos y en ocasiones la falta de voluntad política hacia las acciones de salud.<sup>17</sup>

Colombia, a pesar de los indiscutibles logros alcanzados en la salud pública durante los últimos cincuenta años, no escapa de dificultades en la calidad. En los años más recientes se ha evidenciado un deterioro en la calidad de los servicios con sus implicaciones en la eficiencia. Este es un tema sumamente sensible si se tiene en cuenta la situación demográfica del país, marcada por el envejecimiento poblacional y contar con una población educada, informada y con alto nivel de conciencia y exigencia de sus derechos sobre la salud. Uno de los objetivos básicos del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) actualmente es potenciar la calidad del servicio que se brinda, así como el ahorro, la utilización eficiente de los recursos y la eliminación de gastos innecesarios.<sup>17</sup>

En Colombia, además, el propio conocimiento e información de la población unida al acceso gratuito a los servicios de salud de gran parte de la población, condiciona una tendencia al sobre uso de los recursos tanto por iniciativa del personal facultativo como a consecuencia de la presión ejercida por los pacientes.

Los "Costos de la no calidad" pueden significar alrededor de un 20 al 25% de los valores totales facturados.<sup>17</sup>

Definitivamente estos costos varían en cada organización, sin embargo deben encaminarse esfuerzos para iniciar procesos para evitarlos ya que su identificación al ser presentada a los comités gerenciales sorprenderán por sus cifras y proyecciones y esta alarma será la impulsora hacia procesos de cambio en una nueva orientación hacia el servicio al cliente.

---

<sup>17</sup> Luengas S. Seguridad del paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático en los riesgos para la atención en salud. Documentos de trabajo de la fundación corona. Bogotá: Fundación corona – Centro de gestión hospitalaria; 2009.

## 5.2 MARCO CONCEPTUAL

- *Atención segura*: Intervención asistencial que incorpora la mejor evidencia disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de eliminar lesiones accidentales.<sup>17</sup>
- *Ayudas diagnósticas*: Son todos aquellos procedimientos que aumentan el caudal de datos clínicos para orientar, confirmar o negar el diagnóstico sobre criterios más precisos de certeza. Como ayuda diagnóstica se puede utilizar el test o prueba, y otros exámenes paraclínicos de base química, bacteriológica, electrónica, radiológica y pruebas funcionales.<sup>18</sup>
- *Costo directo*: En el pasado se han utilizado estos términos para denotar los recursos consumidos (costos) o ahorrados (beneficios) por un programa comparados con otro alternativo pudieran ser la ausencia de programa. Suelen ser los recursos del sector sanitario, pero igualmente podrían incluir gastos de bolsillo de los pacientes, así como recursos de otras instituciones públicas y voluntarios. El uso de los términos no es, sin embargo, siempre igual en los diversos estudios, lo que en ocasiones causa confusión.<sup>19</sup>
- *Costo asistencial de la no calidad*: Es conocido también como el "precio del incumplimiento" o el costo de hacer las cosas mal o incorrectamente. Se le define como aquellas erogaciones producidas por ineficiencias o incumplimientos, las cuales son evitables, como por ejemplo: reprocesos, desperdicios, devoluciones, reparaciones, reemplazos, gastos por atención a quejas y exigencias de cumplimiento de garantías, entre otros. Por otra parte, otros incluyen a ambos bajo el concepto de costo de calidad.<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> Luengas S. Seguridad del paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático en los riesgos para la atención en salud. Documentos de trabajo de la fundación corona. Bogotá: Fundación corona – Centro de gestión hospitalaria; 2009.

<sup>18</sup> Colimon KM. Fundamentos de la epidemiología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A; 1990.

<sup>19</sup> Gálvez AM. Guía metodológica para la evaluación económica en salud: Cuba, 2003. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2004; 30 (1).

<sup>20</sup> Gálvez AM, García A, Hernández H, Pérez C. Costos de la no calidad. Sus implicaciones para el sistema de Nacional de Salud. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2010.

- *Costo indirecto*: En el pasado se han utilizado estos términos para denotar el tiempo de los pacientes (o sus familiares) consumidos o liberados por un programa. En lo fundamental, el tema se ha centrado en el tiempo de trabajo, y los costos y beneficios indirectos se han vuelto sinónimos de ganancias y pérdidas de productividad. El término ha causado confusión muchas veces y los contables lo usan para denotar los gastos generales o estructurales.<sup>20</sup>
- *Costo fijo*: Costos asociados a la producción de bienes y servicios que son independientes del nivel de actividad. Son aquellos costos que no varían con el nivel o el monto alcanzado por la producción o el servicio.<sup>20</sup>
- *Costo variable*: Costo que varía con la cantidad de producto obtenido o con el nivel de actividad de un proceso. Depreciación: La disminución en el valor de un bien; en particular, la cantidad de disminución del valor de los bienes capitales a medida que son utilizados y envejecen.<sup>20</sup>
- *Difusión*: Publicación, promoción y distribución para la libre disposición del modelo para quien lo desee utilizar.<sup>21</sup>
- *Evento adverso*: Es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base.<sup>22,23</sup>
- *Evento adverso no evitable*: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre cuando, por ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.<sup>22,23</sup>

---

<sup>21</sup> Gálvez AM. Guía metodológica para la evaluación económica en salud: Cuba, 2003. Rev Cubana Salud Pública [online]. 2004; 30 (1).

<sup>22</sup> Luengas S. Seguridad del paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático en los riesgos para la atención en salud. Documentos de trabajo de la fundación corona. Bogotá: Fundación corona – Centro de gestión hospitalaria; 2009.

<sup>23</sup> Luengas S. Seguridad del paciente: Conceptos y análisis de eventos adversos. Vía SALUD. 2009; 48: 6 – 21.

- *Evento adverso evitable*: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.<sup>22,23</sup>
- *Error*: Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por omisiones o acciones, conscientes o inconscientes.<sup>22,23</sup>
- *Hotelería hospitalaria*: Todos aquellos aspectos no médicos que brindan al paciente la comodidad y confort durante el tiempo que permanece en el hospital. Comprende área como: Alojamiento, dietética y alimentación, lavandería, seguridad y mantenimiento.<sup>24</sup>
- *Margen de contribución*: Ingresos menos costos variables.<sup>25</sup>
- *Medicamentos y dispositivos*: Un medicamento es cualquier sustancia química para uso en el diagnóstico médico, cura, tratamiento o prevención de la enfermedad. Un dispositivo médico es un instrumento, aparato, implante, reactivo in vitro, o artículo similar o relacionado que se utiliza para diagnosticar, prevenir o tratar la enfermedad u otras condiciones.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> Luengas S. Seguridad del paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático en los riesgos para la atención en salud. Documentos de trabajo de la fundación corona. Bogotá: Fundación corona – Centro de gestión hospitalaria; 2009.

<sup>23</sup> Luengas S. Seguridad del paciente: Conceptos y análisis de eventos adversos. Vía SALUD. 2009; 48: 6 – 21.

<sup>24</sup> Bartlett KM. Análisis de las prácticas hoteleras que se utilizan en hospitales privados con más de 60 camas localizados en la ciudad de Guatemala. (Tesis licenciatura). Guatemala: Universidad Francisco Marroquín; 1997.

<sup>25</sup> Celeya R, López ME. ¿Cómo determinar su riesgo empresarial?. Revista escuela de administración de negocios. 2004; 52, 69 – 75.

<sup>26</sup> US Federal Food, Drug, and Cosmetic Act, SEC. 210. Accessed 17 August 2008.

- *Procedimiento*: Una actividad dirigida a realizarse en un individuo con el objetivo de mejorar su salud, tratar la enfermedad o lesión, o para hacer un diagnóstico.<sup>27</sup> Los procedimientos a los que se referirá este proyecto de grado son derivados de los eventos adversos.
- *Recurso humano asistencial*: Personal encargado de realizar los diferentes procedimientos al paciente, para su recuperación; como médico general, médico especialista clínico, enfermera o auxiliar de enfermería.<sup>28</sup>
- *Rentabilidad*: Toda empresa tiene un capital y unas utilidades. Si dividimos las utilidades entre el capital, obtenemos la rentabilidad de la inversión.<sup>29</sup>
- *Seguridad*: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, modelos y metodologías basadas en la evidencia científicamente probada que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (Decreto 1011/06). Es la ausencia de daño accidental (OMS).<sup>30</sup>
- *Seguridad del Paciente*: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, modelos 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. Conjunto de medidas que se ponen en práctica para eliminar o reducir al mínimo posible, los eventos adversos en la atención de salud. Ello incluye desde el mejoramiento de acciones cotidianas como los cuidados de enfermería, el lavado de manos, todos los procedimientos médicos y de enfermería, hasta la investigación de eventos adversos para encontrarles solución y difundir resultados.<sup>30</sup>

<sup>27</sup> International Dictionary of Medicine and Biology, Page 2297.

<sup>28</sup> Restrepo N, Amaya CA, Velasco N. Planeación del personal para las diversas áreas que componen un centro médico: Un caso de aplicación. Universidad de los Andes. 2008.

<sup>29</sup> Bartlett KM. Análisis de las prácticas hoteleras que se utilizan en hospitales privados con más de 60 camas localizados en la ciudad de Guatemala. (Tesis licenciatura). Guatemala: Universidad Francisco Marroquín; 1997.

<sup>30</sup> Luengas S. Seguridad del paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático en los riesgos para la atención en salud. Documentos de trabajo de la fundación corona. Bogotá: Fundación corona – Centro de gestión hospitalaria; 2009.



### 5.3 MARCO TEÓRICO

El actual movimiento mundial de seguridad del paciente alcanzó relevancia cuando en 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe "Error es humano".<sup>31,32</sup>

El tema es actualmente promovido en la mayoría de los países del mundo por gobiernos, asociaciones médicas y organizaciones relacionadas con los procesos de salud, incluida la Organización Mundial de la Salud, quien desde el año 2004 creó la "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente".<sup>31</sup>

Luego se publicó el informe europeo "Una Organización con Memoria" y le han seguido múltiples publicaciones y planes de acción nacionales e institucionales en especial en hospitales pero también en todo tipo de instituciones prestadoras de servicios de salud.

En América Latina el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente fue el denominado "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" en Colombia promulgado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia en junio de 2008 seguido en el 2009 de la una Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud".<sup>33,34</sup>

---

<sup>31</sup> Ceriani JM. La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". Archivos Argentinos de Pediatría. 2009; 107 (5), 1 – 2.

<sup>32</sup> Kohn LT. To Err is Human: Building a Safer Health System Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. National Academies Press. 2000.

<sup>33</sup> Ministerio de la Protección Social. "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente". Bogotá. 2008.

<sup>34</sup> Ministerio de la Protección Social. Guía técnica "Buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Bogotá. 2009.

## **5.4 MARCO INSTITUCIONAL**

El proyecto de crear la Clínica Comfamiliar nació en 1992, inicialmente se enfocó hacia la población materno – infantil, la cual representaba un alto porcentaje de los afiliados. Para el 31 de julio de 1997 se inauguró y posteriormente, se amplió la cobertura a la población general, convirtiéndose de esta manera, en un centro de referencia regional con servicios de nivel de alta complejidad.

Debido al desarrollo de la ciudad y el crecimiento de la demanda de sus servicios, se realizó una ampliación de infraestructura con el propósito de mejorar la eficiencia y tener mayor capacidad de atención.

Actualmente la Clínica Comfamiliar tiene certificación NTC ISO 9001 versión 2000 en sus procesos, evidenciándose mejoramiento continuo en el servicio para cumplir de esta manera con la responsabilidad de brindar bienestar a la comunidad.

El área de hospitalización de la Clínica Comfamiliar cuenta con un completo servicio de habitaciones individuales y compartidas, dotadas para la atención del paciente y su recuperación.<sup>35</sup>

## **5.5 MARCO BIOÉTICO**

Esta investigación se considera según la resolución 8430 de 1993, una investigación sin riesgo, debido a que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales en ningún individuo. Por tanto, no se requiere ningún consentimiento informado, pero sí de uno institucional.

## **5.6 MARCO AMBIENTAL**

Para contribuir con el medio ambiente, nos comprometemos a realizar y dejar toda la información de este proyecto en forma de medio magnético.

---

<sup>35</sup> Comfamiliar Risaralda – Clínica Comfamiliar [Internet]. Pereira: Hospitalización adultos; 2013 [consulta el 11 de Junio de 2013]. Disponible a: <https://www.comfamiliar.com/clinica-comfamiliar/hospitalizacion.html>

## **6 METODOLOGÍA**

### **6.1 TIPO DE PROYECTO Y ESTUDIO**

El presente trabajo de investigación es un estudio observacional descriptivo y analítico, ya que se estudiará cómo se distribuyen los valores (Frecuencias, números, cifras, etc) de las diferentes las variables de estudio.

### **6.2 PERIODO Y LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN**

La población está constituida por todos los eventos adversos, ocurridos a pacientes que ingresaron a el área de hospitalización, y que tuvieron lugar durante y antes del egreso de cada paciente, de dicha área en la IPS Comfamiliar Risaralda, ocurridos entre el primero (1) de enero de dos mil doce (2012) y el treinta y uno (31) de diciembre del mismo año.

### **6.3 UNIVERSO Y UNIDAD DE ANALISIS**

La unidad de análisis son los ciento diez (110) eventos adversos ocurridos durante el dos mil doce (2012) en el área de hospitalización de la IPS.

### **6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Los criterios de inclusión son:

1. Todos los eventos adversos, que se encuentran reportados en el formato oficial para dicho fin, de la institución.
2. Todos los eventos adversos encontrados y reportados por el grupo de auditoria médica, en el informe oficial, durante la revisión de historias clínicas, RIPS y facturación.
3. Todos los reportes de eventos adversos con soporte, que demuestren la integridad de los datos para su procesamiento.

Los criterios de exclusión son:

1. Todos los eventos adversos que habiendo sido reportados, y que habiendo buscado en todas las fuentes de datos institucionales, estén incompletos.

## **6.5 VARIABLES**

Para alcanzar los objetivos específicos de este trabajo de grado, la IPS entregó una base de datos llamada “Eventos 2012 Comfamiliar” en Excel, en donde se suministraron los siguientes datos:

1. Tipo de evento.
2. Fecha de reporte.
3. Mes.
4. Clase de evento.
5. Ampliación descripción del evento.
6. Servicio comprometido.
7. Especialidad.
8. Nombre.
9. Apellido.
10. Sexo.
11. Edad.
12. EPS.
13. Cantidad.
14. Tipo de documento.
15. No. de documento.
16. Diagnóstico.
17. Procedimiento.
18. Clase de cirugía.
19. Descripción de lo ocurrido.
20. Presentación.
21. Aplica.
22. Evitable.
23. Observaciones.
24. Reportado por.

Se utilizó la base de datos anterior, para recopilar y caracterizar los eventos adversos del área de hospitalización, según el reporte oficial que es suministrado por la IPS durante el año dos mil doce (2012), y así se pudo materializar el objetivo específico número uno (1).

Posteriormente, se calcularon los costos asistenciales de la no calidad de los eventos adversos, según las siguientes categorías:

1. Por tipo de evento adverso.
2. Por EPS.
3. Por género
4. Por grupos etarios.
5. Por fechas.

Los datos en las categorías anteriores, fueron obtenidos como valores numéricos y se manejaron como unidades en pesos colombianos. Por último, se midieron los impactos económicos asistenciales generados por los eventos adversos que hayan cumplido con los criterios de inclusión.

## **6.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Se inició creando un documento en Excel titulado “Matriz cálculo de costo – EVENTOS ADVERSOS” en donde se copió la base de datos suministrada por la IPS Comfamiliar Risaralda, denominada “Eventos 2012 Comfamiliar” en Excel, se realizó la lectura de cada uno de los datos suministrados y se depuró la base de datos anterior. Se reorganizó en el nuevo documento de Excel, dejando y completando los siguientes datos:

1. Número de registro: Tomado como el número original de evento, extraído de la base de datos.
2. Tipo de evento: Se utilizaron todos los eventos de tipo: Evento adverso. Extraído de la base de datos.
3. Fecha de reporte: Tomado como la fecha del evento, expresada en día/mes/año y extraído de la base de datos.
4. Mes: Tomado como el mes de ocurrencia del evento dentro del año dos mil doce (2012), extraído de la base de datos.
5. Clase de evento: Tomado como la clase de evento, extraído de la base de datos.
6. Servicio comprometido: Tomado como los eventos ocurridos en hospitalización, extraído de la base de datos. Con la siguiente clasificación:
  - a. Hospitalización adulto.
  - b. Hospitalización pediatría.

7. Sexo: Tomado como masculino ó femenino y extraído de la base de datos.
8. Edad: Tomado como el número de años del paciente, extraído de la base de datos.
9. Tipo de documento: Tomado como el tipo de documento de identidad del paciente, extraído de la base de datos. Con la siguiente clasificación:
  - a. CC (Cédula de ciudadanía).
  - b. UN.
  - c. CE (Cédula de extranjería).
  - d. RC (Registro civil).
  - e. TI (Tarjeta de identidad).
10. Número de documento: Tomado como el número de documento de identidad del paciente, extraído de la base de datos.
11. Diagnóstico: Tomado como el diagnóstico dado al paciente y extraído de la base de datos.
12. Procedimiento: Tomado como el procedimiento realizado al paciente durante su estancia en hospitalización y extraído de la base de datos.
13. Descripción de lo ocurrido: Tomado como la descripción del evento adverso y extraído de la base de datos.
14. Presentación: Tomado como la presentación del evento adverso, extraído de la base de datos. Con la siguiente clasificación:
  - a. Temprana.
  - b. Tardía.
15. Evitable: Tomado como si el evento adverso debía a no ser evitado, extraído de la base de datos.
16. Observaciones: Tomado como la observación o ampliación de la descripción del evento adverso y extraído de la base de datos.

Lo anterior puede ser observado en el capítulo trece (13) anexos, como imagen número uno (1).

Posteriormente se adicionaron las siguientes columnas con el fin de hacer seguimiento del trabajo realizado:

1. Generación de costo: Elaborada para poner la palabra “Si”, si al leer el evento adverso se consideró que debía generar costo o poner la palabra “No”, si se consideraba que no generaba ningún tipo de costo asistencial.
2. Requiere ampliar información: Elaborada para poner la palabra “Si”, si al leer en detalle el evento adverso, se necesitaba ampliar la información y

continuar construyendo la matriz. O poner la palabra “No”, si se consideraba que no generaba ningún tipo de costo asistencial.

3. Matriz realizada: Elaborada para colocar la palabra “Si”, si se realizó la matriz, las palabras “No requiere” si el evento adverso no requería realizar matriz, o la palabra “No” si no se ha realizado la matriz del evento adverso.

Lo anterior puede ser observado en el capítulo trece (13) anexos, como imagen número dos (2).

Se agregó también la columna EPS, así:

1. EPS: Tomado como la entidad prestadora de servicios de salud del paciente, extraído de los estados de cuenta, que fueron suministrados vía correo electrónico, por la IPS Comfamiliar Risaralda, de cada uno de los pacientes que presentaron eventos adversos.

Lo anterior puede ser observado en el capítulo doce trece (13), como imagen número tres (3).

Con esta primera gran y valiosa información, se procedió a generar en otra pestaña de Excel, la matriz que se utilizó para discriminar diferentes aspectos en cada uno de los eventos adversos, según las siguientes categorías:

1. Recurso humano asistencial.
2. Procedimiento.
3. Medicamentos y dispositivos.
4. Ayudas diagnósticas.
5. Hotelería hospitalaria.

Lo anterior puede ser observado en el capítulo trece (13) anexos, como imagen número cuatro (4).

La IPS Comfamiliar suministró también vía correo electrónico la facturación de cada uno de los 110 pacientes, es decir, la descripción de cada uno de los elementos facturados a la EPS correspondiente a cada uno de los eventos adversos reportados.

Lo anterior puede ser observado en el capítulo trece (13) anexos, como imagen número cinco (5).

En el documento de Excel titulado “Matriz cálculo de costo – EVENTOS ADVERSOS”, para recopilar y caracterizar los eventos del área de hospitalización, según el reporte oficial que es suministrado por la IPS durante el año dos mil doce (2012), se crean nuevas hojas “Pestañas” con las siguientes catorce (14) categorías:

1. Caídas.
2. Desalojo.
3. Error en la administración de medicamentos.
4. Falta de insumos y medicamentos.
5. Falta de oportunidad en ayuda diagnóstica.
6. Falta de oportunidad en cirugía.
7. Fuga del paciente.
8. Medicamentosa.
9. Otra asociada al cuidado de enfermería.
10. Otra asociada al cuidado médico.
11. Quirúrgica.
12. Tecnológica.
13. Transfusional.
14. Úlcera por presión.

Con lo anterior, se inició el proceso de tomar cada uno de los eventos adversos, leerlos nuevamente e ir diligenciando la matriz con el costo asistencial, según el caso, con cada uno de los elementos encontrados, en cada una de las facturas de los ciento diez (110) pacientes.

Lo anterior puede ser observado en el capítulo trece (13) anexos, como imagen número seis (6).

Al finalizar el ejercicio, se notó que los costos asistenciales obtenidos, fueron dados como el costo que se les fue facturado a las diferentes EPS de cada uno de los pacientes, por tanto, se solicitan a la IPS Comfamiliar Risaralda que suministre los costos de cada uno de los elementos utilizados en los eventos adversos del año dos mil doce (2012), la cual, lo hace a partir de dos documentos en Excel llamados “BDACTIVIDADESCLI” y “Medicamentos y Material Medico” y los envía vía correo electrónico.



Lo anterior puede ser observado en el capítulo trece (13) anexos, como imagen número siete y ocho (7 y 8) respectivamente.

A partir de las bases de datos denominadas “Eventos 2012 Comfamiliar”, “Matriz cálculo de costo – EVENTOS ADVERSOS”, “BDACTIVIDADESCLI” y “Medicamentos y Material Medico” en Excel, se procedió a desarrollar un software en Access, que creó tablas y donde se pudo realizar consultas de cada uno de los eventos adversos y generar informes pertinentes con el fin de que este entregara la información y se diera resolución al segundo objetivo específico del trabajo de grado.

Lo anterior puede ser observado en el capítulo trece (13) anexos, como imagen número nueve, diez y once (9, 10 y 11) respectivamente.

## **6.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Este proyecto de investigación se realizó en horario de oficina y en días hábiles, la recolección de la información se realizó por dos (2) personas profesionales y durante los meses de Noviembre y Diciembre de dos mil doce (2012) y Enero, Febrero y Marzo de dos mil trece (2013).

Las bases de datos utilizadas manejaron en Excel dos mil diez (2010) para depurar, tabular y clasificar los datos. Luego estos mismos se procesaron en Access dos mil diez (2010).

Se utilizó un computador portátil con procesador Intel Core i cinco (5), con ambiente Windows siete (7) Home Premium.

## **6.8 ASPECTOS ÉTICOS**

El control de calidad se realizó inmediatamente después de recibir la base de datos, suministrada por el área de calidad de la IPS.

Debido a que esta investigación se considera según la resolución ocho mil cuatrocientos treinta (8430) de mil novecientos noventa y tres (1993), una

investigación con riesgo mínimo, no se requirió consentimiento informado de los sujetos, pero sí, consentimiento institucional. Por tanto, toda la información de este proyecto solo tienen acceso los dos (2) investigadores; se ha mantenido en secreto y almacenada bajo medidas de seguridad en USB respetando la confidencialidad y protegida con contraseña, y al mismo tiempo, para contribuir con el medio ambiente.

## 7 RESULTADOS

Una vez analizada la información suministrada por la Clínica Comfamiliar Risaralda, se presentan a continuación los siguientes resultados:

### 7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE TIENEN DEFINIDOS EN LA IPS COMFAMILIAR RISARALDA

A continuación se relacionan los eventos adversos que se utilizan en el área de hospitalización de la Clínica Comfamiliar Risaralda

1. Caídas.
2. Desalojo.
3. Error en la administración de medicamentos.
4. Falta de insumos y medicamentos.
5. Falta de oportunidad en ayuda diagnóstica.
6. Falta de oportunidad en cirugía.
7. Fuga del paciente.
8. Medicamentosa.
9. Otra asociada al cuidado de enfermería.
10. Otra asociada al cuidado médico.
11. Quirúrgica.
12. Tecnológica.
13. Transfusional.
14. Úlcera por presión.

**Tabla 1.** Indicadores de eventos adversos.

| <i>NOMBRE</i>                                     | <i>CANTIDAD</i> |
|---|-----------------|
| Total casos reportados                            | 110             |
| total casos excluidos                             | 10              |
| Total incluidos en el estudio                     | 100             |
| Total de eventos adversos con generación de costo | 48              |

En la tabla anterior, se presentan los datos de las cantidades de eventos adversos reportados durante todo el periodo de dos mil doce (2012), de los cuales se excluyeron aquellos que no cumplen con los criterios de inclusión, quedando sólo 100 eventos adversos, de los cuales 48 generaron un costo asistencial para la institución.

## 7.2 CÁLCULO DE LOS COSTOS ASISTENCIALES POR TIPO DE EVENTO ADVERSO, POR EPS, POR GÉNERO, POR GRUPOS ETARIOS Y POR MESES

### 7.2.1 Costos por tipo de evento Adverso:

**Tabla 2.** Costo de los eventos adversos hospitalarios por EPS

| <i>EPS</i>                       | <i>COSTO ANUAL</i> |
|----------------------------------|--------------------|
| ASMET SALUD                      | \$ 24,990,000.00   |
| ASOBARRIOS UNIDOS DE QUIBDO      | \$ 2,093,203.00    |
| CAFÉ SALUD                       | \$ 24,640.00       |
| COLSANITAS BANCO DE LA REPUBLICA | \$ 10,584.00       |
| COMFANDI CARTAGO                 | \$ 324,800.00      |
| COOMEVA                          | \$ 15,858,550.00   |
| COSMITET MAGISTERIO              | \$ 1,676,756.00    |
| MEDISANITAS S.A                  | \$ 366,273.00      |
| NUEVA EPS                        | \$ 31,501,426.00   |
| POLICIA NACIONAL                 | \$ 50,410.00       |
| S.O.S                            | \$ 6,765,721.00    |
| SURAMERICANA                     | \$ 48,624.00       |
| PARTICULAR                       | \$ 1,026,376.00    |
| TOTAL POR EPS                    | \$ 84,737,363.00   |

Como se puede observar, los afiliados a la Nueva EPS son los pacientes que más costos generaron en el dos mil doce (2012) con treinta y un millones quinientos un mil cuatrocientos veintiséis pesos (31'501.426), seguidos de Asmet Salud con veinticuatro millones novecientos noventa mil pesos (24'990.000), y Coomeva con quince millones ochocientos cincuenta y ocho mil quinientos cincuenta pesos (15'858.550); en general, el total de los eventos adversos para el año dos mil doce (2012) fue de ochocientos cuatro millones setecientos treinta y siete mil trescientos sesenta y tres pesos (84.737.363) aproximadamente.

### 7.2.2 Costo total por clase de evento adverso:

**Tabla 3.** Costo total por clase de eventos adversos hospitalarios.

| <i><b>EVENTO</b></i>                        | <i><b>CANTIDAD</b></i> | <i><b>TOTAL \$</b></i>  | <i><b>%</b></i> |
|---|------------------------|-------------------------|-----------------|
| Otras asociadas al cuidado Médico           | 3                      | \$ 41,316,351.00        | 49%             |
| Otras asociadas al cuidado de enfermería    | 13                     | \$ 30,589,038.00        | 36%             |
| Desalojos                                   | 8                      | \$ 5,149,330.00         | 6%              |
| Quirúrgica                                  | 2                      | \$ 3,552,587.00         | 4%              |
| Medicamentosa                               | 9                      | \$ 2,722,580.00         | 3%              |
| Úlcera por presión                          | 3                      | \$ 658,960.00           | 1%              |
| Falta de oportunidad en cirugía             | 2                      | \$ 299,152.00           | 0%              |
| Caídas                                      | 3                      | \$ 271,964.00           | 0%              |
| Falta de oportunidad en ayudas diagnósticas | 2                      | \$ 251,380.00           | 0%              |
| Tecnológica                                 | 3                      | \$ 250,821.00           | 0%              |
| Error en la administración de medicamentos  | 0                      | \$ -                    | 0%              |
| Falta de insumos o medicamentos             | 0                      | \$ -                    | 0%              |
| Transfusional                               | 0                      | \$ -                    | 0%              |
| <b>TOTAL AÑO 2012</b>                       | <b>48</b>              | <b>\$ 85,062,163.00</b> | <b>100%</b>     |

En esta tabla se puede apreciar claramente, que los eventos más representativos para la clínica en el año dos mil doce (2012), fueron en primer lugar los eventos asociados al cuidado médico con un cuarenta y nueve por ciento (49%), seguida de otras asociadas al cuidado de enfermería con el treinta y seis por ciento (36%) y desalojos con el seis por ciento (6%).

### 7.2.3 Costos de los eventos adversos por género:

**Tabla 4.** Cantidad por género y EPS.

| <i>EPS</i>                       | <i>MASCULINO</i> | <i>FEMENINO</i> | <i>TOTAL</i> |
|----------------------------------|------------------|-----------------|--------------|
| NUEVA EPS                        | 2                | 12              | 14           |
| ASMET SALUD                      | 1                | 1               | 2            |
| COOMEVA                          | 2                | 1               | 3            |
| S.O.S                            | 8                | 9               | 17           |
| ASOBARRIOS UNIDOS DE QUIBDO      | 1                | 0               | 1            |
| COSMITET MAGISTERIO              | 1                | 1               | 2            |
| PARTICULAR                       | 0                | 1               | 1            |
| MEDISANITAS S.A                  | 1                | 0               | 1            |
| COMFANDI CARTAGO                 | 2                | 0               | 2            |
| POLICIA NACIONAL                 | 0                | 1               | 1            |
| SURAMERICANA                     | 0                | 1               | 1            |
| CAFÉ SALUD                       | 2                | 0               | 2            |
| COLSANITAS BANCO DE LA REPUBLICA | 1                | 0               | 1            |
| <i>TOTAL POR EPS</i>             | <i>21</i>        | <i>27</i>       | <i>48</i>    |

De la anterior tabla se deduce que del total de los eventos adversos, la población femenina es la que más frecuencia tiene con un cincuenta y seis por ciento (56%) respecto a la masculina con el cuarenta y cuatro por ciento (44%).

### 7.2.4 Distribución de los eventos adversos por grupos etarios:

**Tabla 5.** Eventos adversos por edades.

| <i>EDAD</i>  | <i>CANTIDAD</i> |
|--------------|-----------------|
| < DE 1 AÑO   | 6               |
| 1 A 14 AÑOS  | 14              |
| 15 A 34 AÑOS | 4               |
| 35 A 64 AÑOS | 12              |
| > 64 AÑOS    | 17              |
| TOTAL        | 53              |

Se puede apreciar en la tabla que los eventos adversos son más frecuentes en personas mayores de sesenta y cuatro (64) años, seguidas de personas entre uno (1) y catorce (14) años, después por los menores de un (1) año, y los que menos eventos adversos presentan son las personas que están entre quince (15) y treinta y cuatro (34) años.

### 7.2.5 Costos de los eventos adversos hospitalarios por fecha:

**Tabla 6.** Eventos adversos hospitalarios por mes de ocurrencia.

| <i>MES</i> | <i>COSTO</i>     |
|------------|------------------|
| ENERO      | \$ 336,000.00    |
| FEBRERO    | \$ -             |
| MARZO      | \$ 2,587,535.00  |
| ABRIL      | \$ 1,563,102.00  |
| MAYO       | \$ 13,939,156.00 |
| JUNIO      | \$ -             |
| JULIO      | \$ 27,881,936.00 |
| AGOSTO     | \$ 3,883,159.00  |
| SEPTIEMBRE | \$ 132,944.00    |
| OCTUBRE    | \$ 28,791,961.00 |
| NOVIEMBRE  | \$ 4,370,399.00  |
| DICIEMBRE  | \$ 1,419,171.00  |
| TOTAL      | \$ 84,569,363.00 |

De la tabla anterior, se puede concluir que los meses con mayor costo asistencial de eventos adversos fueron Octubre, Julio y Mayo.

### 7.3 MEDICIÓN DEL EFECTO QUE TIENEN LOS EVENTOS ADVERSOS ASISTENCIALES GENERADOS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN, SOBRE LOS COSTOS OPERACIONALES DE LA IPS

**Tabla 7.** Relación de costos totales vs. costos hospitalarios.

| <i>DESCRIPCIÓN</i>  | <i>COSTO</i>        |
|---|---------------------|
| Total costos hospitalización                                      | \$ 9,156,131,835.00 |
| Total costos eventos adversos                                     | \$ 84,737,363.00    |
| % de los costos de eventos adversos / costo total hospitalización | 0.93%               |
| Costo Promedio de un evento adverso                               | \$ 1,765,361.73     |

En el tabla anterior se puede observar que el costo total del servicio de hospitalización en la clínica Comfamiliar Risaralda para el año dos mil doce (2012) fue de nueve mil millones ciento cincuenta y seis mil millones ciento y treinta y un mil ochocientos treinta y cinco pesos (9.156´131.835) que comparado con los costos asistenciales de los eventos adversos allí ocurridos en el mismo periodo de tiempo, representan el cero punto noventa y tres por ciento (0.93%). Lo que indican que porcentualmente sería representativo. También se puede observar que el costo promedio de un evento adverso es de un millón setecientos sesenta y cinco mil trescientos sesenta y un pesos (1´765.361).



## 8 CONCLUSIONES

- Para el área de hospitalización de la IPS Comfamiliar Risaralda se han identificado catorce (14) tipos de eventos adversos, de los cuales los más representativos según el costo asistencial son en su orden: Eventos adversos asociados al cuidado del médico, eventos adversos asociados al cuidado de enfermería, y eventos adversos tipo desalojo. Los anteriores, representan el noventa y uno por ciento (91%) de los costos asistenciales de los eventos adversos ocurridos durante el año dos mil doce (2012).
- De la totalidad de los eventos adversos, la población femenina fue la más afectada respecto a la población masculina en una relación porcentual del cincuenta y seis por ciento (56%), frente al cuarenta y cuatro por ciento (44%) respectivamente, siendo la “Nueva EPS” la que mayor número de eventos adversos presenta, seguidos de la “S.O.S”.
- Los eventos adversos ocurridos en el año dos mil doce (2012) representan menos del uno por ciento (1%) de los costos totales del área de hospitalización de la IPS Comfamiliar Risaralda. Sin embargo, el costo asistencial promedio de un evento adverso, puede costar aproximadamente un millón setecientos mil pesos (\$1.700.000). En este año los costos asistenciales fueron ochenta y cinco millones sesenta y dos mil ciento sesenta y tres pesos (\$85´062.163).
- Los eventos adversos que no se tuvieron en cuenta, debido a que no generaban costo directo; sería importante revisarlos desde el punto de vista asistencial, con el fin de observar su causa y su consecuencia.
- Se diseñó e implementó una base de datos en Access dos mil diez (2010), para la IPS Comfamiliar Risaralda, quedando como insumo para el registro de los eventos adversos de la institución.

## 9 RECOMENDACIONES

- La IPS Comfamiliar Risaralda debería implementar por parte del equipo del área de calidad, estrategias para analizar los eventos adversos más representativos, buscando una solución que conlleve a la disminución de los eventos adversos que se presentan.
- Se puede también implementar una metodología para el manejo, registro diario y control de los eventos adversos, integrando un software de fácil manejo para el personal asistencial responsable, acompañado de una buena capacitación por parte del equipo del área de calidad.
- Retroalimentar periódicamente al personal asistencial y administrativo responsable, sobre los eventos adversos ocurridos y el costo asistencial de los mismos, con el fin de que se analicen los protocolos, los procesos y los procedimientos para el cuidado del paciente.
- Implementar estrategias para reducir el número y costos de los eventos adversos en el área de hospitalización.
- El presente trabajo, deja las puertas abiertas para futuras investigaciones, con el fin de profundizar en cuanto a los costos indirectos de los eventos adversos y otros costos que se pueden generar a partir de estos, como demandas y el buen nombre de la institución.

## 10 BIBLIOGRAFIA

- Aguirre A. Acciones necesarias desde el prestador para hacer realidad el desafío de medir la calidad de la atención en salud mediante indicadores de resultado. *Vía SALUD*. 2012; 16 (1): 36 – 38.
- Bartlett KM. Análisis de las prácticas hoteleras que se utilizan en hospitales privados con más de 60 camas localizados en la ciudad de Guatemala. (Tesis licenciatura). Guatemala: Universidad Francisco Marroquín; 1997.
- Berwick DM, Nolan TM, Whittington J. The triple aim: care, health and cost. *Health Affairs*. 2008; 27 (3): 759 – 769.
- Castaño RA. Acciones necesarias para hacer realidad el desafío de medir la calidad de la atención en salud mediante indicadores de resultado. *Vía SALUD*. 2011; 57: 32 – 34.
- Celeya R, López ME. ¿Cómo determinar su riesgo empresarial?. *Revista escuela de administración de negocios*. 2004; 52, 69 – 75.
- Ceriani JM. La OMS y su iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2009; 107 (5), 1 – 2.
- Colimon KM. Fundamentos de la epidemiología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A; 1990.
- Comfamiliar Risaralda – Clínica Comfamiliar [Internet]. Pereira: Hospitalización adultos; 2013 [consulta el 11 de Junio de 2013]. Disponible a: <https://www.comfamiliar.com/clinica-comfamiliar/hospitalizacion.html>
- Comfamiliar Risaralda [Internet]. Pereira: Clínica Comfamiliar; 2013 [consulta el 11 de Junio de 2013]. Disponible a: <https://www.comfamiliar.com/clinica-comfamiliar/hospitalizacion.html>
- Escobar B, Lobo MM, Sala J. Calidad asistencial, seguridad del paciente e ineficiencia: Estudio de campo en un hospital de primer nivel. *Revista del instituto internacional de costos*. 2009. 5; 271 – 305.
- Gálvez AM, García A, Hernández H, Pérez C. Costos de la no calidad. Sus implicaciones para el sistema de Nacional de Salud. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2010.
- Gálvez AM. Guía metodológica para la evaluación económica en salud: Cuba, 2003. *Rev. Cubana Salud Pública* [online]. 2004; 30 (1).
- González P, Tovar JM. Trabajar con calidad y seguridad en una IPS según la Ley 550. *Vía SALUD*. 2009; 48: 24 – 29.
- International Dictionary of Medicine and Biology, Page 2297.
- Kohn LT. To Err is Human: Building a Safer Health System Institute of Medicine (U.S.). Committee on Quality of Health Care in America. National Academies Press. 2000.

- Luengas S. Seguridad del paciente: Conceptos y análisis de eventos adversos. *Vía SALUD*. 2009; 48: 6 – 21.
- Luengas S. Seguridad del paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático en los riesgos para la atención en salud. Documentos de trabajo de la fundación corona. Bogotá: Fundación corona – Centro de gestión hospitalaria; 2009.
- Ministerio de la Protección Social. "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente". Bogotá. 2008.
- Ministerio de la Protección Social. Guía técnica "Buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Bogotá. 2009.
- Ministerio de la protección social – Observatorio de calidad de la atención en salud Colombia [Internet]. Bogotá: Metodología de cálculo de costos de calidad y no calidad; 2006 [consulta el 15 de Enero de 2013]. Disponible a: <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%207/introduccion.html>
- Portocarrero J. Actividades y expectativas en materia de calidad de los servicios de salud en Colombia. *Vía SALUD*. 2009; 50: 4 – 10.
- Portocarrero J. Calidad en salud: ¿Hacia dónde vamos?. *Vía SALUD*. 2010; 53: 2 – 3.
- Restrepo N, Amaya CA, Velasco N. Planeación del personal para las diversas áreas que componen un centro médico: Un caso de aplicación. Universidad de los Andes. 2008.
- Seoane, JA. Una aproximación jurídica a la seguridad clínica. En: Lorenzo S, editor. Monografías humanitas. Seguridad Clínica. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2006. p. 161 - 79.
- US Federal Food, Drug, and Cosmetic Act, SEC. 210. Accessed 17 August 2008.

# 11 ANEXOS

**Imagen 1.** Documento en Excel titulado “Matriz cálculo de costo – EVENTOS ADVERSOS”, pestaña “EVENTOS”:

| NÚMERO DE REGISTRO | TIPO DE EVENTO | FECHA DE REPORTE | MES     | CLASE DE EVENTO  | SERVICIO COMPROMETIDO | SEXO      | EDAD | TIPO DE DOCUMENTO | No. DE DOCUMENTO | DIAGNÓSTICO                      | PROCEDIMIENTO                 | DESCRIPCIÓN DE LO OCURRIDO  | PRESENTACIÓN | EVITABLE | OBSERVACIONES  |
|--------------------|----------------|------------------|---------|--|-----------------------|-----------|------|-------------------|------------------|----------------------------------|-------------------------------|---|--------------|----------|--|
| 26                 | EVENTO ADVERSO | 31/01/2012       | ENERO   | DESALOJO   | H ADULTOS             | FEMENINO  | 71   | CC                | 2494442          | TUMOR MALIGNO DEL COLON SIGMOIDE | PROCTOSIGMOIDECTOMIA          | PACIENTE CON CATETER CENTRAL QUE PASA AL BAÑO, SE ATIENDE LLAMADO EN CUANTO APOSE COM SE TRANSUNCIONES UNIDADES DE PLAJUETAS, FALTANDOLE POR PASAR              | TARDIA       | SI       | Edad 71 años. Protocolo de eventos por laparoscopia. Accidentalmente ella misma se retira a cafetería. Se inicia un caso. Edad 23 años. Síndrome mielodisplásico. Durante transición de plaquetas presenta                       |
| 43                 | EVENTO ADVERSO | 12/02/2012       | FEBRERO | TRASFUSIONAL   | H ADULTOS             | MASCULINO | 23   | CC                | 102228396        | SINDROME MIELODISPLÁSICO         | TRATAMIENTO MEDICO            | SE TRANSUNCIONES UNIDADES DE PLAJUETAS, FALTANDOLE POR PASAR  | NO           | NO       | Edad 73 años. Linfoma Hodgkin. Tratamiento con rituximab IV. Se presenta extravasación en vena periférica sin consecuencias. Se cambia a colostoma canalizada a bolsa de colostoma. Presenta febrilis en sitio de punción en MSD |
| 48                 | EVENTO ADVERSO | 15/02/2012       | FEBRERO | ERROR EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO OTRA ASOCIADA AL CUIDADO | H ADULTOS             | FEMENINO  | 73   | CC                | 2461355          | LINFOMA NO HODKING               | TRATAMIENTO MEDICO            | DURANTE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO RITUXIMAB POR VENA PERIFERICA EN DORSO DE MANO EN SITIO DE PUNCIÓN EN CARA DE ANTEBRAZO DERECHO. PACIENTE CON ESTANCIA | TEMPRANA     | SI       | Edad 61 años. Fimla enterococina canalizada a bolsa de colostoma. Presenta febrilis en sitio de punción en MSD   |
| 50                 | EVENTO ADVERSO | 17/02/2012       | FEBRERO | OTRA ASOCIADA AL CUIDADO   | H ADULTOS             | FEMENINO  | 81   | CC                | 24904567         | FISTULA DEL INTESTINO            | TRATAMIENTO MEDICO ENDOSCOPIA | PACIENTE CON ESTANCIA   | TARDIA       | SI       | Edad 8 años. Apendicitoma. Manejo antibiótico con metronidazol que produce coléica, mareos. Se suspende y se cambia por clindamicina   |
| 51                 | EVENTO ADVERSO | 17/02/2012       | FEBRERO | MEDICAMENTOSA  | H PEDIATRIA           | FEMENINO  | 8    | RC                | 35093118         | APENDICITIS AGUDA                | APENDICECTOMIA                | NIÑA HOSPITALIZADA POR APENDICECTOMIA SURPATIVIA CON METRONIDAZOL 100 MG/500 MG, QUE PRESENTA   | TARDIA       | NO       | Edad 1 año. Coartación de la aorta. Plemisión a Cal pero la familia se fuga con el niño antes de ser trasladado  |
| 56                 | EVENTO ADVERSO | 24/02/2012       | FEBRERO | FUGA DEL PACIENTE  | H PEDIATRIA           | MASCULINO | 5    | RC                | 1095724242       | COARTACION DE LA AORTA           | TRATAMIENTO MEDICO            | NO CONTROLADO DE MANEJO MEDICO INSTITUCIONAL POR EGRESO SIN AUTORIZACION MEDICA. NIÑO HOSPITALIZADO DESDE EL 19/02/2012 POR NEUMONIA AGUDA SE LE                | TARDIA       | SI       | Edad 4 años. Craniotomía 4 días antes en Bogotá. Presenta edema del prepucio y raíz de material purulento, además  |
| 62                 | EVENTO ADVERSO | 03/03/2012       | MARZO   | MEDICAMENTOSA  | H ADULTOS             | MASCULINO | 4    | RC                | 1014863124       | BALANOPSTITIS                    | TRATAMIENTO MEDICO            | PACIENTE EN TRATAMIENTO CON CEFAZOLINA 1 GR, 500 MG C/6 HORAS DESDE EL  | TARDIA       | SI       |  |

**Imagen 2.** Documento en Excel titulado “Matriz cálculo de costo – EVENTOS ADVERSOS”, pestaña “EVENTOS”:

| NÚMERO DE REGISTRO | TIPO DE EVENTO | FECHA DE REPORTE | MES     | CLASE DE EVENTO  | SERVICIO COMPROMETIDO | SEXO      | EDAD | TIPO DE DOCUMENTO | No. DE DOCUMENTO | DIAGNÓSTICO                      | PROCEDIMIENTO                 | DESCRIPCIÓN DE LO OCURRIDO  | PRESENTACIÓN | EVITABLE | OBSERVACIONES  |
|--------------------|----------------|------------------|---------|--|-----------------------|-----------|------|-------------------|------------------|----------------------------------|-------------------------------|---|--------------|----------|--|
| 26                 | EVENTO ADVERSO | 31/01/2012       | ENERO   | DESALOJO   | H ADULTOS             | FEMENINO  | 71   | CC                | 2494442          | TUMOR MALIGNO DEL COLON SIGMOIDE | PROCTOSIGMOIDECTOMIA          | PACIENTE CON CATETER CENTRAL QUE PASA AL BAÑO, SE ATIENDE LLAMADO EN CUANTO APOSE COM SE TRANSUNCIONES UNIDADES DE PLAJUETAS, FALTANDOLE POR PASAR              | TARDIA       | SI       | Edad 71 años. Protocolo de eventos por laparoscopia. Accidentalmente ella misma se retira a cafetería. Se inicia un caso. Edad 23 años. Síndrome mielodisplásico. Durante transición de plaquetas presenta                       |
| 43                 | EVENTO ADVERSO | 12/02/2012       | FEBRERO | TRASFUSIONAL   | H ADULTOS             | MASCULINO | 23   | CC                | 102228396        | SINDROME MIELODISPLÁSICO         | TRATAMIENTO MEDICO            | SE TRANSUNCIONES UNIDADES DE PLAJUETAS, FALTANDOLE POR PASAR  | NO           | NO       | Edad 73 años. Linfoma Hodgkin. Tratamiento con rituximab IV. Se presenta extravasación en vena periférica sin consecuencias. Se cambia a colostoma canalizada a bolsa de colostoma. Presenta febrilis en sitio de punción en MSD |
| 48                 | EVENTO ADVERSO | 15/02/2012       | FEBRERO | ERROR EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO OTRA ASOCIADA AL CUIDADO | H ADULTOS             | FEMENINO  | 73   | CC                | 2461355          | LINFOMA NO HODKING               | TRATAMIENTO MEDICO            | DURANTE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO RITUXIMAB POR VENA PERIFERICA EN DORSO DE MANO EN SITIO DE PUNCIÓN EN CARA DE ANTEBRAZO DERECHO. PACIENTE CON ESTANCIA | TEMPRANA     | SI       | Edad 61 años. Fimla enterococina canalizada a bolsa de colostoma. Presenta febrilis en sitio de punción en MSD   |
| 50                 | EVENTO ADVERSO | 17/02/2012       | FEBRERO | OTRA ASOCIADA AL CUIDADO   | H ADULTOS             | FEMENINO  | 81   | CC                | 24904567         | FISTULA DEL INTESTINO            | TRATAMIENTO MEDICO ENDOSCOPIA | PACIENTE CON ESTANCIA   | TARDIA       | SI       | Edad 8 años. Apendicitoma. Manejo antibiótico con metronidazol que produce coléica, mareos. Se suspende y se cambia por clindamicina   |
| 51                 | EVENTO ADVERSO | 17/02/2012       | FEBRERO | MEDICAMENTOSA  | H PEDIATRIA           | FEMENINO  | 8    | RC                | 35093118         | APENDICITIS AGUDA                | APENDICECTOMIA                | NIÑA HOSPITALIZADA POR APENDICECTOMIA SURPATIVIA CON METRONIDAZOL 100 MG/500 MG, QUE PRESENTA   | TARDIA       | NO       | Edad 1 año. Coartación de la aorta. Plemisión a Cal pero la familia se fuga con el niño antes de ser trasladado  |
| 56                 | EVENTO ADVERSO | 24/02/2012       | FEBRERO | FUGA DEL PACIENTE  | H PEDIATRIA           | MASCULINO | 5    | RC                | 1095724242       | COARTACION DE LA AORTA           | TRATAMIENTO MEDICO            | NO CONTROLADO DE MANEJO MEDICO INSTITUCIONAL POR EGRESO SIN AUTORIZACION MEDICA. NIÑO HOSPITALIZADO DESDE EL 19/02/2012 POR NEUMONIA AGUDA SE LE                | TARDIA       | SI       | Edad 4 años. Craniotomía 4 días antes en Bogotá. Presenta edema del prepucio y raíz de material purulento, además  |
| 62                 | EVENTO ADVERSO | 03/03/2012       | MARZO   | MEDICAMENTOSA  | H ADULTOS             | MASCULINO | 4    | RC                | 1014863124       | BALANOPSTITIS                    | TRATAMIENTO MEDICO            | PACIENTE EN TRATAMIENTO CON CEFAZOLINA 1 GR, 500 MG C/6 HORAS DESDE EL  | TARDIA       | SI       |  |

**Imagen 3.** Documento en Excel titulado “Matriz cálculo de costo – EVENTOS ADVERSOS”, pestaña “EVENTOS”:

**Imagen 4.** Documento en Excel titulado “Matriz cálculo de costo – EVENTOS ADVERSOS”, pestaña “MATRIZ”:

**Imagen 5.** Estado de cuenta suministradas por la IPS Comfamiliar Risaralda:

CC 9990345 E.htm  
file:///C:/Users/Daniela/AppData/Local/Temp/Temp1\_Eventos%20Adversos%20P%20V.zip/CC%209990345%20E.htm

**ESTADO DE CUENTA**  
Factura: R159-18489

---

Ingreso No. 608163      Fecha de Ingreso: 2012/07/24      Fecha de Salida: 2012/09/20

Paciente: CC [REDACTED]  
 Dirección: CALLE 8 7-22  
 Entidad: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. EPS      Plan: SOS PLAN POS  
 Cod. Serv. 659      Tipo: SERVICIOS CLINICA      Area de servicio: CLINICA      Capitado: N

| FECHA    | ACTIVIDAD   | CANTIDAD | V.UNITARIO       | TOTAL            |
|----------|---|----------|------------------|------------------|
| 20120914 | ORDENES DE CIRUGIA:   |          |                  |                  |
| 20120914 | 317501 - TRAQUEOPLASTIA NEUMATICA ENDOSCOPICA                             | 1        | \$ 3.255.000,00  | \$ 3.255.000,00  |
| 20120914 | NC2116 - FOTOCOAGULACION Y VAPORIZACION ENDOBRAQUIAL O TRAQUEAL CON LASER | 1        | \$ 15.750.000,00 | \$ 15.750.000,00 |
|          | TOTAL CARGO:  |          |                  | \$ 19.005.000,00 |
| 20120825 | MEDICAMENTOS NO POS:  |          |                  |                  |
| 20120825 | 19981181-01 - DAFMOICINA INY.'500MG N/P CUBICIN AMPOLLA'500MG             | 1        | \$ 299.337,00    | \$ 299.337,00    |
| 20120909 | 19907394-03 - LINEZOLID INY.'600MG/300ML N/P ZIVOXID AMPOLLA 2MG/ML       | 2        | \$ 140.945,00    | \$ 281.890,00    |

**Imagen 6.** Llenado de matriz de cálculo de los eventos adversos en el documento en Excel titulado “Matriz cálculo de costo – EVENTOS ADVERSOS”, pestaña “DESALOJO”:

MATRIZ calculo de costo - EVENTOS ADVERSOS - Abril 7 - Microsoft Excel Starter

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas

Calibri 11 Fuente Alineación Número Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Insertar Eliminar Formato Ordenar y filtrar Modificar

H72      fx =SUMA(H50:H71)

|    | NUMERO DE REGISTRO | VARIABLE                          | ACTIVIDAD  | CANTIDAD | VALOR UNITARIO | TOTAL COSTO   |               |
|----|--------------------|-----------------------------------|--|----------|----------------|---------------|---------------|
| 49 | 101                | RECURSO HUMANO ASISTENCIAL        | HORA MÉDICO GENERAL  |          |                |               |               |
| 50 |                    |                                   | HORA MÉDICO ESPECIALISTA   |          |                |               |               |
| 51 |                    |                                   | HORA ENFERMERA   |          |                |               |               |
| 52 |                    |                                   | HORA AUXILIAR ENFERMERÍA   |          |                |               |               |
| 53 |                    |                                   | OTRO   |          |                |               |               |
| 54 |                    | PROCEDIMIENTO                     | 389101 - IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO                            | 1        | 73760          | \$ 73.760,00  |               |
| 55 |                    | MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS       | 19952370-01 - CEFALEXINA SUSP.*250MG/5ML                                     | 1        | 4188           | \$ 4.188,00   |               |
| 56 |                    |                                   | 80543 - CATET.CEN.DUO.V720 7FR LG 20CM                                       | 1        | 95200          | \$ 95.200,00  |               |
| 57 |                    |                                   | BOLSA DE SUERO   |          |                |               |               |
| 58 |                    |                                   | JERINGA  |          |                |               |               |
| 59 |                    |                                   | AGUJA  |          |                |               |               |
| 60 |                    |                                   | OXIGENO  |          |                |               |               |
| 61 |                    |                                   | SONDA  |          |                |               |               |
| 62 |                    | UNIDAD DE SANGRE PARA TRANSFUSIÓN |  |          |                |               |               |
| 63 |                    | AYUDAS DIAGNÓSTICAS               | LABORATORIO CLÍNICO  |          |                |               |               |
| 64 |                    |                                   | RADIOGRAFÍA  |          |                |               |               |
| 65 |                    |                                   | TAC  |          |                |               |               |
| 66 |                    |                                   | EQUIPO TRANSFUSIÓN   |          |                |               |               |
| 67 |                    | HOTELERIA HOSPITALARIA            | ECOGRAFO   |          |                |               |               |
| 68 |                    |                                   | OTRO   |          |                |               |               |
| 69 |                    |                                   | S11302 - INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA - HABITACION BIPERSONAL | 1        | 108295         | \$ 108.295,00 |               |
| 70 |                    | OTRO                              |  |          |                |               |               |
| 71 |                    |                                   |  |          |                |               |               |
| 72 |                    |                                   |  |          |                | TOTAL         | \$ 281.443,00 |

Office 365

MATRIZ / EVENTOS / CAIDAS / DESALOJO / ERROR EN LA ADMINISTRACION DE M / FALTA DE INSI

Listo





**Imagen 9.** Programa en Access, donde se ven los eventos adversos:

ADVERSO \ eventos \ EVENTO Y EPS \ EVENTO Y EPS

## REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS

NUMERO DEL REGISTRO:  EPS:

FECHA DEL EVENTO:

NOMBRE DEL EVENTO:

TIPO DE DOCUMENTO:

N DE DOCUMENTO:  Total Evento:

Informes

PROCESOS:

| CODIGO DE PRO | NOMBRE DEL PROCESO   | COSTO         | CANTIDAD | SUB TOTAL  |
|---------------|--|---------------|----------|------------|
| 890602        | CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALI  | \$ 22.352,00  | 2        | \$ 44.704  |
| 81013         | CEFALEXINA SUSP.*250MG/5ML U                               | \$ 64.138,00  | 1        | \$ 64.138  |
| 81116         | HIDROXICINA JBE*250MG/120ML                                | \$ 25.392,00  | 1        | \$ 25.392  |
| S11301        | INTERNACION EN SERVICIO DE COMPLEJIDAD ALTA, HABITACION UN | \$ 142.509,00 | 1        | \$ 142.509 |
| *             |  |               | 1        |            |
| Total         |  |               |          | \$ 276.743 |

Registro: 5 de 5 Sin filtro Buscar

**Imagen 10.** Programa en Access, donde se ven registran los eventos adversos:

ADVERSO \ eventos \ EVENTO Y EPS \ EVENTO Y EPS

## REGISTRO DE EVENTOS

**Evento Adverso**:

**E.P.S.**:

**Genero**:

**Rango de Edades**:

**Fecha Apertura**:

**Fecha Cierre**:

**Crear Informe**

**Imagen 11.** Programa en Access, donde se generan los informes de los eventos adversos:

| NUMERO DEL REGISTRO | FECHA DE LEVENTO | EVENTO                            | EPS         | GENERO    | EDAD | SUB TOTAL            |
|---------------------|------------------|-----------------------------------|-------------|-----------|------|----------------------|
|                     | 15/11/2012       | OTRAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE ENF | S.O.S       | MASCULINO | 66   | \$ 2.520,00          |
|                     | 15/11/2012       | OTRAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE ENF | S.O.S       | MASCULINO | 66   | \$ 1.820,00          |
|                     | 15/11/2012       | OTRAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE ENF | S.O.S       | MASCULINO | 66   | \$ 16.800,00         |
|                     | 15/11/2012       | OTRAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE ENF | S.O.S       | MASCULINO | 66   | \$ 16.800,00         |
|                     | 15/11/2012       | OTRAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE ENF | S.O.S       | MASCULINO | 66   | \$ 1.820,00          |
|                     |                  |                                   |             |           |      | Sub total por Evento |
| 462                 |                  |                                   |             |           |      | \$ 42.280            |
|                     | 12/11/2012       | OTRAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE ENF | ASMET SALUD | MASCULINO | 67   | \$ 399.000,00        |
|                     | 12/11/2012       | OTRAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE ENF | ASMET SALUD | MASCULINO | 67   | \$ 399.000,00        |
|                     |                  |                                   |             |           |      | Sub total por Evento |
| 483                 |                  |                                   |             |           |      | \$ 798.000           |
|                     | 23/11/2012       | OTRAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE ENF | S.O.S       | FEMENINO  | 63   | \$ 101.801,00        |
|                     | 23/11/2012       | OTRAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE ENF | S.O.S       | FEMENINO  | 63   | \$ 228.372,00        |
|                     | 23/11/2012       | OTRAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE ENF | S.O.S       | FEMENINO  | 63   | \$ 228.372,00        |
|                     |                  |                                   |             |           |      | Sub total por Evento |
| 560                 |                  |                                   |             |           |      | \$ 558.545           |
|                     | 27/12/2012       | OTRAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE ENF | S.O.S       | FEMENINO  | 56   | \$ 623.959,00        |
|                     | 27/12/2012       | OTRAS ASOCIADAS AL CUIDADO DE ENF | S.O.S       | FEMENINO  | 56   | \$ 623.959,00        |
|                     |                  |                                   |             |           |      | Sub total por Evento |
|                     |                  |                                   |             |           |      | \$ 1.247.918         |
|                     |                  |                                   |             |           |      | Total Eventos        |
|                     |                  |                                   |             |           |      | \$ 30.589.038        |