

**Identificación y análisis de los reingresos hospitalarios en la E.S.E Metrosalud de  
Medellín Unidad Hospitalaria “Jaime Tobón Arbeláez”**

**Año 2015**

**Por:**

**Rodrigo Andrés Ramírez Z.**



**Trabajo de grado para optar por el título:**

**ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**Asesor**

**JUAN JOSE ACOSTA G.**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ**

**ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**Escuela de posgrados**

**MEDELLÍN**

**2016**

## TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN .....	8
2.	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD .....	15
	2.1. Plataforma Estratégica ESE METROSALUD .....	15
	2.2 Plan De Desarrollo 2012 – 2020 ESE METROSALUD.....	24
	2.3. Perfil Organizacional Unidad Hospitalaria De Castilla “Jaime Tobón Arbeláez” ESE METROSALUD. ....	25
	2.3.1. Análisis de factores internos y externos relevantes en la unidad hospitalaria de castilla. ....	28
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	34
	3.1 descripción del problema .....	35
4.	JUSTIFICACIÓN .....	41
5.	OBJETIVOS .....	44
	5.1 Objetivo Global.....	44
	5.2 Objetivo General.....	44
	5.3 Específicos .....	44
6.	MARCO METODOLÓGICO.....	46
	6.1 Enfoque ZOPP para la Gestión del Proyecto .....	46
	6.1.1. Análisis de la situación: .....	47
	6.1.2. Análisis de los involucrados.....	48
	6.1.3. Análisis del problema.....	51

6.1.4. Análisis de soluciones .....	51
6.1.5 Matriz de marco lógico .....	52
6.1.6. Matriz de Programación.....	57
6.2 Tipo de Estudio. Descriptivo de corte transversal.....	59
6.3. Enfoque. Cualitativo – cuantitativo.....	59
6.4. Diseño. Descriptivo.....	60
6.5. Población y muestra. ....	60
7. MARCO REFERENCIAL .....	61
7.1. Marco conceptual.....	61
7.2. Marco teórico .....	67
7.3. Marco legal .....	74
8. CONSIDERACIONES ETICAS .....	81
9. VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD .....	87
10. ANALISIS DE COSTOS.....	89
11. CRONOGRAMA.....	91
12. RESULTADOS Y ANALISIS.....	92
13. CONCLUSIONES .....	107
14. RECOMENDACIONES .....	111
15. BIBLIOGRAFIA Y CIBERGRAFIA .....	114
16.ANEXOS.....	116

## LISTA DE CUADROS

<b>Cuadro N°1.</b> Portafolio De Servicios Unidad Hospitalaria Castilla	27
<b>Cuadro N° 2.</b> Matriz DOFA Unidad Hospitalaria De Castilla. ESE METROSALUD	28
<b>Cuadro N° 3.</b> Condicionantes Potenciales Para Definir La Evitabilidad O No Evitabilidad De Los Reingresos Desde La Óptica Asistencial	96

## LISTA DE TABLAS

Tabla n° 1 análisis de los involucrados	49
Tabla n°2 matriz de marco lógico	52
Tabla n° 3. Matriz de programación	57
Tabla n° 4 análisis de costos diferenciado	89
Tabla n° 5 caracterización de reingresos por grupo etario	93
Tabla n°6 destino al egreso	94
Tabla n° 7 rangos de adherencia a guías	97
Tabla n° 8 caracterización de reingresos hospitalarios de acuerdo al tipo de patología	98
Tabla n°9 situaciones potencialmente generadoras de reingresos evitables	100
Tabla n° 10 situaciones potencialmente generadoras de reingresos evitables	101
Tabla n° 11 situaciones generadoras de reingresos no evitables	102
Tabla n° 12 costos hospitalarios caso índice y caso reingreso por usuario	104

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Árbol de problemas	116
Anexo 2. Árbol de soluciones	117
Anexo 3. Datos básicos	118
Anexo 4. Instrumento de evaluación de adherencia a guías y protocolos	119
Anexo 5. Encuesta. Ficha técnica	121
Anexo 6. Cronograma	123
Anexo 7. Carta institucional de aprobación	124

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Medellín, junio 2 de 2016

## 1. INTRODUCCIÓN

La calidad en los servicios de salud comúnmente es relacionada con hospitales lujosos de magníficas instalaciones, equipamiento tecnológico de punta, procedimientos novedosos, sofisticados y tratamientos de última generación, que sin desconocer son elementos potenciadores de calidad, la realidad es que solo esta última se alcanza cuando confluyen una serie de factores y requerimientos que involucran necesariamente al ser humano independientemente del rol que juegue en determinado momento. Para lograr calidad podríamos decir que existe una ruta de navegación común en los servicios que básicamente partiría desde el cumplimiento de la normatividad, pasando por la experticia y pericia del equipo de salud en su labor diaria, hasta la obtención finalmente de productos que generen bienestar y satisfacción a los pacientes. Por lo tanto, podemos decir que la percepción del usuario es la que determina la calidad y la excelencia del servicio, el estímulo para el trabajador y el buen prestigio de la Entidad prestadora de servicios de Salud.

En su compromiso con el mejoramiento continuo de los procesos clínico – asistenciales, la Unidad Hospitalaria de Castilla “Jaime Tobón Arbeláez”, ESE Metrosalud, se ha encontrado con la necesidad de analizar diferentes factores que podrían estar generando fallas en la calidad de la atención y consecuentemente resultados indeseados que están impactando el perfil de morbi – mortalidad de los usuarios que acuden a sus diferentes

Identificación y análisis de los reingresos hospitalarios en la E.S.E

METROSALUD de Medellín Unidad Hospitalaria “Jaime Tobón Arbeláez” año 2015

servicios. Por sus características, el servicio de hospitalización en la unidad de castilla, que cumple con actividades de II nivel de atención para la especialidad de medicina interna, será nuestro foco de interés en el presente trabajo. No es desconocido en el ámbito de la salud que los pacientes crónicos que acuden a dichos servicios, tienen potencialmente mayores riesgos de sufrir eventos adversos, complicaciones relacionadas con el curso natural de su enfermedad y consecuentemente estancias hospitalarias mayores, afectando no solo su capacidad funcional, la de sus familias y cuidadores, sino el estado financiero de la institución.

El estudio y análisis sobre el resultado de los procesos asistenciales pueden informarnos sobre la calidad de la atención en salud. La solución de un problema de salud será más eficiente si se resuelve con un solo ingreso hospitalario y con el menor número de días de estancia. Un reingreso puede considerarse como un resultado adverso, posiblemente como un exponente de pobre calidad en la atención o de una situación inevitable derivada del curso natural de la enfermedad y por lo tanto su estudio constituye una buena oportunidad de mejora.

Debido a la situación de salud que estamos viviendo en Colombia, nos vemos en la necesidad de realizar acciones que permitan mejorar la prestación de los servicios de salud en nuestras instituciones, con el fin de disminuir los reingresos hospitalarios ya que se asocian a desenlaces no satisfactorios en el estado de salud de los pacientes y a mayores

costos que afectan el sistema financiero de la institución; recursos que podrían ser utilizados en otros procesos o actividades en aras del bienestar de la comunidad. La sostenibilidad financiera de las empresas sociales del Estado es uno de los requisitos primordiales para su mantenimiento y se ha logrado evidenciar en varios estudios realizados en distintos países que los reingresos hospitalarios tienen un alto impacto en los costos de la atención en salud, por lo que es de vital importancia que la institución logre implementar acciones para su disminución.

En muchas de las practicas medicas es difícil determinar la relación entre el proceso de atención en salud y los resultados clínicos obtenidos. Las medidas de los resultados clínicos a través de indicadores sirven para evaluar la práctica médica de forma indirecta. La OMS definió que el resultado de la atención medica es bueno cuando el paciente recibe un diagnóstico correcto y los servicios terapéuticos lo llevan a obtener un estado de salud optimo alcanzable a la luz de los conocimientos actuales y los factores biológicos del paciente, con el mínimo costo, el menor riesgo de daño y la máxima satisfacción respecto a su asistencia, su relación con el sistema de salud y los resultados obtenidos. Sin embargo, poner en sincronía estos elementos (costo, riesgo-beneficio, satisfacción) en la labor medica cotidiana no es una tarea para nada fácil y frecuentemente el profesional de la salud puede verse abocado a cometer una cantidad considerable de errores que en teoría deberían ser

evitables. El filósofo y teórico de la ciencia, **Karl R. Popper**<sup>1</sup> publicó hace 32 años un artículo fundamental para el abordaje de *“la ética médica y el error médico”*, que actualmente sigue cobrando validez. En él argumenta que *“el error médico es un evento que continúa presentándose en la práctica médica. El racionalismo crítico señala, como enfrentar las teorías existentes y ayuda a enfrentar los errores en la búsqueda del conocimiento científico. Condición a la cual los médicos no somos ajenos, dado que, al analizar la forma de adquirir los conocimientos, no nos damos cuenta que es como una acumulación de hechos y la actitud que hay para tratar los errores médicos permanece sin un análisis crítico. Aún predomina la práctica médica del siglo XIX donde el médico, se convierte en un experto en su campo y por lo tanto infalible. El avance de la ciencia en la crítica de las teorías y conocimientos existentes ayuda a los médicos a comprender que los conocimientos, prácticas y habilidades pueden ocasionar errores de diversos tipos”*. Este gran aporte de Popper, nos debe llevar a replantear la forma en la que desarrollamos y generamos el conocimiento dentro de nuestras instituciones de salud, con la necesidad imperativa de corregir el conocimiento anterior aprendiendo de los errores o situaciones adversas y así tratar de continuar desarrollando procesos de atención y de calidad *“confiables”* a partir de investigaciones y resultados que modifiquen el comportamiento del personal de la salud para el bien del paciente.

---

<sup>1</sup>Artigas M. Lógica y ética en Karl Popper. (Internet). Pamplona: 2000 (acceso 2001-feb-12). Disponible en: <http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/764/6/5.%20L%C3%93GICA%20>

En consecuencia, caracterizar las situaciones que tienen relación causal con reingresos contribuirá a la obtención de información valiosa como insumo para emitir sugerencias a la institución que le permitan desarrollar estrategias que puedan impactar la morbi-mortalidad de los pacientes, mejorar los indicadores de calidad y así posicionarse en el medio como un hospital de referencia en generación de conocimiento y nuevas prácticas exitosas, para las empresas sociales del Estado y demás instituciones prestadoras de servicios de salud.

El premio Nobel de Economía (2001) Joseph Stiglitz<sup>2</sup>, considerado uno de los economistas más importantes de la era moderna, asienta sus estudios en la afirmación de que *“cuando los mercados están incompletos y/o la información es imperfecta (lo que ocurre prácticamente en todas las economías), incluso en un mercado competitivo, el reparto no es necesariamente Pareto eficiente. En otras palabras, casi siempre existen esquemas de intervención gubernamental que pueden inducir resultados Pareto superiores, beneficiando a todos<sup>3</sup>”*. Es importante traer a colación el autor debido a que si solo evaluáramos los resultados de la atención médica estaríamos obviando otro factor preponderante en el análisis de los reingresos: “el factor económico”. Según Stiglitz, en la mayoría de las economías la producción y distribución de bienes y servicios recae en el sector privado más

---

<sup>2</sup> GREENWALD, Bruce and STIGLITZ, Joseph E. 1986 Externalities in Economies with Imperfect Information and Incomplete Markets, Quarterly Journal of Economics, no. 90

<sup>3</sup> GREENWALD, Bruce and STIGLITZ, Joseph E. 1986 Externalities in Economies with Imperfect Information and Incomplete Markets, Quarterly Journal of Economics, no. 90

Identificación y análisis de los reingresos hospitalarios en la E.S.E

METROSALUD de Medellín Unidad Hospitalaria “Jaime Tobón Arbeláez” año 2015

que en el público, situación no desconocida en el sistema de salud colombiano, lo que ha llevado en gran parte a una insostenibilidad financiera en los hospitales públicos no siendo

ajena la ESE Metrosalud a ello. En muchos casos la falta de apoyo gubernamental a las instituciones hospitalarias de la red pública, ha llevado a la liquidación de grandes hospitales como el hospital San Juan de Dios en la ciudad de Bogotá, lo cual hace necesario abordar la temática no solo desde la calidad en la prestación de servicios de salud sino desde el contexto administrativo que nos ofrece la especialización de gerencia de servicios de salud. El desarrollo de procesos más eficientes y costo efectivos se ha convertido no solo en uno de los principios que rigen el sistema sino en una necesidad extrema para garantizar la liquidez de nuestros hospitales, en muchas ocasiones obrando en contra de las necesidades de beneficiario final “el paciente”. Por ello, la necesidad de ver el análisis de reingresos hospitalarios no solo como una medida o un simple indicador sino como una oportunidad de mejora valiosa que impacte sobre los costos y contribuya a la optimización de recursos en un medio en donde efectivamente escasean. El desarrollo de habilidades gerenciales, el conocimiento de la legislación en salud que nos rige actualmente, la gestión del talento humano, el desarrollo de competencias en auditoria, la ética, el liderazgo y la toma de decisiones con enfoque productivo son herramientas únicas que nos proporciona el proceso formativo en la Fundación Universitaria Luis Amigo para convertirnos en actores influyentes, competentes y decisivos en el sistema de salud colombiano.

Identificación y análisis de los reingresos hospitalarios en la E.S.E

METROSALUD de Medellín Unidad Hospitalaria “Jaime Tobón Arbeláez” año 2015

Finalmente, este trabajo nos sirve para conocer más a fondo algunos de los problemas de salud que estamos viviendo en nuestro país y cómo a través del diseño de estrategias de gestión de la calidad y un fuerte compromiso desde las altas direcciones de los diferentes actores de la salud, se logran implementar medidas de impacto requeridas para lograr menguar el deterioro del sistema de salud que afecta a la población general.

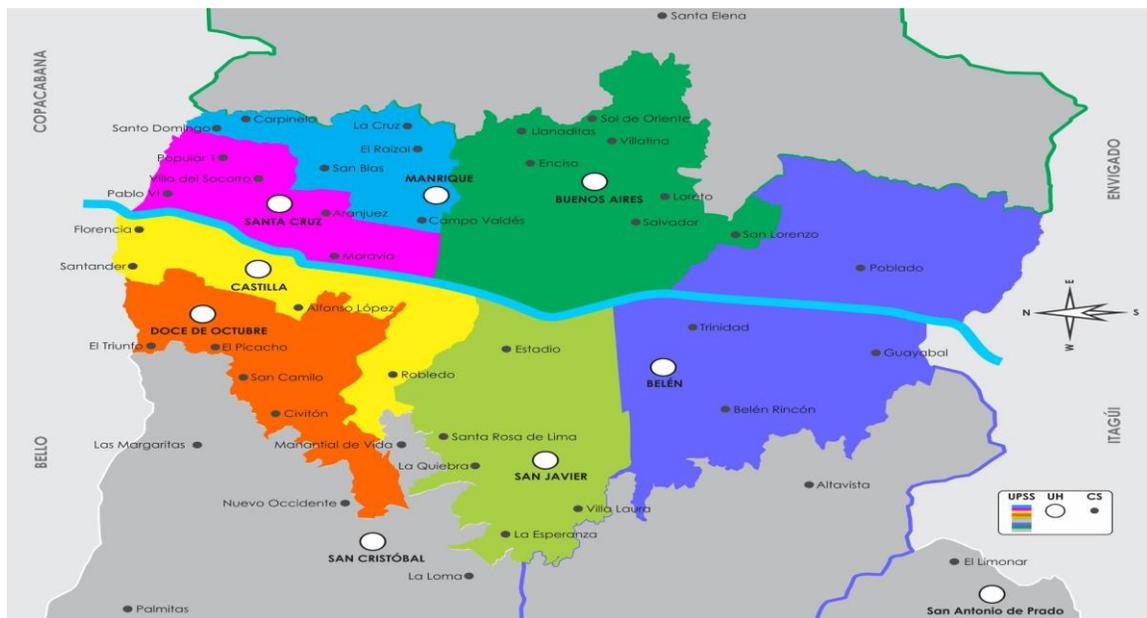
## **2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD**

### **2.1. Plataforma Estratégica ESE METROSALUD**

La ESE METROSALUD es una entidad de carácter público, descentralizada del orden municipal, que presta sus servicios de primer nivel de complejidad a la población del Municipio de Medellín, pero que por las características de calidad en los servicios, la situación de violencia, desplazamiento forzado y la búsqueda de oportunidades por parte de la población de otras regiones del departamento de Antioquia y del país, debemos atenderlos y garantizarles igualmente la calidad en nuestros servicios sin imponer barreras que impidan su atención. Es considerada la red prestadora de servicios en salud más grande en el territorio colombiano y consta actualmente de 10 Unidades hospitalarias y 42 Centros de Salud para un total de 52 puntos de atención. Debido a que en la Ciudad hemos tenido déficit de oferta de servicios de segundo nivel de complejidad, se han implementado progresivamente estos servicios en Metrosalud. En la época actual la red cuenta con Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Oftalmología, Radiología en diferentes unidades. Además de estos, Nutrición, Psicología y Trabajo Social se prestan en cada una de las unidades Hospitalarias que conforman la red. En la siguiente imagen se representa la distribución de los diferentes puntos de atención en la ciudad.

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

### RED HOSPITALARIA ESE METROSALUD



#### Misión

“Somos una organización de carácter público, comprometida con generar cultura de vida sana en la población de la ciudad de Medellín y de la región, que brinda servicios de salud integrales y competitivos a través de una amplia y moderna red hospitalaria, un talento humano con vocación de servicio, altamente calificado, cimentado en los principios institucionales y en armonía con el medio ambiente”.

#### Visión

“Al 2020 seremos la primera referencia en redes de servicios de salud de Colombia con procesos eficientes, innovadores y seguros, con un talento humano reconocido por su

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

integridad, coherencia y compromiso en la promesa de valor con nuestros clientes, nuestros usuarios y su familia, la sociedad y el medio ambiente”.

### **Principios:**

- ✓ **Respeto:** Aceptar las diferencias individuales, las creencias y los valores del otro, reconociendo que todos somos únicos e implica:
  - Brindar a todas las personas un trato humanizado y digno.
  - Validar a nuestros semejantes demostrando aceptación, consideración y solidaridad.
  - Acoger con objetividad las críticas y sugerencias.
  - Ser puntual, sincero y actuar con vocación de servicio.
  - Preservar el hábitat, el medio ambiente y la naturaleza para las generaciones futuras.
  
- ✓ **Compromiso:** Poner a disposición todas nuestras capacidades para sacar adelante aquello que se ha confiado, disfrutando de lo que se hace e implica:
  - Basar las actuaciones en el sentido del deber.
  - Mantener una actitud responsable frente a lo que se hace, a quien se le hace y a la comunidad.
  - Mantener las acciones de hoy, en torno al logro de las metas y la co-responsabilidad frente a las generaciones futuras.

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

- Actuar de acuerdo al interés colectivo de manera armónica y solidaria, y no según el interés particular.
- Trabajar de manera honesta y eficiente con los deberes confiados.
- Manejar eficientemente los recursos para garantizar la perdurabilidad de la empresa.
  
- ✓ **Calidad:** Realizar nuestra labor buscando el mejoramiento continuo, la seguridad en la atención y la satisfacción del usuario e implica:
  - Servir con oportunidad y equidad.
  - Dar lo mejor desde el principio y durante el proceso.
  - Desarrollar capacidad de análisis y toma de decisiones.
  - Interés por la renovación del conocimiento.
  - Realizar la prestación del servicio centrada en la seguridad del paciente.
  
- ✓ **Equidad:** Actuar con responsabilidad y justicia social mediante comportamientos que garanticen darle a cada cual lo que le corresponde sin exclusión de ninguna índole e implica:
  - Garantizar a todos los usuarios el derecho a la información, el buen trato y la atención sin discriminación.
  - Dirigir el hacer cotidiano en pos de la atención sin barreras hacia la población como nuestra razón de ser.

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

- Brindar iguales oportunidades de desarrollo a las personas para que mejoren los aspectos que afectan su bienestar.
- Generar condiciones favorables para contrarrestar las situaciones que impiden el acceso oportuno a los beneficios.

### **Nuestra ventaja competitiva.**

Prestar servicios de salud seguros, humanizados e integrales, con enfoque en la estrategia de APS, diferenciándonos por:

- ✓ Un talento humano competente y altamente calificado.
- ✓ La ubicación y distribución de nuestra red de servicios.
- ✓ La innovación en nuestros procesos.
- ✓ La calidad de nuestros productos.

### **Nuestra promesa de servicio**

- ✓ **Orientada a resultados.** Somos una organización del sector salud comprometida activamente con generar valor, desarrollo y liderazgo en Redes Integradas de Servicios de Salud y Atención Primaria en Salud.
- ✓ **Diferenciable.** Nos caracterizamos por el diseño y desarrollo constante de servicios de salud, un talento humano competente y la cercanía a los usuarios, las universidades, los proveedores y demás entidades del sector.

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

- ✓ **Sostenible.** Con nuestras acciones, con la contribución decidida al desarrollo de nuestra sociedad, con la conservación del medio ambiente y con la convicción firme en nuestros valores y principios, lograremos el éxito.

### **Objetivos institucionales**

- ✓ Mantener e incrementar las fortalezas del talento humano de Metrosalud con el propósito de contar con un personal motivado, competente, comprometido y sensibilizado con la prestación de servicios de salud con calidad y eficiencia para la comunidad.
- ✓ Actualizar permanente desarrollo del portafolio de servicios que dé respuesta a las variables que determinan la oferta y la demanda con el fin de direccionar la red, posicionar la marca y generar valor público.
- ✓ Desarrollar un modelo de contratación que se fundamente en las ventajas competitivas de la organización, garantice transparencia y confianza en las decisiones contractuales y asegure la sostenibilidad de la misma.
- ✓ Orientar la gestión de la información y la comunicación institucional como un elemento que facilite la toma de decisiones, garantice la conectividad de la red de servicios y dinamice la cultura corporativa.
- ✓ Garantizar los mecanismos y espacios de participación ciudadana y comunitaria para fortalecer la imagen corporativa y el desarrollo institucional.
- ✓ Brindar servicios de salud integrales, centrados en el usuario, cumpliendo cada uno de los atributos de la calidad, garantizando la satisfacción de las personas y el reconocimiento de las diferencias buscando la igualdad de derechos y oportunidades

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

a fin de lograr la inclusión social, política y económica de todos los grupos poblacionales sin discriminación.

- ✓ Asegurar la disponibilidad de recursos que generen escenarios de confianza, credibilidad y estabilidad en los diferentes grupos de interés con el propósito de cumplir la misión institucional y fortalecer el desarrollo de la empresa.
- ✓ Contribuir a la protección del medio ambiente y a la conservación de los recursos naturales a través del desarrollo del sistema de gestión ambiental asegurando la preservación del hábitat para las generaciones futuras.
- ✓ Consolidar la investigación como una estrategia de desarrollo institucional que permita enfrentar las necesidades de salud, las de proyección empresarial y los retos trazados frente a la competitividad.

### **Política de Calidad**

Construir la calidad con nuestra actitud, conocimiento, capacidad y destreza para aportar diariamente al mejoramiento de nuestros procesos, promoviendo la excelencia, aunando esfuerzos para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, clientes, familias, proveedores y grupos de interés, generando valor social y desarrollo en la sociedad.<sup>4</sup>

### **Política de Humanización**

Brindar una atención en salud con calidez y afecto, fundamentada en los principios éticos y en los valores institucionales que permitan una relación de empatía, entre el usuario, la

---

<sup>4</sup> ESE Mestrosalud. Oficina de planeación y desarrollo organizacional. Código de ética y buen gobierno. 2013

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

familia y el personal de la salud; buscando satisfacer las necesidades físicas, emocionales y espirituales. La atención a los usuarios y a sus familias, así como el trato entre servidores y otros grupos de interés estará fundamentada en el respeto a la sacralidad de la vida. La humanización de los servicios está orientada a la concepción del individuo como un ser integral en cuerpo y alma. Metrosalud se compromete a generar una comunicación asertiva, clara y veraz, a respetar el derecho a consentir y disentir, a fomentar la integración de la familia, a desarrollar la sensibilidad social, a brindar confort y comodidad, a respetar la diferencia y la dignidad humana, a servir con amor y compromiso para lo cual dispondrá de la capacitación permanente en el desarrollo de las competencias corporativas para mantener unas relaciones armónicas entre pacientes, familiares y compañeros.<sup>5</sup>

### **Política de Seguridad del Paciente**

Metrosalud se compromete a brindar atenciones seguras que generen confianza en el usuario y su familia enmarcadas en los contenidos definidos en el Modelo de Seguridad del Paciente con enfoque en la humanización, el cual está fundamentado en el desarrollo de sus ejes temáticos, en la promoción de la corresponsabilidad y la participación de los usuarios, familias, proveedores y grupos de interés durante el proceso de atención, en la generación de una cultura de la seguridad en sus servidores, en el aseguramiento de los procesos y procedimientos mediante su mejoramiento continuo para fortalecer el aprendizaje organizacional.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> ESE Mestrosalud. Oficina de planeación y desarrollo organizacional. Código de ética y buen gobierno. 2013

<sup>6</sup> IBID

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

### **Política de Responsabilidad Social**

Metrosalud declara pública y expresamente su compromiso con el cumplimiento de la gestión interna de resultados, de su rendición pública y al ejercicio del control social mediante la protección a los derechos fundamentales, salvaguardando los parámetros básicos de protección a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la dignidad humana, a la intimidad, al libre desarrollo de la personalidad, a la libertad de conciencia y de cultos, a la información, a la asociación, al respeto, a la equidad en la atención, al acceso a la información, a facilitar la participación social de usuarios, familias y demás grupos de interés y al cuidado y preservación del medio ambiente.<sup>7</sup>

### **Política de Gestión de Riesgos**

La ESE Metrosalud se compromete a gestionar los riesgos, desarrollando y poniendo en operación mecanismos efectivos, que actúen sobre las situaciones que impiden el normal desarrollo de los procesos y las funciones, con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos misionales y mitigar el impacto negativo de las decisiones tomadas frente a los usuarios, familia, servidores, proveedores, comunidad y grupos de interés.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> IBID

<sup>8</sup> ESE Metrosalud. Oficina de planeación y desarrollo organizacional. Código de ética y buen gobierno. 2013

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

### 2.2 Plan De Desarrollo 2012 – 2020 ESE METROSALUD

La ESE METROSALUD, consciente de buscar la rentabilidad social y económica que permita su sostenibilidad en el tiempo, ha formulado el Plan de Desarrollo 2012 – 2020, como instrumento de planeación y gestión de la entidad, incorporando en cuatro Líneas que en su orden apuntan: **línea N°1**, Conocimiento y la Innovación para Potencializar el Desarrollo y el Cambio Institucional. **línea N°2**, La Competitividad, Fuente de Sostenibilidad; **línea N°3**, La Eficiencia Administrativa y Financiera Nuestro Reto y **línea N°4**, la Prestación de Servicios de Salud Integrales, Centrados en el Usuario y su Familia Nuestra Razón de Ser; plasman las estrategias a seguir en el mediano y largo plazo, que materializadas en acciones y proyectos, se convierten en el puente fundamental entre el hoy y el futuro de la Organización.<sup>9</sup>

Para la formulación del Plan de Desarrollo 2012-2020, se apostó a que los objetivos estratégicos definidos y alineados al Plan de Desarrollo Municipal y Nacional se orientaran a asegurar el cumplimiento de las estrategias de intervención planteadas. Así mismo, con la elaboración de este Plan de Desarrollo institucional se pretende dar alcance y contribuir con los objetivos estratégicos propuestos desde el PLAN DECENAL DE SALUD<sup>10</sup> como son: avanzar hacia la garantía del goce efectivo de la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes del país y mantener cero tolerancias con la mortalidad y discapacidad evitable.

---

<sup>9</sup> Oficina de planeación y desarrollo organizacional .Plan de desarrollo 2012-2020 ESE Mestrosalud, “saludable y comprometida con la vida”.. 2013, versión 2

<sup>10</sup>Ministerio de salud y protección social de Colombia. Plan decenal de salud pública 2012 – 2021.

### **2.3. Perfil Organizacional Unidad Hospitalaria De Castilla “Jaime Tobón Arbeláez” ESE METROSALUD.**

La unidad Hospitalaria de Castilla hace parte de la red de servicios de la ESE Metrosalud del Municipio de Medellín, la cual está conformada por 10 unidades hospitalarias. Ubicada en la comuna 5, zona Noroccidental, carrera 65 # 98-115, desde 1967 cuando inicio como un centro de salud. En 1975 realizan adecuaciones para prestar servicios de hospitalización. En 1979 la denominan unidad intermedia de castilla y remodelan su servicio de hospitalización. En 1991 se inicia la prestación de servicios de segundo nivel de Gineco-Obstetricia, los cuales se prestaron hasta 2001; en 2006 se cierra la anterior edificación y en octubre de 2007 reinicia la prestación de servicios en la edificación actual. Es denominada Jaime Tobón Arbeláez por acuerdo municipal del año de 1963, en memoria a un Médico Pediatra distinguido por sus aportes a la salud pública en nuestro país y la salud de la población pediátrica, quien participó activamente de la organización de la sala de prematuros del hoy Hospital General luz Castro de Gutiérrez, la Escuela de Salud Pública de la U de A y la creación del Centro de Estudios de la Salud (hoy Universidad CES), también se desempeñó como docente en la universidad de Antioquia; fue director del Hospital Infantil y Secretario de Salud de Medellín, desde este último cargo impulso la construcción de las unidades intermedias, de las cuales la primera fue castilla.

La población a la cual va dirigida la atención de la unidad hospitalaria con 30.839 habitantes como población asignada, es la comuna 5 y parte de las comunas 6 y 7; entre los

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

barrios adscritos para nuestra atención se encuentran: Castilla, Toscana, las Brisas, Florencia, Tejelo, Boyacá, Girardot, Santander, Francisco Antonio Zea, Alfonso López, Belalcazar, Tricentenario, Héctor Abad Gómez, los sectores del oleoducto, la terminal del norte, cementerio universal, la plaza de ferias, Caribe. Ahora se denomina Unidad Prestadora de Servicios de Salud (UPSS) Castilla Jaime Tobón Arbeláez, la cual está conformada por la unidad hospitalaria y 4 centros de salud, que son Robledo, Florencia, Alfonso López. Actualmente prestamos servicios de primer nivel de promoción y prevención, ambulatorios y hospitalarios, además contamos con algunos servicios de segundo nivel de complejidad. El portafolio de servicios de resume en el cuadro N°1.

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

<b>Cuadro N°1. PORTAFOLIO DE SERVICIOS UNIDAD HOSPITALARIA CASTILLA</b>	
<b>SERVICIO</b>	<b>CARACTERISTICAS</b>
Consulta médica externa	Primer nivel
Consulta de programas de promoción y prevención por médico	Primer nivel
Consulta de programas de promoción y prevención por enfermera	Primer nivel
Vacunación	Primer nivel
Toma de citologías	Primer nivel
Servicio de nutrición	Consulta, urgencias, hospitalización
Servicio de hospitalización medicina interna las 24 horas	<b>Segundo nivel</b>
Servicio de hospitalización medicina general las 24 horas	Primer nivel
Servicio de laboratorio y ayudas diagnosticas	Consulta, urgencias, hosp.
Servicio de imágenes diagnosticas	Primer nivel
Odontología	Consulta, p y p, urgencias, hosp.
Servicio de psicología	Consulta, urgencias, hospitalización
Apoyo trabajo social	Consulta, urgencias, hospitalización
Servicio farmacéutico	Consulta, urgencias, hospitalización
Atención de urgencias medicina general 24 horas	Primer nivel
Atención de urgencias medicina interna 24 horas	Segundo nivel

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

### 2.3.1. Análisis de factores internos y externos relevantes en la unidad hospitalaria de castilla.

Para realizar un diagnóstico de la situación actual de la unidad hospitalaria de castilla, se expone a continuación el análisis de los factores internos y externos relevantes para la ESE, partiendo de la realización de la identificación de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades (DOFA). Cuadro N°2

<b>Cuadro N° 2. MATRIZ DOFA UNIDAD HOSPITALARIA DE CASTILLA. ESE METROSALUD</b>		
	Positivos para el logro de objetivos	Negativos para el logro de objetivos
	<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
<b>ORIGEN INTERNO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ser parte de una red de 52 puntos de atención distribuidos en toda la extensión del Municipio de Medellín.</li> <li>• Talento humano idóneo.</li> <li>• Infraestructura en general adecuada para una buena prestación de servicios</li> <li>• Experiencia como prestador de servicios de salud en el medio</li> <li>• Articulación de los servicios de salud con los programas extramurales del ente territorial. (atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo nivel de conocimiento en diferentes temas institucionales, en especial el Modelo de Prestación de Servicios de Salud, guías y protocolos médicos</li> <li>• Deficiencias en la estandarización y adherencia a guías de atención en la red sobre para realizar actividades clínicas y administrativas</li> <li>• Deficiencias en el sistema de facturación y recuperación de cartera</li> <li>• Debilidades en el despliegue de información de manera asertiva a todos los niveles de la</li> </ul>

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

	<p>domiciliaria – oxígeno domiciliario)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con sistemas de información y gestión de calidad estructurados para soportar el mejoramiento de los procesos institucionales</li> <li>• El reconocimiento que tiene la ESE entre los usuarios de sus servicios</li> <li>• El avance en la documentación de procesos y procedimientos.</li> <li>• La existencia de los convenios de docencia servicio que potencia la prestación de servicios y la formación del talento humano en salud.</li> </ul>	<p>organización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragmentación de la Empresa que dado su tamaño puede generar que cada unidad hospitalaria trabaje como una isla.</li> <li>• Deficiencias en el flujo de información que permita obtener datos en tiempo real para la toma efectiva de decisiones</li> <li>• Cultura de autocontrol incipiente en los procesos de atención.</li> <li>• Infraestructura tecnológica obsoleta que aumenta los tiempos para el desarrollo de las actividades cotidianas</li> <li>• Dificultades en la gestión del riesgo de la Atención en salud por desconocimiento del territorio</li> <li>• Limitada gestión del proceso para la gestión del talento humano, en especial para los procedimientos de capacitación y entrenamiento.</li> <li>• Plan institucional de Capacitación con bajas coberturas.</li> <li>• Inoportunidad en la remisión y traslado de los pacientes a otros niveles de complejidad.</li> <li>• Inoportunidad de atención de urgencias y consulta ambulatoria</li> </ul>
--	---	---

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p style="text-align: center;"><b>ORIGEN EXTERNO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de administración donde se pueden realizar alianzas y mostrar los logros institucionales para conseguir apoyo desde las instancias municipales</li> <li>• Prestar servicios de salud para atención de II nivel en el Municipio de Medellín</li> <li>• Obtención de beneficios de índole académico, patrocinios, espacios y otros con las Instituciones educativas con las que se tienen convenios docencia – servicio</li> <li>• Instituciones con altos estándares de calidad con las cuales se pueden desarrollar acciones de comparación para fomentar el aprendizaje organizacional</li> <li>• Portafolio de servicios identificando necesidades de atención en especialidades para la ciudad.</li> <li>• Nichos de mercado pendiente por explorar de acuerdo con las capacidades de la unidad hospitalaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios desfavorables en las políticas públicas del ente municipal para el sector salud por el cambio de administración</li> <li>• Normatividad variable y en muchos casos desfavorable para Metrosalud</li> <li>• Modelo de aseguramiento afecta la sostenibilidad de los servicios de salud prestados.</li> <li>• Movilidad de los usuarios dentro de la ciudad por el desplazamiento interno y externo.</li> <li>• La competencia que cada vez fortalece más diferentes sistemas de gestión de la calidad</li> <li>• Riesgo en salud es transferido a las IPS por parte de las EPS o EAPB</li> <li>• La fuerte competencia entre IPS que vuelve el medio más agreste y complejo.</li> <li>• La poca oferta de servicios de alta complejidad para los usuarios del régimen subsidiado y población pobre no asegurada en la ciudad que limita el acceso de los usuarios y la continuidad en sus manejos</li> </ul>

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

Teniendo en cuenta el análisis realizado del cruce de variables contenidas en la matriz DOFA, se describen y las principales estrategias o acciones de intervención identificadas.

### **ESTRATEGIAS FO**

- ✓ Desarrollar la gestión en salud de la unidad hospitalaria, articulándola a un plan de estudio de las condiciones sociodemográficas de su población asignada.
- ✓ Afianzar la participación social y comunitaria, en la planeación, control y mantenimiento de la salud.
- ✓ Fortalecer el Modelo de Seguridad del Paciente con enfoque en humanización
- ✓ Implementar y gestionar el Modelo de Prestación de Servicios con enfoque en Atención Primaria en Salud en toda la red
- ✓ Fortalecer la referenciación comparativa en temas clínicos y administrativos
- ✓ Articular la Unidad Hospitalaria de Castilla con el conglomerado público para maximizar las tecnologías utilizadas, el modelo de prestación de servicios y el sistema financiero administrativo.
- ✓ Implementar el programa de seguimiento post egreso hospitalario.

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

### **ESTRATEGIAS FA**

- ✓ Certificar los procesos misionales asegurando altos estándares de calidad, seguridad y humanización, que permitan fidelizar a los usuarios.
- ✓ Diversificar el portafolio de servicios de acuerdo a la necesidad del territorio e para incursionar en la atención del Régimen del Contributivo y particulares.
- ✓ Participar en la formulación de programas y proyectos con la administración municipal.
- ✓ Conformar redes integradas de servicios de salud con IPS de niveles de complejidad superiores para facilitar la contrarreferencia de pacientes de hacia la red pública

### **ESTRATEGIAS DO**

- ✓ Incluir la comunidad en la formulación de proyectos de cooperación.
- ✓ Implementar el servicio de hospitalización domiciliaria para el primer nivel.
- ✓ Ampliar los servicios de mediana complejidad, priorizando aquellos de alta demanda y baja oferta en la ciudad.
- ✓ Desarrollar la gerencia de la información articulada con los procesos de gestión financiera para toma de decisiones oportunas.
- ✓ Implementar un programa de cultura y cambio organizacional que mejore la motivación del cliente interno.
- ✓ Consolidar alianzas estratégicas dentro de la Red Integrada de Servicios de Salud y el conglomerado público.

## 2. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO METROSALUD

- ✓ Incluir en el plan de capacitación institucional actividades relacionadas con la capacitación continua del personal en alianza con las instituciones educativas en el marco de los convenios docencia- servicio.

### **ESTRATEGIAS DA**

- ✓ Redefinir la planeación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades de la población objetivo y recursos disponibles.
- ✓ Tecnificar y automatizar los programas y proyectos de atención extramural articulándolos con la atención Intramural (Induciendo la demanda).
- ✓ Fortalecer plan de comunicaciones a nivel interno y externo.
- ✓ Fortalecer el proceso de entrenamiento y evaluación de recurso humano que se articulen con los objetivos y políticas organizacionales.
- ✓ Desarrollar un Plan de Capacitaciones institucional que fortalezca las competencias de contacto y atención con los usuarios.
- ✓ Formular e implementar el plan de mercadeo.
- ✓ Implementar sistema de costos que permita realizar seguimiento a la prestación de servicios y fortalezca los procesos de contratación.
- ✓ Fortalecer los procesos de auditoría y los controles realizados al proceso de facturación.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los mayores esfuerzos en la evaluación de la atención hospitalaria han estado dirigidos hasta la fecha, al desarrollo de sistemas de información, indicadores y sistemas de clasificación de pacientes que valoran la eficiencia de la asistencia prestada. Aunque hoy por hoy, los sistemas de medición de resultados clínicos no están consolidados, se trata de centrar la atención en los procesos asistenciales intentando asegurar que las técnicas y tratamientos aplicados son aquellas que el conocimiento actual considera más efectivas. Desde hace algunos años tanto en España como en otros países, especialmente en EE.UU. los recursos destinados por algunas administraciones para fortalecer los procesos asistenciales y la calidad de la atención en salud, se han incrementado de manera notable en lo relativo a la evaluación de los resultados de la asistencia tanto así que llevó a denominar esta problemática como movimiento de medición de resultados. Dichas medidas se han centrado en dar a conocer la repercusión que tienen determinados sucesos adversos de la práctica clínica, entre ellos los reingresos, las complicaciones y la mortalidad que producen en el paciente. La normatividad actual de salud en nuestro país exige la implementación de sistemas de información institucionales que permitan la recolección, análisis y procesamiento de los diferentes datos derivados de la atención en salud necesarios para diseñar y desarrollar distintos modelos y estrategias que mejoren los estándares de calidad en la atención, incluyendo acciones encaminadas a la seguridad del paciente que garanticen una disminución en la aparición de eventos adversos.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ESE Metrosalud, constituida como la red prestadora de servicios en salud más grande del país, no ha sido ajena a la necesidad de identificar las causas generadoras del deterioro de la calidad en la prestación de sus servicios, hecho que ha conllevado a la necesidad de implementar sistemas de medición que permitan evaluar los procesos de atención, como estrategia de mejoramiento continuo. De esta forma la ESE Metrosalud ha establecido los lineamientos estratégicos que orientan el desarrollo organizacional como institución prestadora de servicios de salud, definiendo su estructura de procesos y procedimientos y consecuentemente los indicadores de gestión administrativa y hospitalaria que contribuyen al proceso de evaluación y al mejoramiento continuo de la calidad de la atención. Uno de los indicadores que constituye un reflejo de la calidad del servicio es conocido como la tasa de reingresos hospitalarios que, aunque no es considerado como una medida directa de calidad de la atención, puede ofrecer una perspectiva indirecta de la misma.

#### **3.1 descripción del problema**

¿Cuál es el problema? La Unidad Hospitalaria de Castilla, Jaime Tobón Arbeláez, es una de las 9 unidades prestadoras de servicios de la red hospitalaria mencionada y es allí donde se ha identificado la necesidad realizar el estudio y análisis del siguiente problema o situación: *El Incremento de la morbilidad y mortalidad de los usuarios y déficit financiero institucional secundario a los reingresos al servicio de hospitalización durante el primer semestre de 2015.*

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La decisión de abordar e indagar la temática de los reingresos hospitalarios nace a partir de una necesidad básica como actores en el sistema de salud y se está motivada desde las siguientes intencionalidades:

- Desde nuestra perspectiva como sujetos activos en la prestación de servicios de salud nos proponemos identificar las causas y condiciones generadoras de reingresos hospitalarios, con la finalidad de sugerir a la institución estrategias que permitan impactar en la morbi-mortalidad de sus usuarios.
- En la dinámica actual del sistema de salud, la sostenibilidad financiera para las empresas sociales del Estado es uno de los requerimientos fundamentales para su subsistencia y se ha identificado que los reingresos hospitalarios tienen un alto impacto en los costos de la atención en salud.

La monitorización de la calidad en la prestación del servicio en buena magnitud, se puede medir a través de «sucesos negativos» o «resultados clínicos adversos» definidos como aquellas situaciones producto de una atención en salud que de manera no intencional le generan daño al paciente favoreciendo el incremento de la morbilidad, mortalidad, complicaciones e infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) que conllevan a repetidas admisiones en periodos de tiempo reducidos. La relación con la calidad de la asistencia y la facilidad para su cálculo, ha obligado a los diferentes actores del sistema de salud a construir indicadores de calidad de la asistencia relacionados con situaciones particulares como los reingresos hospitalarios. No obstante, hay que recordar que los

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

reingresos no son en sí un indicador de resultados, en el sentido de que evitarlos no constituye un objetivo directo de la asistencia hospitalaria. Sin embargo, sí es un objetivo, evitar aquellos efectos adversos de la asistencia que conducen al reingreso de los pacientes, así como los ingresos y estancias innecesarios.

Dentro del proceso de atención en salud, los reingresos hospitalarios, sobre todo los evitables, constituye un generador de alto costo hospitalario, evidenciándose esta afirmación en los indicadores de calidad de la institución donde se realiza el estudio, a pesar de no tener una meta direccionada por el Ministerio de Salud y protección social, la ESE Metrosalud estableció como meta para el indicador de tasa de reingreso hospitalario el 2.8 por cada 100 pacientes egresados, vemos que para el año 2012 el indicador de dicha institución se encontraba en 1.9 y en el año 2014 en 1.79 reingresos por cada 100 egresos<sup>11</sup>, es decir dentro del rango o meta establecida, sin embargo debe considerarse que esto representa un incremento en el costo hospitalario que debe asumir la institución e incluso se estima que los reingresos duplican el valor total de la cuenta derivada de una atención.

Para continuar con el tema y dar claridad a la terminología de reingreso hospitalario se debe tener en cuenta que existen varias conceptualizaciones a saber: *reingreso hospitalario programado y no programado y los reingresos evitables y no evitables*.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Oficina de sistemas de información en salud ESE Metrosalud, 2015.

<sup>12</sup> Nuin MA, Saldaña ML, de Pedro MT. ¿Nos informan los reingresos de la calidad de atención hospitalaria? Rev Calidad Asistencial. 2002;17:67—78.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El reingreso *no programado* se refiere al ingreso del paciente en un periodo determinado de tiempo por el mismo diagnóstico principal del primer ingreso hospitalario (ingreso índice) y puede proceder de una complicación propia de la patología de base o deficiencias en el proceso de la atención inicial. El *programado* hace mención, al ingreso del paciente por la misma causa del primer ingreso hospitalario pero de antemano se conoce el día en el que el paciente regresará a la institución hospitalaria, tal y como ocurre en los casos en los que se está programado para dar continuidad a un tratamiento determinado (ej. Quimioterapia), el que se programa para realizar una intervención quirúrgica que no se resuelve en la primera intervención o aquellos procedimientos quirúrgicos no realizados el día programado por diferentes motivos.

En un estudio realizado en el Hospital Virgen del Camino en Pamplona España en el año 2002, Saldaña – Nuin y cols.<sup>13</sup> definen otro tipo de reingreso hospitalario considerado como *prevenible* de acuerdo a la aproximación con la atención recibida, este tipo de reingreso, es aquel que se hubiera podido evitar con una mejoría en la calidad de los cuidados otorgados o que es consecuencia de factores, al menos teóricamente, accesibles a medidas de prevención. Los reingresos *no prevenibles* frecuentemente están relacionados con el curso natural de la enfermedad y sus complicaciones asociadas, así se hayan tomado los recaudos necesarios dentro del proceso de atención intra y extra hospitalario para evitar su ocurrencia.

---

<sup>13</sup> IBID

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tiempo que se estima para definir el reingreso hospitalario de un paciente a una institución prestadora de servicios de salud es diferente en todos los casos, ya que este depende de lo que se pretende investigar. No existe un consenso en la literatura médica sobre el tiempo después del egreso del paciente para considerar una admisión como reingreso. Autores como Márquez y Guerrero.<sup>14</sup> Definen como tiempo de reingreso “*aquel que ocurre en las primeras setenta y dos horas inmediatas al egreso del paciente teniendo en cuenta la concordancia en el diagnóstico*”, otros determinan el periodo ventana entre quince días y dos años, aunque el tiempo que se considera adecuado corresponde a treinta días; este es el tiempo más común utilizado en las investigaciones relacionadas con el tema y tomado en cuenta para el diseño de indicadores de calidad. En la ESE Metrosalud se tiene establecido 20 días como el periodo definido para considerar un caso como reingreso por la misma causa del caso índice. Sin embargo, recientemente el ministerio de salud y protección social de Colombia emitió la resolución 0256 de 2016 en donde define el indicador de tasa de reingreso con un tiempo de reingreso menor 15 días para el servicio hospitalario lo que llevara a las instituciones de salud públicas a replantear dicha medición. Como objeto de nuestro trabajo analizaremos los casos de reingresos que se produzcan por el mismo diagnóstico que el ingreso índice, en un periodo de tiempo no mayor a 30 días en el servicio de hospitalización con el objetivo académico de obtener una muestra de usuarios más robusta que nos permita realizar un análisis más profundo de las causas y sustentados en una mejor evidencia en la literatura internacional para este periodo pactado.

---

<sup>14</sup> Marqués JA, Guerrero M. Reingresos hospitalarios y calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial 2002;17(2):61-3

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

## 4. JUSTIFICACIÓN

Los reingresos hospitalarios constituyen un problema relevante para los servicios de salud, compañías aseguradoras, instituciones hospitalarias y pacientes por su impacto en la morbilidad, mortalidad, recursos económicos y cobertura de sus costos. Los reingresos pueden definirse como las admisiones o ingresos a una institución prestadora de servicios de salud dentro de un cierto periodo después de haber egresado. También se han definido como los ingresos con idéntico diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta. Su frecuencia es variable y elevada, por cuanto se han utilizado diferentes periodos de tiempo y metodologías para su evaluación.

El reingreso hospitalario se considera un indicador de calidad de la atención al usuario ya que permite evaluar la atención inicial que se le presta al paciente; por esto se hace necesario determinar las causales de estos reingresos y darlas a conocer para que sean intervenidas e impactadas, además la monitorización rutinaria de los reingresos puede utilizarse como una herramienta costo-efectiva para identificar y direccionar los errores del equipo de salud.

Hay diversos factores de la atención hospitalaria que deben ser evaluados para determinar si hubo fallas en la atención que condicionen un reingreso hospitalario, es por esto que se debe realizar un análisis del evento hospitalario evaluando la adherencia a protocolos y

#### 4. JUSTIFICACIÓN

guías de manejo, calidad de la atención documentada y percibida por el usuario, entre otros, con el fin de que puedan ser corregidos. Sin embargo, hay otros factores que no están asociados al manejo de la patología propiamente, sino que son condiciones del paciente y su entorno social, en muchos de los casos difíciles de modificar o intervenir, pero que claramente son condicionamientos relevantes por tratarse en nuestro caso de población vulnerable.

**El Plan Decenal de Salud Pública**<sup>15</sup> en nuestro país para el desarrollo de su segunda línea operativa “*Gestión del Riesgo en Salud*” apunta directamente al logro de uno de sus objetivos estratégicos, “*mantener cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable*”, situación no desconocida para nuestra intención de análisis e investigación ya que es de anotar que los reingresos hospitalarios repercuten de manera directa en la reducción de la capacidad funcional y la disminución de la calidad de vida de los pacientes, inclusive algunos autores afirman que el ingreso hospitalario se cuenta entre las situaciones más invalidantes ante las que se pueda encontrar un paciente. Teniendo en cuenta el enunciado anterior podemos claramente establecer que el estudio y análisis de los reingresos hospitalarios en la unidad hospitalaria de castilla “Jaime Tobón Arbelaez”, constituirá una herramienta valiosa para identificar las fallas que se estén presentando en la atención en salud y que finalmente estén derivando en desenlaces no deseados para la salud de los usuarios, una razón más para trabajar en el descenso de los reingresos hospitalarios sobre todo los prevenibles.

---

<sup>15</sup> Ministerio de salud y protección social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú.

#### 4. JUSTIFICACIÓN

Con este trabajo buscamos entonces, caracterizar las principales causas de reingresos al servicio de hospitalización (dados por tipo de patología de base, causa de hospitalización, edad, entre otros) y darlos a conocer a la institución para que ésta logre impactar en su perfil de morbimortalidad, costos y efectué una adecuada gestión de sus procesos de atención que le permitan ser reconocida por poseer altos estándares de calidad y personal cualificado que brinde cuidado centrado en el usuario con enfoque en la humanización y seguridad de los servicios de salud.

No efectuar una identificación e intervención de las causas que ocasionan los reingresos hospitalarios sería negarse la posibilidad de implementar estrategias que mitiguen situaciones prevenibles desde la óptica de la atención en salud, que finalmente repercutirían positivamente en la salud de los usuarios y en el bienestar de las familias. Además, para la institución, constituye una oportunidad de optimizar sus recursos y hacerse sostenible financieramente, condición exigida en el sistema de salud colombiano y que pone en jaque la viabilidad económica de nuestros hospitales ya que como es sabido el costo generado por un reingreso hospitalario es mucho mayor que el ingreso índice o la atención ambulatoria. Por lo tanto, realizar todos los esfuerzos necesarios para disminuir la frecuencia de reingresos “evitables” constituye en la actualidad una necesidad fundamental no solo para la supervivencia de los pacientes sino en última instancia para la supervivencia del sistema de salud colombiano desangrado por la corrupción, las malas prácticas y el desvío de recursos.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo Global**

Mejorar a la calidad de vida de los pacientes de la unidad hospitalaria de castilla Jaime Tobón Arbeláez, ESE Metrosalud, con el desarrollo de diversas estrategias de calidad en la atención que mitiguen el evento denominado reingreso hospitalario e impacten en el perfil de morbi- mortalidad institucional.

### **5.2 Objetivo General**

Disminuir la morbilidad y mortalidad de los usuarios del servicio de hospitalización de la Unidad hospitalaria de Castilla ESE Metrosalud, a partir de la caracterización y análisis de las causas generadoras de reingresos en el primer semestre del año 2015, que permita el diseño de estrategias que impacten el indicador, los sobrecostos y mejoren la calidad de la atención en salud.

### **5.3 Específicos**

- Determinar las principales situaciones relacionadas con los reingresos al servicio de hospitalización, su relación con la calidad de la atención y costos por este evento en el primer semestre de 2015.

## 5. OBJETIVOS

- Verificar la correlación existente entre el tipo de diagnóstico, el tipo de reingreso y posibles deficiencias asociadas a la aplicación de las guías médicas y protocolos de atención durante el proceso hospitalario.
- Identificar en el proceso de atención hospitalaria posibles falencias en la calidad de la atención relacionadas con la elaboración de un inadecuado plan de cuidados al egreso como generador de reingresos.
- Establecer cuáles de los reingresos son potencialmente evitables mediante la modificación de los cuidados aplicados durante el episodio índice y el costo que implican en la institución.
- Proporcionar al personal administrativo y clínico los resultados obtenidos en este estudio, como insumo para la planeación de estrategias de intervención que impacten en la frecuencia de reingresos.

## 6. MARCO METODOLÓGICO

*“El éxito de un proyecto no depende tanto de los enfoques, las metodologías, las técnicas o los instrumentos utilizados para formularlo sino de la imagen que se ha formado el proyectista sobre el problema que se quiere trabajar y su compromiso con la solución”<sup>16</sup>*

A continuación, se describe paso por paso la metodología establecida para el desarrollo del proyecto, según la estrategia participativa de diagnóstico y planeación ZOPP.

### 6.1 Enfoque ZOPP para la Gestión del Proyecto

ZOPP es la sigla de la denominación alemana "Zielorientierte Projektplanung" que significa Planeación de Proyectos Orientada a Objetivos. Es una metodología que permite que el grupo de trabajo defina en forma consensada las acciones a realizar y su secuencia para alcanzar los objetivos que se ha propuesto.<sup>17</sup>

Para lograr gestionar con mejor eficiencia y facilidad el proyecto se desarrolló su formulación siguiendo los ocho momentos del ZOPP en forma secuencial, pero tratando de interrelacionarlos en todo momento. En la fase inicial se partió de la definición de la idea o intencionalidad que nos movía a desarrollar la problemática. A partir de este punto se

---

<sup>16</sup> Rubén Darío Gómez, manual de gestión de proyectos en salud pública. U de A. 2013. ISBN 978-958-714-281 - 5

<sup>17</sup> IBID

## 6. MARCO METODOLÓGICO

generaron varios problemas que fueron discutidos hasta finalmente llegar a la identificación de que el problema prioritario era el incremento en la morbilidad en los usuarios y el déficit financiero institucional, debido a los reingresos hospitalarios.

Identificado el problema central, se procedió a desarrollar el análisis del problema siguiendo los pasos del ZOPP, tal y como se describe a continuación:

### **6.1.1. Análisis de la situación:**

La calidad en salud, enfocada en la seguridad y humanización, es para las instituciones prestadoras de servicios un reto único que demanda todo el empeño y esfuerzo necesario para el logro de altos estándares de atención y la satisfacción global de los usuarios. Esta necesidad genera en los investigadores, la oportunidad de abordar temáticas que ayuden a establecer estrategias y planes de mejoramiento en pro del logro de los objetivos acordes al direccionamiento estratégico de la organización. Es aquí que el estudio de situaciones que sean potencialmente generadoras o que ocasionen resultados negativos en el estado global de salud de los usuarios, así como de la salud productiva y rentable de las instituciones cobra un estado relevante y prioritario de análisis, estudio e intervención hacia la mejora continua. En la ESE Metrosalud, unidad hospitalaria de castilla Jaime Tobón Arbeláez no se encuentra ajena a la necesidad de prestar servicios de salud con altos estándares de calidad que le permitan posicionarse de una forma competitiva en el medio. Su localización geográfica, el contexto social, la violencia, el desempleo, la pobre red de apoyo social y familiar y los bajos recursos económicos son condiciones que caracterizan la vulnerabilidad

## 6. MARCO METODOLÓGICO

de la población que usualmente accede a los servicios que presta la institución. El análisis e intervención de los reingresos hospitalarios como probable reflejo de la calidad de los servicios, su influencia en las variables morbilidad y mortalidad, su impacto en el deterioro funcional de los pacientes y finalmente en la rentabilidad social y económica de la organización constituye uno de los elementos claves para subsanar en parte la situación planteada.

### **6.1.2. Análisis de los involucrados**

El análisis de los involucrados nos permitió identificar las personas, grupos e instituciones involucradas relacionados con el proyecto y los agrupamos en la tabla N° 1.

## 6. MARCO METODOLÓGICO

<b>Tabla N° 1 análisis de los involucrados</b>				
<b>Personas, grupos e instituciones</b>	<b>Relación, función o actividad</b>	<b>Intereses</b>	<b>fortalezas</b>	<b>limitaciones</b>
<b>ESE Metrosalud. Unidad hospitalaria castilla</b>	Institución donde se identifica la problemática a analizar	Conocer posibles fallas en los procesos de prestación de servicios y mitigar costos innecesarios	Compromiso institucional enfocado en la mejora continua de los procesos.	Situación financiera institucional que le permitan invertir en estrategias de mejoramiento. Planta de personal limitada para ejercicios administrativos.
<b>Usuarios y familias</b>	Población que ingreso al servicio de hospitalización el semestre de 2015	Recibir atención en salud con altos estándares de calidad	Disponibilidad y accesibilidad en el suministro de los datos requeridos para la investigación	Bajo nivel socio – cultural. Negativa a la participación en el proyecto investigativo
<b>Personal administrativo UH castilla</b>	Personas encargadas del proceso de facturación , análisis de datos y facilitadores del proyecto investigativo	Conocer los resultados de la investigación, datos estadísticos y estrategias de mejoramiento en calidad y reducción de costos	Interés y compromiso por parte del equipo directivo para que se lleve a cabo el proyecto de investigación	Escasa disponibilidad de tiempo para la participación activa en el desarrollo del proyecto
<b>Personal asistencial UH castilla</b>	Profesionales encargados de la atención de los usuarios y del proceso	Conocer las posibles fallas en la atención que llevan a que	Interés y disposición para el suministro de información, y mejora de los	Escasa disponibilidad de tiempo para la participación activa

## 6. MARCO METODOLÓGICO

	asistencial hospitalario	se presenten los reingresos	procesos asistenciales	en el desarrollo del proyecto
<b>Fundación universitaria Luis amigo</b>	Institución académica que motivo al estudio y análisis de la problemática	Fomentar el espíritu investigativo en sus estudiantes y el cumplimiento en los objetivos académicos	Inclusión en los programas académicos de seminarios investigativos. Facilitador para acceso a fuentes de literatura médica. Asesoría permanente en los temas metodológicos para desarrollar el proyecto	Ninguna.
<b>Grupo investigador</b>	Estudiantes de la especialización en gerencia de servicios de salud desarrolladores del proyecto	Desarrollar habilidades investigativas, cumplir con los objetivos académicos y ayudar a la institución a desarrollar estrategias para impactar los objetivos propuestos.	Intencionalidad e interés investigativo para identificar y caracterizar las causas d reingreso hospitalarios , su costo y ofrecer las recomendaciones de mejora a la institución	Relacionadas con la disponibilidad de datos confiables suministrados por la institución.

## 6. MARCO METODOLÓGICO

### **6.1.3. Análisis del problema**

Se realizó una identificación de los problemas principales progresivamente hasta llegar a la elección del problema central que dio origen al proyecto. Para facilitar la comprensión del problema se diagramo a manera de árbol de problemas en donde se las representan las causas (raíces) y las consecuencias (ramas) como puede observarse en el anexo N° 1

### **6.1.4. Análisis de soluciones**

Posterior a la identificación del problema, sus causas y consecuencias, diagramado en su respectivo árbol de problemas, proseguimos con el análisis y planteamiento de posibles soluciones y describimos la situación deseada a la que se quiere llegar, “descenso de la morbilidad y mortalidad de los usuarios mediante la reducción de los reingresos para el primer semestre del año 2017”, identificando alternativas para el desarrollo estratégico del proyecto. Ver anexo N°2. Árbol de soluciones.

Partiendo de los hallazgos e insumos logrados anteriormente, fue posible avanzar hacia el diseño del proyecto, utilizando un instrumento fundamental como lo es la matriz de marco lógico.

## 6. MARCO METODOLÓGICO

**6.1.5 Matriz de marco lógico**

Posterior a la definición del problema principal y del planteamiento de las causas, determinantes y posibles soluciones procedimos a elaborar la matriz de marco lógico o matriz de planificación del proyecto que nos permitió organizar la información más relevante sobre el impacto que se quiere lograr y los medios que se van a utilizar para cumplirlo.

A continuación, en la tabla N°2 se presenta la matriz de marco lógico.

<b>Tabla N°2 MATRIZ DE MARCO LOGICO</b>			
<b>ESTRATEGIA DEL PROYECTO</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>FUENTES DE VERIFICACION</b>	<b>SUPUESTOS</b>
<p><b>Objetivo global</b></p> <p>Mejorar a la calidad de vida de los pacientes de la unidad hospitalaria de castilla Jaime Tobón Arbeláez, ESE Metrosalud, con el desarrollo de diversas estrategias de calidad en la atención que mitiguen el evento denominado reingreso hospitalario e impacten en el perfil de morbi- mortalidad institucional.</p>	<p>En el primer semestre del año 2017 se redujo la tasa de mortalidad en la unidad hospitalaria de castilla en un 20 % con respecto al primer semestre del año 2015.</p>	<p>Perfil de morbi – mortalidad de la UH castilla Año 2015 extraido de los resultados del plan de acción institucional para la vigencia</p>	<p>Se encuentra disponible el informe de gestión y resultados de plan de acción vigencia 2015</p>

## 6. MARCO METODOLÓGICO

<p><b>Objetivo del proyecto</b></p> <p>Disminuir la morbilidad y mortalidad de los usuarios del servicio de hospitalización de la Unidad hospitalaria de Castilla ESE Metrosalud en el año 2017, a partir de la caracterización y análisis de las causas generadoras de reingresos ocurridos en el primer semestre del año 2015, que permita el diseño de estrategias que impacten el indicador, los sobrecostos y mejoren la calidad de la atención en salud</p>	<p>1.Tasa de reingresos. 2. Tasa de mortalidad 3.Porcentaje de reingresos atribuibles a problemas relacionados con la calidad del servicio.</p>	<p>Informe de gestión de la UH castilla vigencia 2015.  Sistema de información institucional alphasig y tablero de indicadores.</p>	<p>Se encuentran calculados y elaborados los indicadores de gestión y calidad de la atención en el tablero de mando alphasig.  El personal de gerencia, administrativo y de estadística suministra los datos solicitados</p>
<p><b>Resultados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los reingresos ocasionan en su mayoría estancias hospitalarias más prolongadas, con efecto directo en el perfil de morbilidad y mortalidad del usuario.</li> <li>Los reingresos generan mayores costos para la</li> </ul>	<p>1.Tiempo promedio de estancia hospitalaria en días. 2.Proporción de reingresos evitables 3.tiempo promedio para reingreso posterior al caso índice en días. 4.porcentaje global de adherencia a guías médicas. 5.caracterización de</p>	<p>Sistema de información institucional alphasig  Base de datos de egresos hospitalarios vigencia 2015.  Instrumento de recolección y validación de datos personales en Excel diseñado por el</p>	<p>El personal de gerencia, administrativo y de estadística suministra los datos solicitados  El personal clínico – asistencial realiza sus actividades adherido a la guía de atención.</p>

## 6. MARCO METODOLÓGICO

<p>institución.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los reingresos están relacionados con deficiencias en la adherencia a guías por parte de los profesionales asistenciales.</li> <li>La red de apoyo socio – familiar en los usuarios en un factor determinante en la frecuencia de reingresos hospitalarios,</li> </ul>	<p>reingresos por patología.</p> <p>6. porcentaje de usuarios con condiciones sociales desfavorables o pobre red de apoyo socio-familiar.</p> <p>7. los reingresos evitables incrementan los costos en un 25%</p>	<p>equipo de investigación.</p> <p>Encuesta telefónica realizada a los usuarios para determinar condicionantes administrativos, de la prestación de servicios y cumplimientos por parte de usuarios que reingresaron</p>	<p>Se logra contactar a todos los usuarios que fueron identificados como reingreso para aplicación de encuesta telefónica.</p> <p>Los usuarios cooperan con la encuesta telefónica</p>
---	---	--	--

## 6. MARCO METODOLÓGICO

<b>Actividades</b>			
Solicitud de aval institucional para la ejecución de trabajo investigativo	El 100% de los usuarios con criterios de inclusión analizados.	Resultados del plan de gestión y plan de acción 2015 UH castilla.	Existen los suficientes recursos humano y tecnológicos para desarrollar las actividades.
Solicitud a la oficina de estadística de la unidad hospitalaria de castilla del informe de resultados del plan de acción institucional y datos estadísticos del indicador de morbimortalidad de la institución (principales causas de mortalidad y morbilidad definidas en la institución).	100% de las historias clínicas de pacientes con reingresos revisadas	Base de datos de usuarios con egresos el primer semestre de 2015.	Se dispone de los registros clínicos y los software de consulta de datos.
Generación de la base de datos de los egresos hospitalarios correspondientes al primer semestre de 2015 e identificación en la misma de los usuarios con criterios de inclusión para ser catalogados como reingresos.	73% de los usuarios con episodio de reingreso encuestados.	Historias clínicas  Detalles de facturación por cada hospitalización para análisis de costos.	
Revisión de las historias clínicas de los usuarios identificados como reingresos y aplicación del instrumento de análisis, verificación y adherencia a guías de	100% de las admisiones con detalle de facturación y costos	Usuarios y/o familiares participantes en la encuesta telefónica	

## 6. MARCO METODOLÓGICO

<p>manejo.</p> <p>Elaboración y ejecución de encuesta telefónica a los usuarios que catalogados como reingresos.</p> <p>Solicitud al área financiera los costos hospitalarios que se generaron por el reingreso al servicio de hospitalización de los pacientes objeto de este estudio</p> <p>Recolección, tabulación y análisis estadístico de los datos</p>			
---	--	--	--

## 6. MARCO METODOLÓGICO

**6.1.6. Matriz de Programación**

Una vez logrado plantear el problema, los objetivos y posibles soluciones, pasamos a la planificación operativa del proyecto, apoyándonos en la matriz de programación, en la cual describimos las actividades y los recursos, equipamiento, tiempos y costos necesarios para el logro de los objetivos. Tabla N°3

<b>Tabla N° 3. MATRIZ DE PROGRAMACION</b>					
<b>N°</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>EQUIPAMIENTO</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>COSTOS</b>
1	Solicitud a la oficina de estadística de la unidad hospitalaria de castilla del informe de resultados del plan de acción institucional y datos estadísticos del indicador de morbimortalidad de la institución	<b>Equipo investigador</b>	<b>Equipos de computo</b>	<b>Ver anexo 4</b>	<b>Ver presupuesto</b>

## 6. MARCO METODOLÓGICO

<b>2</b>	Generación de la base de datos de los egresos hospitalarios	<b>Oficina de estadística</b>	<b>Equipos de cómputo y software</b>	<b>Ver anexo 4</b>	<b>Ver presupuesto</b>
<b>3</b>	Revisión de las historias clínicas de los usuarios identificados como reingresos y aplicación del instrumento de análisis, verificación y adherencia a guías de manejo	<b>Equipo investigador</b>	<b>Equipos de cómputo. Software de historia clínica. Instrumento de recolección de datos y adherencia a guías</b>	<b>Ver anexo 4</b>	<b>Ver presupuesto</b>
<b>4</b>	Elaboración y ejecución de encuesta telefónica a los usuarios que catalogados como reingresos	<b>Equipo investigador</b>	<b>Encuesta de Equipo de cómputo Línea telefónica</b>	<b>Ver anexo 4</b>	<b>Ver presupuesto</b>
<b>5</b>	Solicitud al área financiera los costos hospitalarios que se generaron por el reingreso al servicio de hospitalización de los pacientes objeto de este estudio	<b>Equipo investigador. Oficina de facturación.</b>	<b>Equipos de cómputo. Software de facturación</b>	<b>Ver anexo 4</b>	<b>Ver presupuesto</b>
<b>6</b>	Recolección, tabulación y análisis estadístico de los datos	<b>Equipo investigador</b>	<b>Equipo de cómputo.</b>	<b>Ver anexo 4</b>	<b>Ver presupuesto</b>

## 6. MARCO METODOLÓGICO

### 6.2 Tipo de Estudio. Descriptivo de corte transversal

Un estudio descriptivo es aquél en que la información es recolectada sin cambiar el entorno (es decir, no hay manipulación). En ocasiones se conocen como estudios correlacionales o “de observación”. La Oficina de Protección de Investigación Humana (OHRP) define un estudio descriptivo como “cualquier estudio que no es verdaderamente experimental.” En investigación humana, un estudio descriptivo puede ofrecer información acerca del estado de salud común, comportamiento, actitudes u otras características de un grupo en particular. Los estudios descriptivos también se llevan a cabo para demostrar las asociaciones o relaciones entre las cosas en el entorno.

Los estudios descriptivos pueden implicar una interacción en una sola ocasión con grupos de personas (estudio transversal). Los estudios descriptivos en que el investigador interacciona con el participante puede involucrar encuestas o entrevistas para recolectar la información necesaria. Nuestro proyecto cumple con todas las definiciones anteriormente expuestas por lo cual lo podemos identificar como un estudio de *descriptivo* (recolección de información historias clínicas de la población sin cambiar su entorno) y *transversal* (solo una interacción con la población objeto a través de encuesta telefónica).

### 6.3. Enfoque. Cualitativo – cuantitativo

El Enfoque de esta investigación es cualitativo y cuantitativo de tipo descriptivo ya que en él se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables y se hacen registros narrativos

## 6. MARCO METODOLÓGICO

de los fenómenos que son estudiados mediante técnicas como revisión y análisis de datos estadísticos.

### **6.4. Diseño. Descriptivo**

Es una investigación de tipo descriptivo debido a que se basa en procesos existentes con el fin de demostrar la aplicabilidad de estos, sin cambiar el entorno, es decir, no hay manipulación de la información y pueden implicar una interacción en una sola ocasión con grupos de personas o puede seguir a algunos individuos a lo largo del tiempo.

### **6.5. Población y muestra.**

En el presente proyecto investigativo, definimos operativamente el reingreso como el episodio de hospitalización de un paciente que se produce en un período determinado (por la misma causa), tras uno previo denominado ingreso índice.

*El criterio de inclusión* para elegir la muestra se estableció así:

- Pacientes que requirieron nuevamente hospitalización antes de 30 días con diagnóstico igual o similar al definido en el ingreso índice.

Para la investigación se toma el universo de historias clínicas de pacientes que tuvieron reingresos al servicio de hospitalización de la unidad hospitalaria “Jaime Isaza Cadavid” de la ESE METROSALUD en el primer semestre de 2015.

## 7. MARCO REFERENCIAL

El presente trabajo estudia, caracteriza y analiza los reingresos hospitalarios, con el fin de definir las situaciones que son generadoras de este evento y en este sentido es preciso abordar de una forma concreta y articulada, las bases conceptuales, bibliográficas, teóricas y normativas que le permitirán al lector una mejor comprensión de la temática desarrollada en el trabajo de investigación.

### 7.1. Marco conceptual

El siguiente marco conceptual define el significado de los términos utilizados con mayor frecuencia en la investigación y que el lector debe de identificar para contextualizarse en el tema. Proponemos una serie de términos, que constituyen un cuerpo unitario y no simplemente un conjunto arbitrario de definiciones, por medio de la cual se sistematizan, clasifican y relacionan entre si los fenómenos particulares estudiados

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que *maximice sus beneficios* para la salud *sin aumentar en forma proporcional sus riesgos*.

El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

## 7. MARCO REFERENCIAL

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** Es un acontecimiento que puede alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**INCIDENTE:** Toda situación derivada del proceso de atención en salud que ocurre de forma involuntaria pero que no alcanza a generar un daño en el paciente.

**EVENTO ADVERSO:** Toda situación derivada del proceso de atención en salud que ocurre de forma involuntaria, pero genera daño en el paciente.

**ATENCIÓN SEGURA:** Es la intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

**COMPLICACIÓN:** Es el resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o su enfermedad.

## 7. MARCO REFERENCIAL

**BARRERA DE SEGURIDAD:** Es una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

**ACCIÓN INSEGURA:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión (por olvidos, descuidos o equivocación) y en algunos casos por violación consciente de una norma. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

**INGRESOS HOSPITALARIOS:** Paciente que, procediendo del exterior del hospital, realiza la admisión en una unidad de hospitalización, con la consiguiente ocupación de una cama. Ellos pueden subdividirse según el modo de admisión en:

**Programados:** Pacientes ingresados con orden de ingreso programada, independientemente de que procedan de lista de espera o sean de un servicio que no tiene demora de ingreso.

**Urgentes:** Pacientes ingresados con orden de ingreso urgente, independientemente de que procedan del área de urgencias u otras áreas (consultas, Hospital de Día).

## 7. MARCO REFERENCIAL

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

**ALTA HOSPITALARIA:** Paciente que, estando previamente ingresado (es decir que al menos ha producido una estancia), desocupa la cama que tenía asignada en el centro. Los motivos de alta hospitalaria pueden ser: Alta médica - Alta voluntaria- Remisión a otra institución.

**ESTANCIA HOSPITALARIA:** Unidad de medida de permanencia del paciente en régimen de hospitalización, ocupando una cama en un intervalo de tiempo.

**REINGRESO:** Episodio de hospitalización de un paciente que se produce por la misma causa, en un período determinado, tras uno previo denominado ingreso índice.

También se han definido como los ingresos con idéntico diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta.

## 7. MARCO REFERENCIAL

**REINGRESO EVITABLE:** es aquel que se hubiera podido evitar con una mejoría en la calidad de los cuidados otorgados o que es consecuencia de factores, al menos teóricamente, accesibles a medidas de prevención

**REINGRESO NO EVITABLE:** Es el resultado de múltiples complicaciones inherentes a las condiciones propias del paciente y/o su enfermedad.

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

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

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

## 7. MARCO REFERENCIAL

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

**MORTALIDAD:** Es el resultado final de una enfermedad que pudo haber presentado algunas complicaciones y así desencadenar la muerte del paciente.

**RED DE APOYO:** Walkery colaboradores (1977) definieron a las redes sociales como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”.

**COSTO HOSPITALARIO:** Hace referencia al importe o cifra que representa un producto o servicio de acuerdo a la inversión tanto de material, mano de obra, capacitación y tiempo que se haya necesitado para desarrollarlo.

Gasto económico que permite una integración dinámica entre la parte asistencial y la administrativa, las decisiones que se pueden tomar posterior a los resultados obtenidos son de envergadura y tienen que ver con la eficiencia en el gasto de insumos, mejoramiento en la calidad y prestación del servicio, capacidad de negociación con las entidades con las que se contrata, en fin los beneficios son muchos para una adecuada toma de decisiones.

## 7. MARCO REFERENCIAL

**CIE 10:** La **CIE-10** es el acrónimo de la **Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión** correspondiente a la versión en español de la (en inglés) **ICD**, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

**EAPB:** Empresa Administradora de Planes de Beneficios

**IPS:** Institución prestadora de servicios de salud

**UPSS:** Unidad prestadora de servicios de salud. ESE Metrosalud.

**ESE:** Empresa social del estado

### 7.2. Marco teórico

No existe duda de que la frecuencia de los reingresos hospitalarios se encuentra ligada a un impacto suficientemente considerable ya sea como expresión de la economía monetaria absoluta o de la economía del desarrollo humano en términos de oportunidad y accesibilidad a los servicios (consumo de estancias y recursos de los que no podrán beneficiarse otros pacientes durante ese mismo periodo). El análisis de los factores generadores de reingresos brinda indudables posibilidades de mejora de la calidad en lo concerniente a la práctica clínica propia y evalúa en forma indirecta otras áreas operativas

## 7. MARCO REFERENCIAL

del sistema de salud tales como: - coordinación entre los diferentes niveles de atención, - capacidad resolutive de la atención primaria en salud (APS) y alternativas a la hospitalización (hospitalización domiciliaria, cuidado en casa), entre otros

La identificación de los pacientes con mayor riesgo de reingresar permite diseñar y enfocar en ellos los programas e intervenciones antes del egreso y en el seguimiento que tengan mayor potencial de impacto para mitigar el problema teniendo en cuenta que no se trata de prevenir las readmisiones necesarias (en las cuales impedir el reingreso es peligroso para el paciente), sino las evitables. Dada la importancia del problema, muchas intervenciones al egreso (de planeación y de soporte) se han desarrollado y estudiado. Se concluye que hay evidencia de que algunas intervenciones pueden tener un impacto positivo en prevenir los reingresos, particularmente aquellas intervenciones con componentes educativos y aquellas que combinan intervenciones previas y posteriores al egreso

El reingreso hospitalario de un paciente debe llevar a plantearnos si el resultado, o incluso el proceso asistencial al que estuvo sometido, fueron apropiados. Inicialmente cuando se menciona el reingreso del paciente antes de cumplir los treinta días de egreso se considera que probablemente sucede por la falta de calidad de los cuidados intrahospitalarios en la primera admisión. Cuando el periodo ventana se amplía se hace referencia a otros factores que pudiesen influir en el reingreso tales como: situación familiar y socioeconómica, la no adherencia al tratamiento ambulatorio instaurado y dificultades de acceso a los servicios de salud. Teniendo en cuenta lo anterior se puede observar que los reingresos hospitalarios se

## 7. MARCO REFERENCIAL

asocian a causas divididas en dos grandes grupos: las condiciones propias de los pacientes y los factores provenientes de la asistencia recibida.

Aunque los reingresos han sido estudiados en las últimas décadas bajo diferentes perspectivas, no queda claro todavía hasta qué punto reflejan problemas de calidad asistencial que podrían ser susceptibles de mejora o están fundamentalmente relacionados con características propias de los pacientes. No deberían ser considerados entonces como un resultado final, en el sentido de que evitar el reingreso no sería un objetivo directo de los cuidados hospitalarios.

En los últimos años se duda que la tasa bruta de reingreso sirva como índice de calidad, considerándose en algunos trabajos como debido a causas no modificables, aunque una tasa alta de reingreso en determinadas patologías podría identificar problemas en la asistencia prestada<sup>18</sup>. Además, pueden existir diferencias entre el reingreso no prevenible y aquellos prevenibles, por lo que estos últimos son los que debieran ser utilizados como índices de calidad.

Otros autores<sup>19</sup> sí consideran que el reingreso hospitalario puede ser indicativo de mala calidad de los cuidados hospitalarios, particularmente en algunas enfermedades con alta

---

<sup>18</sup> Benbassat J, Taraguin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. Arch Intern Med 2000; 160:1074-81.

<sup>19</sup> Mc Kay MD, Rowe MM, Bernt FM. Disease chronicity and quality of care in hospital readmissions. J Health Qual 1997; 19: 33-7

## 7. MARCO REFERENCIAL

tasa de recurrencia y cronicidad, aumentando el riesgo de reingreso hasta en 55% cuando los cuidados ofrecidos no han sido de suficiente calidad, siendo la variabilidad clínica en el manejo de un mismo proceso clínico un factor que se asocia con un incremento en la tasa de reingreso.

Ante la importancia de identificar los factores asociados a un mayor riesgo de reingresos, diversos autores han desarrollado modelos estadísticos a partir de características del paciente disponibles en sistemas de información.

El estudio y análisis de los reingresos se pueden utilizar como marcadores de problemas relacionados con los siguientes aspectos, tal como se observa en el estudio de Balla y Cols<sup>20</sup>, quienes de igual forma encontraron problemas potenciales en la calidad del cuidado en el 33% de los reingresos hospitalarios; sus principales hallazgos fueron trabajo en equipo incompleto (33%), muy corta estancia hospitalaria (31%), medicación inadecuada (44%), diagnóstico errado (16%) y resultados de laboratorio no concordantes (12%). Los reingresos a intervalos de tiempo más prolongados están relacionados con enfermedades crónicas, condiciones socioeconómicas deficientes y dificultades en el acceso a los servicios de salud.

---

<sup>20</sup> Balla U, Malnick S, Schattner A. Early readmissions to the department of medicine as a screening tool for monitoring quality of care problems. *Medicine (Baltimore)* 2008; 87: 294-300.

## 7. MARCO REFERENCIAL

En nuestro país se vive una situación muy similar a los estudios mencionados en cuanto a la tasa de reingresos hospitalarios. Estos crecen año tras año como lo demuestran las estadísticas publicadas por el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano para el año 2013, el departamento con mayor tasa de reingresos hospitalarios era Quindío con 3.06, seguido de Santander con 2.65 y Antioquia con 2.51. Para el año 2014 se encuentra que la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados más alta la tiene Antioquia con un 6.27, seguida de Santander con 4.30 y en tercer lugar Caquetá con 2.91 en donde en un año el aumento de reingresos hospitalarios es notable.<sup>21</sup>

Para el Municipio de Medellín año 2014 la tasa de reingreso se encuentra en 8.59 por 100.000 habitantes; el valor calculado de reingresos para la ESE Metrosalud es de 1.76% reingresos hospitalarios.<sup>22</sup>

La explicación del crecimiento probablemente es multicausal y puede depender del envejecimiento de la población, del aumento de afección crónica, de las variaciones en el sistema de salud, la calidad de la prestación de los servicios y las condiciones sociodemográficas intrínsecas de cada individuo.

Un condicionante que hay que tener en cuenta cuando se habla de reingresos hospitalarios en pacientes frágiles es la escasez de recursos sociales específicos de una población cada

---

<sup>21</sup><http://calidadensalud.minsalud.gov.co/IndicadoresdeCalidad/ListadodeIndicadores/ListadeIndicadores/Resultados/IndicadoresdeIPsparaDTS.aspx>

<sup>22</sup> Oficina de sistemas de información en salud ESE Metrosalud, 2015

## 7. MARCO REFERENCIAL

vez más abundante. Las capacidades con las que los individuos se enfrentan a la vida, tales como su personalidad, salud, educación y experiencia corresponden al concepto de calidad de vida entendido como capacidad para la vida. Amartya Sen<sup>23</sup>, ha puesto énfasis en el desarrollo de las capacidades como condición necesaria para la realización personal y el desarrollo social. El envejecimiento progresivo de la población lleva aparejado un aumento importante de problemas de cronicidad de las enfermedades asociados por tanto a pobres estados de salud, y por tanto a un importante aumento de personas que pasan los últimos años de su vida en situaciones de dependencia. Sen, afirma, cómo la privación de las capacidades individuales está estrechamente relacionada con la falta de ingresos y viceversa, ya que “el papel de la renta y de la riqueza tiene que integrarse a un análisis más amplio y completo del éxito y de las privaciones”. Se podría deducir que la pobreza es discapacitante en sí misma, dado que priva o limita al individuo de sus capacidades o de la libertad para vivir la vida que valora vivir.

Además de las implicaciones médicas y de calidad, los reingresos hospitalarios se asocian a mayores costos hospitalarios y pueden afectar el presupuesto destinado a atención en salud, tal como se ha encontrado en países desarrollados. Se sabe que los usuarios más costosos de los hospitales se caracterizan por un patrón de reingresos. En un estudio en Estados Unidos, una minoría de los usuarios de Medicare (5%) causaba la mayoría de los costos hospitalarios (62%). En 1999, los costos del reingreso en hospitales de 4 estados norteamericanos, para los grupos de edad comprendidos entre los 0 -18 años, 19 a 64 años y mayores de 65 años fueron US\$136, US\$592 y US\$1.181 millones de dólares, respectivamente, para un gran total de US\$1.909 millones de dólares. La evaluación de los

---

<sup>23</sup> SEN, Amartya. Desarrollo y libertad. Barcelona: Editorial Planeta, 2000. ISSN 970-690-142-6

## 7. MARCO REFERENCIAL

costos de los reingresos cobra mayor interés en un país en vías de desarrollo como el nuestro, en el cual el gasto público destinado a la salud es relativamente menor y presenta problemas de distribución. La importancia de los reingresos hospitalarios se refleja también en su impacto sobre los costos desde el punto de vista del asegurador y prestador, generando más de 15% de los costos anuales por hospitalización. Esa proporción es similar a la estimada por Jencks y colaboradores<sup>24</sup>, quienes publicaron que en el 2004 los reingresos no planeados tuvieron para Medicare un costo de 17,4 billones de dólares, correspondiente a cerca del 17% de los costos hospitalarios de Medicare.

La monitorización de los reingresos puede utilizarse para identificar las fallas del equipo de salud y del sistema como tal, aunque la inferencia debe efectuarse cuidadosamente y en ocasiones se ha comprobado que una tasa de reingresos más alta no refleja adecuadamente un deterioro en la calidad de atención, mientras que los reingresos considerados prevenibles pueden reflejar no sólo problemas de calidad de la atención en salud, sino también la complejidad de los problemas subyacentes del paciente; deben tenerse en cuenta tres aspectos; -mayor tiempo de internación, mayores costos de hospital, mayor mortalidad, estos son indicadores de mayor severidad de la enfermedad, y es de esperar que los pacientes con mayor severidad de enfermedad tengan una mayor frecuencia reingresos.

---

<sup>24</sup> Jencks S, Williams M, Coleman E. Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. N Eng J Med 2009;360:1418-1428

## 7. MARCO REFERENCIAL

### 7.3. Marco legal

El sistema normativo colombiano tiene un gran repertorio de Leyes, Decretos y Resoluciones que buscan brindar al paciente y sus familiares una atención óptima y segura, eficaz y de muy buena calidad, donde se brinde una atención centrada en la evitación de riesgos inherentes al proceso de atención en salud. Es importante recordar que la legislación Colombiana es muy clara y exigente en cuanto a la calidad de servicios en salud, tal como lo expresa la ley 100 / 93 con sus principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad y participación. A continuación, resumimos los aspectos más relevantes de cada ley, norma, decreto o resolución que está relacionada con la calidad de los servicios de salud y por lo tanto con los reingresos hospitalarios.

#### **Ley 100 de 1993**

El nuevo SGSSS fue creado en 1993, mediante la Ley 100/93, la cual estableció también la reforma del sector de servicios de salud. Entre los principios que orientan la reforma, la equidad ocupa un lugar preminente, y es entendida como la provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independiente de su capacidad de pago; la cual en su artículo 186 define: (“El Gobierno Nacional propiciara la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento”) y en su artículo 227 Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud: (“Es Facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización

## 7. MARCO REFERENCIAL

de un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo de las EPS, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios de salud”).

La ley 100 de 1993 se basa en un modelo de cobertura universal y por principios orientadores tales como la eficiencia, la universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. La cual se orienta a promover calidad y economía en un sistema de administración eficiente, que otorga al individuo la capacidad de opinar e influir sobre el sistema de salud, y de escoger la calidad y costos, en vez de ser este un sujeto pasivo de recepción de servicios.

### **Resolución 1474 de 2002**

Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del sistema único de acreditación.

Se define acreditación en salud como un proceso voluntario y periódico de auto evaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención en una organización en salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función.

## 7. MARCO REFERENCIAL

Es a través de esta evaluación que se reconoce públicamente a una institución prestadora de servicios de salud (IPS), Entidad promotora de servicios de salud (EPS, ARS), Entidad de medicina prepagada (EPM) o entidad adaptada, el cumplimiento de requisitos superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el sistema único de habilitación. El objetivo del sistema de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan escoger libremente donde desea recibir sus servicios de salud.

### **Decreto 2309 de 2002**

Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, las disposiciones del decreto se aplicaran a los prestadores de servicios de salud, a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud. Por este decreto se reglamentó la calidad de atención en salud en Colombia, y considero el acceso a los servicios de salud, la oportunidad en la atención, la pertinencia del enfoque clínico, la continuidad de la atención y la seguridad del paciente como las características fundamentales de la calidad de la atención.

## 7. MARCO REFERENCIAL

De igual manera la atención en salud juega un papel preponderante en la evaluación de la calidad, al señalar el índice de los eventos adversos como el indicador de mayor influencia en la seguridad del paciente.

### **Decreto 1011 de 2006**

En Colombia, la Unidad Sectorial de Normalización es el organismo técnico definido por el Decreto 1011 de 2006 como “una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud” en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia. Sus componentes son:

- El sistema único de Habilitación
- La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
- El sistema único de acreditación
- El sistema de Información para la calidad

El Decreto 1011 indica que las IPS deben implementar procesos de auditoria con criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad.

### **Resolución 1445 de 2006**

Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares de acreditación que se encuentran contenidos en el anexo técnico 1. Los manuales de estándares de acreditación para las EPS, ARS y empresas de medicina prepagada, presentan los lineamientos instrumentales que guiaran el proceso de

## 7. MARCO REFERENCIAL

acreditación para dichas instituciones. Se constituye este manual en pieza fundamental para las instituciones que pretendan adelantar procesos de mejoramiento continuo de calidad, a los evaluadores del proceso y a los profesionales de salud en general.

### **Resolución 2679 de 2007**

Por la cual se conforma el comité sectorial de calidad y seguridad de la atención en salud cuyas principales funciones son:

- Analizar la situación de calidad de la atención en salud y la seguridad del paciente.
- Desarrollar acciones conjuntas orientadas al beneficio de la calidad.
- Emitir recomendaciones sobre políticas y normatividad.
- Apoyar el desarrollo e implementación de medidas en las instituciones.
- Estimular el desarrollo de la cultura de fortalecimiento de la calidad y la seguridad en la atención.

### **Resolución 548 de 2010**

Por la cual se reglamentan los comités técnico-científicos en las EAPB e IPS y sus funciones; entre ellas:

- Evaluar, aprobar o desaprobado el suministro de los medicamentos o de los servicios incluidos en las prescripciones u órdenes médicas presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, de los medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud por fuera tanto del Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de

## 7. MARCO REFERENCIAL

Salud como del Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas

### **Resolución 2003 de 2014**

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. La 2003 indica que los prestadores de servicios de salud deben cumplir para su entrada y permanencia en el sistema único de habilitación con capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico-administrativa.

### **Resolución 256 de 2016**

Define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud; entre ellos la tasa de reingresos al servicio de urgencias en menos de 72 horas y tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días.

La resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

## 7. MARCO REFERENCIAL

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud.
1. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos.
2. Ofrecer insumos para el referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del sistema.

## 8. CONSIDERACIONES ETICAS

La visión de la medicina, el enfermo y la profesión médica propuesta por **Lee Goldman** y **Dennis Ausiello**<sup>25</sup> en el capítulo primero del tratado de medicina interna de Cecil, en su texto *“el arte de cuidar y confortar a otros, guiado por milenios de sentido común y, más recientemente por un enfoque sistemático de la ética médica (cap. 2), sigue siendo la piedra angular de la medicina. Sin estas cualidades humanísticas, la aplicación de la moderna ciencia médica es subóptima, ineficaz, o incluso nociva”* nos pone de manifiesto como primera consideración ética el estado del arte de la medicina y la valoración humana por encima de todas las máximas.

En las diferentes escuelas de medicina siempre nos han enseñado a la hora del abordaje de dilemas bioéticos, cuatro principios fundamentales: *“autonomía, no maleficencia, beneficencia, y justicia”*. Estos principios, aunque útiles para proporcionar un marco de trabajo inicial, son de valor limitado por su amplitud y por estar abiertos a diversas y conflictivas interpretaciones.

El autor **Ezekiel J. Emanuel** argumenta, *“no existe fórmula alguna ni pequeña colección de principios éticos que proporcionen respuestas mecánicas o mágicas a los dilemas bioéticos. En su lugar, los médicos deben seguir un metódico proceso analítico”*. En

---

<sup>25</sup> Goldman, Lee y Ausiello, Dennis, la visión de la medicina, el enfermo y la profesión. Tratado de medicina interna. CECIL. Ed. 23. Volumen I. Cap 1.

## 8. CONSIDERACIONES ETICAS

primer lugar, los médicos deben obtener los hechos que sean relevantes para la situación. Después, trazarán las líneas básicas del problema bioético. En tercer lugar, es importante identificar todos los principios y valores críticos relacionados con el caso y cómo podrían entrar en conflicto. En cuarto lugar, y dado que numerosos dilemas éticos han sido ya analizados previamente y han estado con frecuencia sujetos a estudios empíricos, los médicos deben examinar la literatura relevante, tanto si se trata de comentarios o de estudios en revistas médicas como casos legales o libros de texto.<sup>26</sup>

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, la normatividad y exigencias legales vigentes, este trabajo investigativo por utilizar observación participante y entrevistas, no genera riesgos para los participantes y se adhiere a los lineamientos internacionales consignados en la **declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial** (principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos) y a la legislación nacional consignada en **la resolución 008430 de 1993**, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Título II: de la investigación en los seres humanos. Capítulo I: De los aspectos éticos de la investigación en los seres humanos;” *en toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar*”. (artículo 5), y la **LEY 23 de 1981**, por la cual se dictan las normas en materia de ética médica en Colombia.

---

<sup>26</sup> Ezekiel J. Emanuel, bioética en la práctica médica. Tratado de medicina interna. CECIL. Ed. 23. Volumen I. Cap 2.

## 8. CONSIDERACIONES ETICAS

Así mismo, el proyecto investigativo a nivel institucional se realizó en el marco de las políticas consignadas en el código de ética y buen gobierno de la ESE Metrosalud<sup>27</sup> que constituye el pilar fundamental para la ejecución de todas las actividades investigativas asistenciales y administrativas realizadas por nuestra institución, a fin de asegurar el cumplimiento de las necesidades y expectativas de nuestros usuarios, sus familias, los colaboradores, proveedores, la comunidad y las partes interesadas. Las políticas contempladas para el desarrollo de la investigación fueron cumplidas a cabalidad y recopilan la expresión y el sentimiento del investigador para garantizar el respeto a la dignidad de las personas, su libertad y autodeterminación, prevenir daños y tensiones, salvaguardar la vida privada y la confidencialidad de los datos suministrados. Se enuncian a continuación las políticas en consideración:

### ❖ **Política Para la Gestión Ética**

La ESE Metrosalud manifiesta su clara disposición a autorregularse para lo cual se compromete a encaminar sus actividades de conformidad con los principios enunciados en la Constitución, las demás normas vigentes, el Código de Ética y Buen Gobierno, orientándose hacia una Gestión integral, con principios y valores éticos frente a todos sus grupos de interés.

### **Promulgación de Los Postulados de Ética**

- ✓ Respetamos y protegemos la vida, la dignidad humana y la salud de los usuarios de nuestros servicios sin discriminación alguna.

---

<sup>27</sup> Oficina de planeación y desarrollo organizacional. Código de ética y buen gobierno. ESE Metrosalud 2013

## 8. CONSIDERACIONES ETICAS

- ✓ Acogemos la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la norma del Derecho Internacional Humanitario (DIH) y protegemos la misión médica.
- ✓ Respetamos y protegemos los derechos de los usuarios y facilitamos el cumplimiento de los deberes de los ciudadanos, garantizando su divulgación, orientación inaplicación permanente.
- ✓ Acogemos y cumplimos los principios inherentes a la gestión pública, establecidos en la Constitución Política y en las Leyes que regulan el desempeño de los servidores públicos.
- ✓ Actuamos conforme a los principios de nuestras profesiones y a los términos pactados en el contrato de trabajo.
- ✓ Acogemos la calidad como condición para alcanzar la excelencia en el ser y en el hacer.
- ✓ Construimos relaciones sociales y laborales fundamentadas en el diálogo, el respeto, la tolerancia y la solidaridad.
- ✓ Con nuestro trabajo contribuimos al mejoramiento de la calidad de vida de la población de Medellín.

## 8. CONSIDERACIONES ETICAS

### ❖ **Política del Buen Trato y Respeto**

La ESE Metrosalud se compromete a brindar un trato amable, cortés y respetuoso a la comunidad, a los compañeros de trabajo, y en general a todas las personas con quienes se tiene relación, en ejecución de nuestras responsabilidades y funciones, sin distinción o discriminación de ninguna índole.

### ❖ **Política de Confidencialidad y de Privacidad**

La ESE Metrosalud se compromete a que todos los servidores que manejan información privilegiada aseguren que la información que es reserva no sea publicada o conocida por terceros de acuerdo a lo establecido por la normatividad fundamentada en los principios éticos y al autocontrol.

### ❖ **Política Frente a Los Conflictos de Interés**

La ESE Metrosalud se compromete a prevenir, manejar, divulgar y resolver los conflictos de interés entre Metrosalud y sus grupos de interés con el objetivo de fortalecer la cultura organizacional, el comportamiento ético, los valores institucionales, el respeto a la integridad de las personas, el comportamiento transparente, la credibilidad y la confianza mediante el respeto a los deberes y derechos, a los reglamentos internos y a la normatividad.

## 8. CONSIDERACIONES ETICAS

### ❖ **Política de Responsabilidad Social**

Metrosalud declara pública y expresamente su compromiso con el cumplimiento de la gestión interna de resultados, de su rendición pública y al ejercicio del control social mediante la protección a los derechos fundamentales, salvaguardando los parámetros básicos de protección a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la dignidad humana, a la intimidad, al libre desarrollo de la personalidad, a la libertad de conciencia y de cultos, a la asociación, al respeto, a la equidad en la atención, al acceso a la información, a facilitar la participación social de usuarios, familias y demás grupos de interés y al cuidado y preservación del medio ambiente.

## 9. VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD

Este proyecto posee el aval del personal administrativo de la Institución, ya que se cuenta con el talento humano necesario para desarrollar la investigación y poder ejecutar las acciones planeadas con anterioridad.

Se cuenta con el presupuesto para realizar el proyecto, el cual no tiene mayor costo comparado con el beneficio que le brinda a la Institución al lograr identificar las causas más frecuentes que generan los reingresos y así poder realizar un plan de mejora para disminuir los mismos, de igual manera se verán beneficiados los usuarios y sus familias.

Este proyecto es factible ya que cuenta con el acceso a la información necesaria para realizarlo, desarrollando las actividades programadas indispensables para alcanzar el objetivo de la investigación. Consideramos que la mejor opción para corroborar la información almacenada era la entrevista telefónica, la cual nos permitió analizar mejor la información recolectada.

La información suministrada por la Institución y por los participantes de la investigación es respetada y utilizada sólo para fines investigativos.

## 9. VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD

Debido a que el proyecto se empezó a elaborar con anterioridad, teniendo en cuenta un cronograma de actividades, se pudo llevar a cabo su ejecución y se logró alcanzar el objetivo esperado en el tiempo estimado.

El proyecto cuenta con viabilidad debido a que cumple con todos los principios legales, éticos y sociales y no genera ningún impacto negativo en el medio ambiente.

## 10. ANALISIS DE COSTOS

**10. ANALISIS DE COSTOS**

El análisis de costos se realizó contemplando los rubros correspondientes a necesidades de talento humano, materiales y equipos, necesidades de infraestructura, transporte y por ultimo un fondo de imprevistos para gastos varios. En la Tabla N°4 se detallan cada uno de los rubros discriminados por unidad, cantidad, costo unitario y costo total.

<b>Tabla N° 4 ANALISIS DE COSTOS DIFERENCIADO</b>				
<b>RUBRO</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>COSTO UNITARIO EN PESOS</b>	<b>COSTO TOTAL EN PESOS</b>
<b>TALENTO HUMANO</b>				
PROFESIONAL MEDICO	Horas	240	22.000	5.280.000
PROFESIONAL NUTRICIONISTA	Horas	240	12.000	2.880.000
AUXILIAR DE ARCHIVO	Horas	8	8.000	64.000
TECNOLOGO EN ESTADISTICA	Horas	4	11.000	44.000
AUXILIAR DE FACTURACION	Horas	4	10.000	40.000
DIGITADOR	Horas	12	8.000	96.000

## 10. ANALISIS DE COSTOS

NECESIDADES DE INFRAESTRUCTURA				
CONSULTORIO	Días	4	0	0

MATERIALES Y EQUIPOS				
PAPELERIA	Resma	1	12.600	12.600
FOTOCOPIAS	Hojas	70	100	7.000
IMPRESIONES	Hojas	350	100	35.000
PASTA Y ENCUADERNADO	No aplica	1	20.000	20.000
EQUIPO DE COMPUTO	Laptop	1	1.000.000	1.000.000

TRANSPORTE				
TRANSPORTE PUBLICO INTERMUNICIPAL	Viajes	20	18.000	360.000
DESPLAZAMIENTOS INTRAURBANOS	Viajes	20	1.900	38.000

VARIOS				
FONDO DE IMPREVISTOS	No aplica	1	70.000	70.000
<b>TOTAL GASTOS</b>				<b>9.946.600</b>

## **11. CRONOGRAMA**

Cronograma de actividades. Véase anexo N° 1

## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

Se analizaron 63 historias clínicas como potenciales reingresos hospitalarios en el periodo definido (01 de enero hasta el 30 de junio de 2015), de las cuales solo 22 historias clínicas que corresponden al 35%, cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en el marco metodológico.

De las 22 historias clínicas de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se identificó que en 1 caso el paciente tuvo 2 episodios de reingreso para el periodo estipulado, lo cual arroja un resultado total de 24 reingresos en el primer semestre de 2015.

La edad media de los pacientes estudiados fue de 56.3 años y el 77.2 % de los pacientes eran de género masculino. La diferenciación porcentual por grupo etario excluye los rangos de edad comprendidos de 1 – 4 años y 5 – 14 años ya que el servicio hospitalario en donde se analizaron los casos es de medicina interna. La caracterización de los reingresos por grupo etario, se recogen en la tabla N° 5 a continuación:

## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

<b>Tabla N° 5 caracterización de reingresos por grupo etario</b>	
<b>Grupo etario</b>	<b>Porcentaje de reingresos</b>
Neonatos	0%
1 - 4 años	0%
5 – 14 años	0%
15 – 44 años	31.8 %
45 – 59 años	27.2%
Mayores de 60 años	41%

Según los datos anteriores se puede inferir que la edad avanzada constituiría un factor de riesgo para reingresar al hospital.

*Las características del episodio índice* (ingreso que precede al reingreso), se pueden resumir de la siguiente manera:

- Ninguno de los ingresos índice se realizó en forma programada. El 100 % de los ingresos se realizaron a través del servicio de urgencias.
- El tiempo de estancia promedio de los ingresos índice fue de 6.9 días, acorde al estándar deseado en la institución para un servicio de hospitalización en medicina interna que es de 7 días.
- El 27 % de los ingresos índice tuvieron estancias hospitalarias cortas no superiores 1.2 días en promedio debido varios factores como remisiones a otros niveles de atención, fuga hospitalaria, alta temprana y altas voluntarias.

## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

En la tabla N° 6 se resume el destino de egreso que tuvo ingreso índice.

<b>Tabla N°6 Destino al Egreso</b>		
<b>DESTINO</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Domicilio	17	70%
Remisión a otro Nivel de complejidad	2	8.3%
Alta voluntaria	4	16.6%
Fuga de paciente	1	4.2%

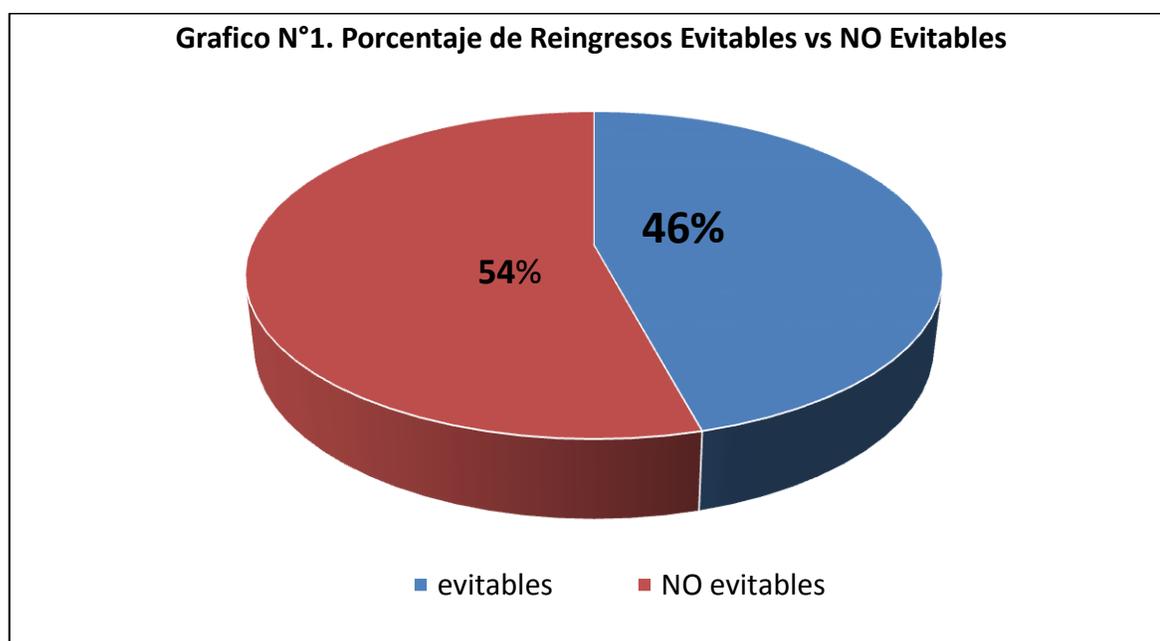
Los ingresos hallados en este estudio corresponden predominantemente a diagnósticos de enfermedades respiratorias obstructivas crónicas en un 21%, infecciones de vía urinaria en un 16.6%, patologías psiquiátricas en un 12.5% y enfermedades infecto-contagiosas como VIH y tuberculosis en un 12.5%, continúan siendo las más frecuentes y ello se correlaciona con el perfil de morbilidad del servicio de hospitalización de la institución en donde el EPOC y la infección urinaria están catalogadas como las 2 primeras causas de internación en el servicio.

*Las principales características de los episodios de reingreso* se resumen a continuación:

- El 96% de los reingresos realizo de forma urgente o no programada, el 4% restante corresponde a 1 reingreso programado por contraremisión de otra institución.

## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

- El promedio de días transcurridos para que se dé el reingreso fue de 10. 6 días y la duración promedio de la estancia hospitalaria en el episodio de reingreso fue de 7.2 días, promedio superior al obtenido en el caso de los ingresos índice.
- **Tasa de reingresos hospitalarios:** se definió la tasa de reingreso como el número de pacientes que reingresaron al servicio de hospitalización por igual diagnostico o como consecuencia de la patología inicial en los 30 días siguientes al alta en el primer semestre de 2015, en relación con el número total de egresos vivos en el periodo señalado. El resultado de dicha tasa fue de 1.85 reingresos por cada 100 egresos, indicador que se encuentra dentro de la meta definida por la institución en 2.85 reingreso por cada 100 egresos.
- El porcentaje de reingresos evitables se refleja en el grafico N°1 a continuación



## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

Los *condicionantes potenciales* para definir la evitabilidad o no evitabilidad de los reingresos se resumen en el cuadro N° 3 como se muestra:

<b>Cuadro N° 3. Condicionantes potenciales para definir la evitabilidad o NO evitabilidad de los reingresos desde la óptica asistencial</b>	
	<b>CONDICIONANTES</b>
<b>REINGRESO POTENCIALMENTE EVITABLE</b>	No se realizó un adecuado enfoque diagnóstico desde el ingreso.
	Adherencia a guías y protocolos de manejo con resultado no satisfactorio
	No se dio continuidad al manejo ambulatorio del paciente
	No se hicieron las respectivas recomendaciones ni se estableció plan de manejo al egreso.
	Alta temprana
	Fuga del paciente
	Infección atribuida a la atención en salud (IAAS)
<b>REINGRESO NO EVITABLE</b>	Complicación inherente a la patología por su curso natural de la enfermedad
	recurrencia o progresión clínicamente inevitable
	Solicitantes de alta voluntaria
	Reingreso programado por contrarremisión de otra institución
	No se encuentran deficiencias en el proceso de atención
	Situación de abandono, habitante de calle o pobre red de apoyo
	El paciente no es adherente a las recomendaciones de manejo ambulatorio en el momento del egreso

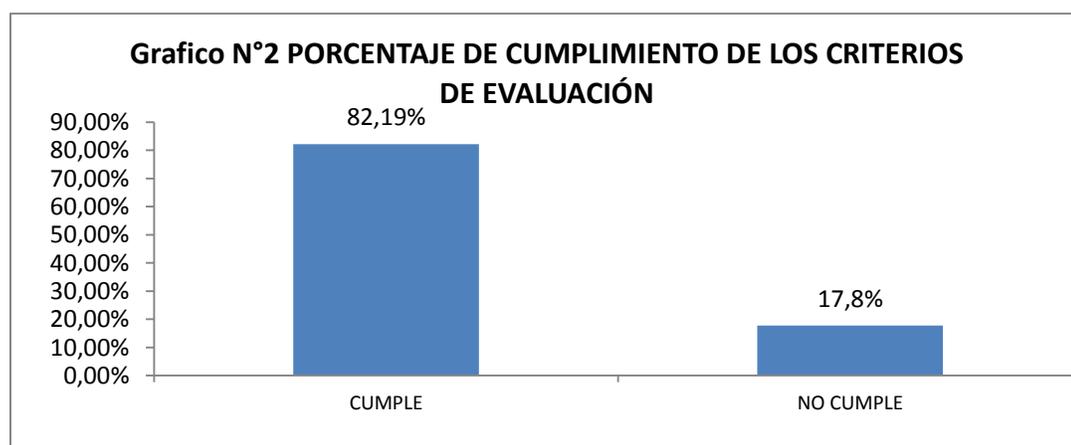
## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

Para determinar potenciales causas generadoras de reingresos mediadas por deficiencias en el proceso de atención hospitalaria, se aplicó el instrumento evaluativo de adherencia, contemplando criterios de diligenciamiento de historia clínica y adherencia a guías médicas. Dicho instrumento de evaluación establece la calificación final en rangos definidos de acuerdo al cumplimiento de cada historia como se evidencia continuación en la tabla N° 7

<b>ADHERENCIA SATISFACTORIA</b>	<b>85% - 100%</b>
<b>REGULAR ADHERENCIA</b>	<b>75% y 84,9%</b>
<b>ADHERENCIA NO SATISFACTORIA</b>	<b>Menos de 74,9%</b>

En la discriminación porcentual de cumplimiento, se determinó que una tercera parte (33.3%) de las historias clínicas obtuvieron un resultado no satisfactorio en la evaluación, el 20.8% de las historias clínicas obtuvo un resultado de adherencia moderado y el 45.8% obtuvo una adherencia satisfactoria.

Los resultados globales de cumplimiento para los criterios evaluados en cada historia seleccionada como reingreso se relacionan a continuación. Grafico N°2



## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

A continuación, se caracterizan los reingresos por tipo de patología y el peso porcentual para dicho evento. Tabla N° 8

<b>Tabla N° 8 Caracterización de reingresos hospitalarios de acuerdo al tipo de patología</b>		
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>NUMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
EPOC	6	25%
INFECCION URINARIA	5	20.8%
VIH	1	4.16%
TUBERCULOSIS	2	8.32%
INTENTO DE SUICIDIO	1	4.16%
PSICOSIS	1	4.16%
TRASTORNO BIPOLAR	1	4.16%
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	1	4.16%
ARTRITIS REUMATOIDE	1	4.16%
URTICARIA	1	4.16%
DISENTERIA	1	4.16%
SINDROME CORONARIO AGUDO	1	4.16%
CELULITIS DE MIEMBROS INFERIORES	1	4.16%
SIFILIS INDETERMINADA	1	4.16%

Puede observarse que nuevamente en los reingresos continúa predominando la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la infección de vías urinarias (ITU) como causas

## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

patológicas más comúnmente relacionadas con reingresos hospitalarios mostrando relación directa con el perfil de morbi – mortalidad institucional.

Con el análisis causal de los reingresos se logró identificar, potenciales situaciones generadoras de reingresos “evitables”, relacionadas con problemas asociados a la calidad de la prestación del servicio y a condiciones propias del usuario. La estancia hospitalaria corta influenciada por 1 episodio de fuga hospitalaria y 3 altas voluntarias es considerada como una de las situaciones que pueden llevar a reingreso, sin embargo, el alta voluntaria es una situación que no puede controlar la institución e ingresaría en el ámbito de la “no evitabilidad”. Se pudo evidenciar que a pesar que la institución cuenta con un protocolo de cateterismo vesical en 1 de los casos no se identificó en la historia clínica el procedimiento adecuado, con el posterior reingreso por infección urinaria recurrente.

El plan de seguimiento ambulatorio, en el que se incluyen variables como programación de citas de seguimiento al egreso, remisiones ambulatorias, seguimientos por especialistas o realización de ayudas diagnosticas solo se cumple en el 50% de las historias evaluadas. Así mismo, el plan de cuidados post- egreso básicamente determinado por las recomendaciones al usuario y familia en el momento del egreso, no se cumple en el 29.1% de las historias evaluadas, factor que puede facilitar que el usuario no tenga la recuperación exitosa en su domicilio.

## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

En la tabla N° 9 se discriminan los hallazgos identificados, discriminados por porcentaje de presentación.

<b>Tabla N°9 Situaciones potencialmente generadoras de reingresos evitables</b>	
<b>RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE LA ATENCION</b>	
<b>Condición</b>	<b>% de presentación</b>
Estancia hospitalaria corta	20%
Tratamiento inadecuado	16.6%
Diagnóstico equivocado	8.3%
No hubo plan de cuidados post egreso	29.1%
No se aplicó el protocolo para el procedimiento	2.4%
No hubo plan de seguimiento ambulatorio	50%

Con el fin de evaluar las situaciones potencialmente generadoras de reingresos en el post egreso atribuibles a la comprensión y cumplimiento de las recomendaciones en casa por parte del usuario y/o cuidador, cumplimiento en el tratamiento ordenado o barreras administrativas para la autorización de procedimientos ambulatorios y condiciones sociales desfavorables, se realizó una encuesta vía telefónica (ver anexo N° 5), que arrojó los siguientes resultados expresados en la tabla N° 10

## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

<b>Tabla N° 10 Situaciones potencialmente generadoras de reingresos evitables</b>	
<b>RELACIONADAS CONDICIONES ATRIBUIBLES AL USUARIO O ADMINISTRATIVAS</b>	
<b>Condición</b>	<b>% de presentación</b>
No comprendió o comprensión parcial de las recomendaciones	25%
Refirió no haber recibido recomendaciones al egreso	19%
Vive solo o no cuenta con cuidador en el hogar	12.5%
Vive en zona rural	0%
Barreras administrativas para autorizaciones de procedimientos ambulatorios necesarios para la recuperación	25%

De los usuarios registrados como reingresos, solo se pudo establecer contacto con el 73%, de los cuales el 100% habita en zona urbana y no declara dificultades geográficas de acceso a la institución. El 12.5% de los usuarios encuestados vive solo y cuenta con pobre red de apoyo familiar. Nuevamente la falta de recomendaciones de manejo y seguimiento al egreso, el cumplimiento parcial o incumplimiento de las mismas es un factor de riesgo potencial como posible generador de reingreso, pudiéndose determinar que por lo menos 1 de cada 4 pacientes no sigue o no tiene suficiente información por parte del equipo de salud, para su cuidado en casa. Las barreras administrativas relacionadas con retrasos en la autorización de ordenes o citas de seguimientos constituye otro factor relevante que potencialmente podría ocasionar reingreso afectando al 25% los usuarios encuestados. El 81.25% de los usuarios declaro sentirse satisfecho con la atención brindada durante su estancia hospitalaria.

## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

En la distribución de causas generadoras de reingresos hospitalarios se pudieron identificar otras causas que son consideradas como “no evitables” y que fueron agrupadas según se puede observar en la tabla N° 11

<b>Tabla N° 11 Situaciones generadoras de reingresos NO evitables</b>	
<b>Condición</b>	<b>% de presentación</b>
Recurrencia o progresión clínicamente inevitable	16.6%
Reingreso programado por contrarremisión de otra institución	4.16%
Complicación inherente a la patología por su curso natural de la enfermedad	12.5%
Situación de abandono, habitante de calle o pobre red de apoyo.	16.6%
Incumplimiento en el seguimiento de recomendaciones	25%
Incumplimiento en el esquema de tratamiento	6.25%
Alta voluntaria	16.6%

## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

Las causas de reingresos NO evitables más frecuentes se encuentran relacionadas con el curso natural de la enfermedad con un 16.6% y con situaciones socioculturales en un 16.6% caracterizadas por usuarios en situación de abandono, habitantes de calle o pobre red de apoyo que frecuentemente llevan a que sean estos mismos usuarios quienes egresen del servicio solicitando alta voluntaria sin cumplir con los tiempos de tratamiento o resolución de sus patologías con el posterior reingreso. Es importante señalar que usuarios habitantes de calle solicitan alta voluntaria y nuevamente son regresados al servicio por las autoridades como la policía o el servicio de emergencias 1.2.3, constituyendo esto una fuente continua de reingresos.

El análisis de costos ocasionados por los reingresos en la unidad de castilla se realizó obteniendo los valores totales en los detalles de facturación desde la admisión hasta el egreso, basados en las cuentas de cobro emitidas al ente asegurador.

En la tabla N° 12 se discriminan los valores en pesos, correspondientes a cada hospitalización, realizando una comparación entre los costos del caso índice y los costos del reingreso.

## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

<b>TABLA N° 12 COSTOS HOSPITALARIOS CASO INDICE Y CASO REINGRESO POR USUARIO</b>						
<b>USUARIO</b>	<b>FECHA DE INGRESO ÍNDICE (dd/mm/año)</b>	<b>FECHA DE EGRESO (dd/mm/año)</b>	<b>COSTO DE LA HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>FECHA DE REINGRESO (dd/mm/año)</b>	<b>FECHA DE EGRESO (dd/mm/año)</b>	<b>COSTO DE LA HOSPITALIZACIÓN REINGRESO</b>
1	31/03/2015	08/04/2015	1.376.823,00	21/04/2015	24/04/2015	446.121,00
2	22/05/2015	18/06/2015	5.423.006,00	08/07/2015	28/07/2015	5.792.235,00
3	22/04/2015	24/04/2015	188.824,00	04/05/2015	10/05/2015	880.848,00
4	06/03/2015	03/04/2015	8.969.682,00	05/04/2015	20/04/2015	2.734.168,00
5	03/05/2015	08/05/2015	1.027.063,00	26/05/2015	28/05/2015	465.730,00
6	02/02/2015	03/02/2015	475.376,00	04/02/2015	08/02/2015	433.747,00
7	17/02/2015	18/02/2015	414.310,00	27/02/2015	06/03/2015	1.590.343,00
8	29/04/2015	09/05/2015	2.633.547,00	18/05/2015	28/05/2015	2.691.621,00
9	24/02/2015	26/02/2015	477.936,00	25/03/2015	01/04/2015	917.426,00
10	26/05/2015	03/06/2015	1.206.931,00	18/06/2015	25/06/2015	1.105.044,00
11	18/05/2015	25/05/2015	1.871.260,00	30/05/2015	05/06/2015	2.033.357,00
12	28/04/2015	29/04/2015	680.113,00	12/05/2015	19/05/2015	1.480.800,00

## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

13	29/03/2015	08/04/2015	1.979.503,00	17/04/2015	28/04/2015	2.617.114,00
14	21/04/2015	22/04/2015	106.680,00	30/04/2015	07/05/2015	1.053.400,00
15	30/03/2015	06/04/2015	744.607,00	18/04/2015	24/04/2015	913.796,00
16	14/01/2015	21/01/2015	1.074.204,00	21/01/2015	29/01/2015	621.653,00
17	31/05/2015	08/06/2015	1.797.039,00	16/06/2015	19/06/2015	496.141,00
18	08/03/2015	13/03/2015	2.165.403,00	09/04/2015	10/04/2015	404.350,00
19	13/03/2015	20/03/2015	1.477.803,00	25/03/2015	03/04/2015	2.216.504,00
20	25/01/2015	09/02/2015	5.483.769,00	10/02/2015	18/02/2015	1.445.155,00
21	25/01/2015	09/02/2015	5.483.769,00	19/02/2015	22/02/2015	555.119,00
22	25/01/2015	09/02/2015	5.483.769,00	27/02/2015	10/03/2015	1.951.939,00
23	28/03/2015	02/04/2015	831.259,00	11/04/2015	18/04/2015	645.168,00
24	10/06/2015	12/06/2015	807.440,00	14/06/2015	16/06/2015	396.544,00
<b>COSTO TOTAL INGRESO</b>			<b>52.180.116,00</b>	<b>COSTO TOTAL REINGRESO</b>		<b>33.888.323,00</b>

## 12. RESULTADOS Y ANALISIS

El costo total generado por los ingresos índice es mayor que el de los reingresos con una diferencia de 18.291.793 millones de pesos, sustentado en el hecho de que la mayoría de procedimientos diagnósticos y necesidades de traslado en ambulancia se realizaron en la primera hospitalización y muchos de ellos no son necesarios en el reingreso. El costo institucional de los reingresos **EVITABLES**, identificados por el color amarillo en la tabla anterior, ascendió a 13.399.244 millones de pesos.

## 13. CONCLUSIONES

Con base en el análisis de los resultados obtenidos en el ejercicio investigativo nos proponemos a enunciar las siguientes conclusiones, relacionándolas por grupo de interés.

### **Relacionadas con la institución**

- Las causas de reingreso a los servicios hospitalarios pueden ser multifactoriales, sin embargo, en la unidad hospitalaria de castilla “Jaime Tobón Arbeláez”, el plan de manejo al egreso relacionado con la educación, prescripción de recomendaciones y tratamiento ambulatorio, muestra algunas deficiencias en el proceso de atención como medida directa de la calidad en la prestación del servicio, lo cual estaría generando reingresos potencialmente evitables.
- A pesar de que se detectaron problemas relacionados con la calidad de la atención en salud, la tasa de reingresos en la unidad hospitalaria de castilla se encuentra en el rango de la meta esperada e incluso para tratarse de un servicio de medicina interna y tener pacientes crónicos, el indicador muestra un comportamiento mejor al esperado, concluyendo así que en términos globales la calidad en la atención en el servicio evaluado es buena.

### 13. CONCLUSIONES

- Aunque es necesario implementar dentro del procedimiento de atención hospitalario estrategias de detección al ingreso de usuarios con potencialidad posterior de reingresos, que lleven a que se logre minimizar el evento, de acuerdo al análisis de las diferentes variables en las historias clínicas, logramos determinar que las acciones para evitar los reingresos deben ir más enfocadas a la prevención primaria del evento hospitalario índice y reingreso pues podemos destacar que la mayoría de los pacientes que reingresan son o podrían pertenecer a un grupo de riesgo o programa de P y P, por edad o patologías, por lo tanto la calidad de la atención primaria debe garantizar el evitar la aparición de complicaciones de estas patologías de riesgo como la EPOC, enfermedades cardiovasculares o infecto – contagiosas.
- Los costos hospitalarios por reingresos superan en muchos de los casos al del ingreso índice. Los reingresos evitables incrementan los costos hospitalarios en un 125% en relación con el caso índice lo cual hace necesario tomar medidas inmediatas para garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.
- Se requieren líneas investigativas adicionales dentro de la institución que evalúen la relación de los reingresos hospitalarios con la calidad de vida de los pacientes, el uso de hogar geriátrico y las intervenciones realizadas desde los programas de riesgo específico de base y de promoción y prevención en la IPS, con el fin de demostrar la influencia y el impacto de los reingresos en la mortalidad global.

### 13. CONCLUSIONES

#### **Relacionadas con el equipo de salud**

- En la unidad hospitalaria de castilla ESE Metrosalud, los reingresos hospitalarios evitables constituyen un reflejo de la calidad de la atención que desnuda debilidad en los procesos clínico asistenciales, principalmente en el cumplimiento de guías y protocolos de manejo y en el componente educativo y de entrenamiento que se le debe brindar al usuario y su familia al momento del egreso.
- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la infección de vías urinarias constituyen las dos patologías más comunes asociadas a reingresos hospitalarios, situación acorde con el perfil de morbilidad de la unidad hospitalaria de castilla y con el perfil de mortalidad para el caso del EPOC. De lo anterior se puede concluir que existen fallas en la adherencia a las guías y protocolos de atención para dichas patologías y requiere el fortalecimiento de programas de seguimiento principalmente en pacientes crónicos con enfermedades de tipo respiratorio como la mencionada.

#### **Relacionadas con el usuario, su familia y/o cuidadores.**

- La falta de adherencia al plan de cuidados en casa, la ausencia de red de apoyo familiar o un cuidador en el hogar y el nivel social, cultural y educativo de los usuarios, constituyen factores asociados que incrementan la tasa de reingresos hospitalarios.

### 13. CONCLUSIONES

- El promedio de días estancia hospitalaria es superior en el episodio de reingreso, lo cual se refleja en mayores posibilidades de complicaciones para el paciente por mayor exposición al ambiente hospitalario, afectación en su capacidad funcional y productiva, incremento en la fatiga y agotamiento del cuidador y finalmente mayores costos para la institución.
- Un factor no contemplado desde el inicio del trabajo investigativo como generador potencial de ingresos estuvo determinado por la alta voluntaria solicitada por varios usuarios con patologías debilitantes que, por sus condiciones sociales como población habitante de calle, farmacodependientes y pobre red de apoyo, tienen recurrencias en sus ingresos impactando negativamente en el indicador. Consideramos dicho reingreso como no evitable porque según la legislación colombiana ninguna institución que no pertenezca a la red de penitenciarias puede retener en contra de su voluntad a ningún ciudadano.

## 14. RECOMENDACIONES

De acuerdo a lo concluido en el ejercicio de investigación y posterior al análisis estadístico, determinantes o fallas latentes en los procesos y resultados de las adherencias a guías y protocolos de manejo evaluadas al personal asistencial, nos proponemos a emitir las siguientes recomendaciones como insumo para la mejora continua de la calidad institucional.

- La unidad hospitalaria de castilla requiere implementar estrategias que le permitan minimizar el evento reconocido como reingreso, para ello se sugiere replantear el proceso de atención hospitalaria incluyendo en el procedimiento de atención 3 actividades en forma prioritaria a saber:
  1. Instructivo y ronda de necesidades y expectativas del usuario y sus familias desde el ingreso al servicio de hospitalización, que debe ser efectuado por un grupo interdisciplinario de profesionales constituido por el médico de sala, médico internista, jefe de enfermería, auxiliar de enfermería asignada, psicología, químico farmacéutico, nutricionista y trabajadora social.
  2. Plan de entrenamiento a usuarios y familias para el cuidado en casa previo al egreso hospitalario, liderado por el profesional en enfermería y trabajadora social, que comprenda actividades como: seguimiento a recomendaciones, instrucciones sobre autocuidado, uso adecuado de dispositivos médicos, hábitos

nutricionales, educación sobre trámites administrativos para autorización de ordenes ambulatorias para darle continuidad al tratamiento.

3. Implementación del consultorio terapéutico liderado por el químico farmacéutico para que en el momento del egreso cumpla funciones de entrenamiento acerca del adecuado uso, almacenamiento y consumo de los medicamentos.
- Incluir dentro del plan de capacitación institucional como temas prioritarios, la socialización e implementación de las guías medicas correspondientes a las 2 patologías más comúnmente generadoras de reingresos, morbilidad y mortalidad (EPOC e Infección de vía urinaria) y establecer puntos de control (auditoria) para las mismas que le permitan al personal gestionar su propio cumplimiento. Así mismo deben desarrollarse actividades de capacitación para los usuarios y sus familias con este tipo de patología y darles a conocer los contenidos de la guía del usuario para dichas condiciones clínicas.
  - Definir, formalizar e implementar un programa integral de atención de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que incluya no solo a los usuarios sino a su red de apoyo, con enfoque prioritario en el manejo de la EPOC como patología objetivo a intervenir.

- Concientizar al personal administrativo y clínico asistencial sobre la importancia del componente educativo que se le debe de brindar al usuario en todos los ámbitos, como medida impactante para reducir las complicaciones, recurrencias y por ende los reingresos.
- La institución debe de concertar con el ente territorial (municipio) estrategias para el manejo y abordaje de los usuarios en condición de habitantes de calle, que como se pudo observar son una fuente habitual de reingresos. Es prioritario articular el proceso intrahospitalario y el sistema de atención al habitante de calle adulto definiendo la red de apoyo para estos usuarios y la necesidad que se tiene de acompañamiento permanente durante su ciclo hospitalario por personal anexo de la secretaria de inclusión social y familia.
- Se recomienda a la institución establecer un mecanismo diferenciado que de manera integral se enfoque en el manejo y seguimiento de los pacientes re-hospitalizados por diagnósticos de interés; a través de este se realizará el control continuo de estos pacientes concentrando su manejo al especialista o al médico del programa, garantizando el buen manejo de sus patologías de base.
- La institución debe de ajustar los procesos de facturación y cobro, mejorando la calidad del dato consignado en el sistema, con el fin de evitar glosas, reprocesos, recobros y mayor déficit financiero para la institución. Se recomienda efectuar los desarrollos necesarios para tal fin en su sistema de facturación en forma prioritaria.

## 15. BIBLIOGRAFIA Y CIBERGRAFIA

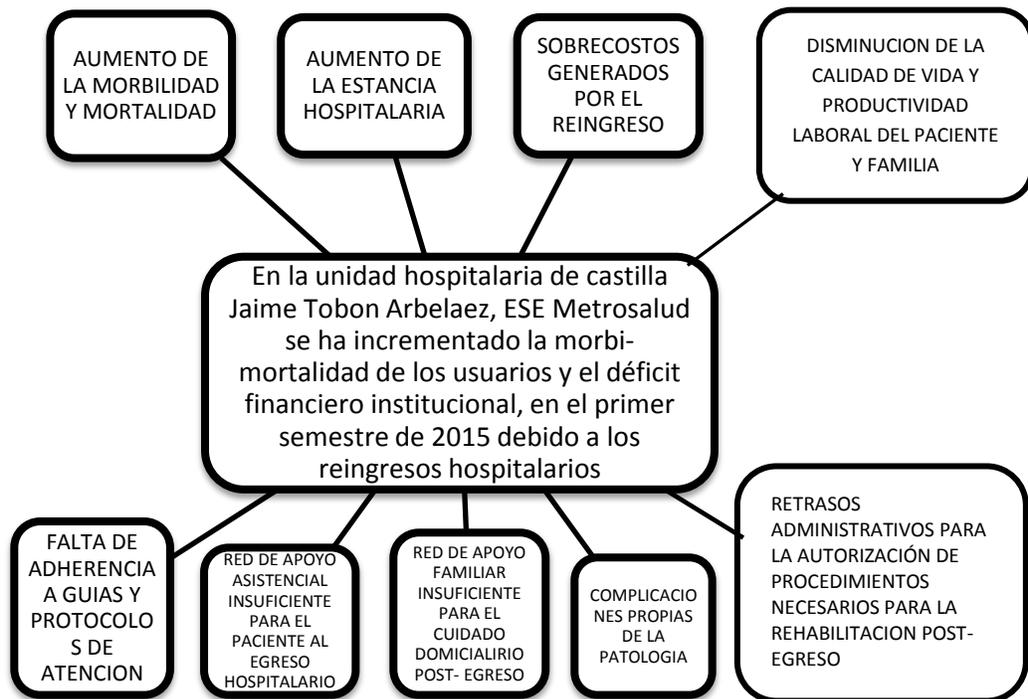
---

1. Rubén Darío Gómez, manual de gestión de proyectos en salud pública. U de A. 2013. ISBN 978-958-714-281 - 5
2. Benbassat J, Taraguin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care: advantages and limitations. *Arch Intern Med* 2000; 160:1074-81.
3. Clark A. Are readmissions avoidable. *Br Med J* 1990; 301: 1136-8
4. Frankl SE, Breeling JL, Goldman L. Preventability of emergent hospital readmission. *Am J Med* 1991; 90: 667-74.
5. Thomas JW. Does risk-adjusted readmission rate provide valid information on hospital quality? *Inquiry* 1996; 33: 258-70
6. Mc Kay MD, Rowe MM, Bernt FM. Disease chronicity and quality of care in hospital readmissions. *J Health Qual* 1997; 19: 33-7.
7. Ashton CM, Kuykendall DH, Johnson ML, Wray NP, Wu L. The association between the quality of impairment care and aerly readmission. *Ann Intern med* 1995; 122: 415-21.
8. Balla U, Malnick S, Schattner A. Early readmissions to the department of medicine as a screening tool for monitoring quality of care problems. *Medicine (Baltimore)* 2008; 87: 294-300.
9. <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/IndicadoresdeCalidad/ListadodeIndicadores/ListadeIndicadores/Resultados/IndicadoresdeIPSParaDTS.aspx>
10. Friedman B, BasuJ. The Rate and Cost of Hospital Readmissions.

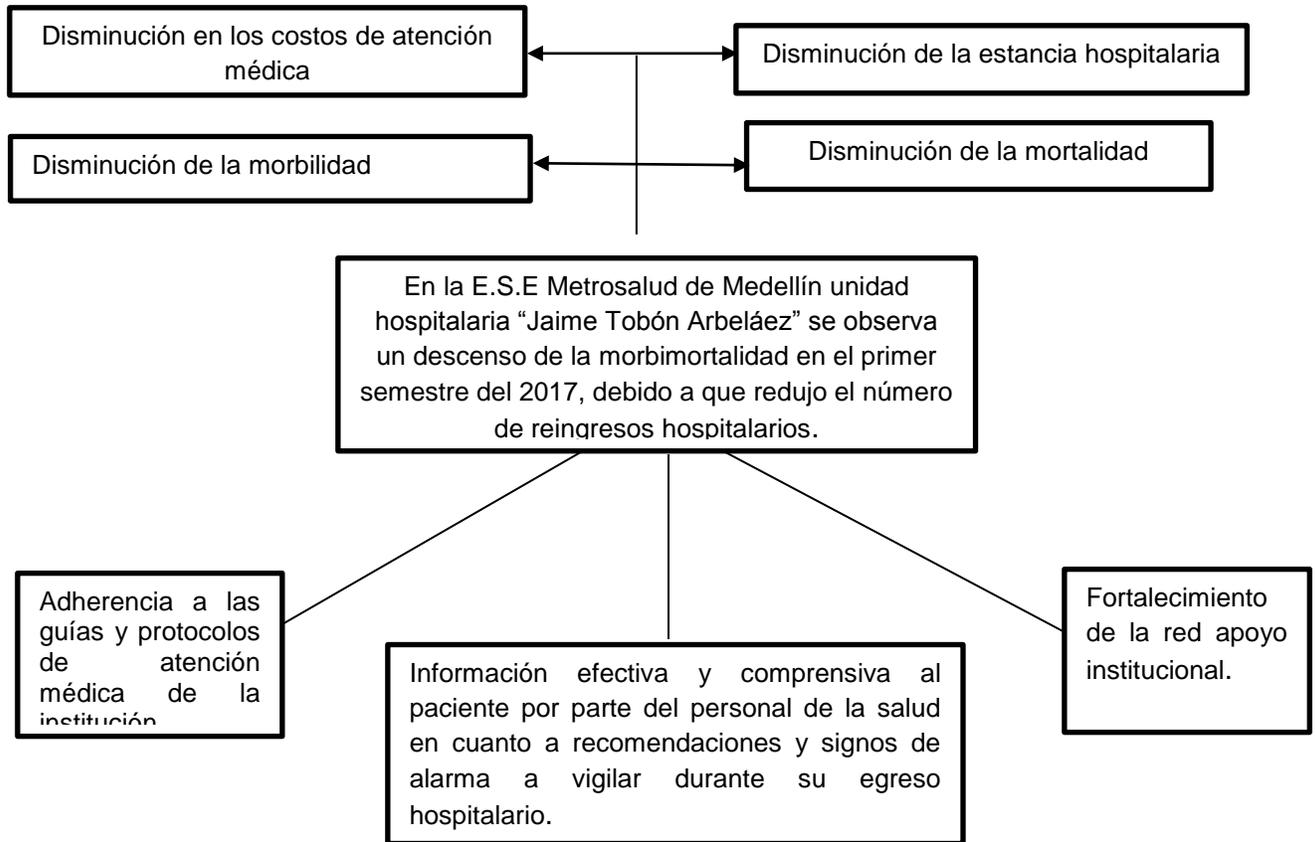
- for Preventable Conditions. *Med Care Res Rev* 2004; 61: 225-240.
11. Boulton C, Dowd B, McCaffrey D, Boulton L, Hernández R, Krulewitch H. Screening elders for risk of hospital admission. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 811-817.
  12. Preker AS, Langenbrunner J, Jakab M. Rich-poor differences in Health care financing. Pp 21-56 In: Dror DM, Preker AS, eds. *Social reinsurance: a new approach to sustainable community Health financing*. World Bank: Washington, 2002.
  13. Echeverri Velasco C. Del pluralismo estructurado hacia la protección social. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* (Bogotá) 2003;5: 107-116.
  14. Jencks S, Williams M, Coleman E. Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *N Eng J Med* 2009;360:1418-1428.
  15. <sup>1</sup>Artigas M. Lógica y ética en Karl Popper. (Internet). Pamplona: 2000 (acceso 2001-feb12). <http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/764/6/5.%20L%C3%93GICA%20>
  16. GREENWALD, Bruce and STIGLITZ, Joseph E. 1986 Externalities in Economies with Imperfect Information and Incomplete Markets, *Quarterly Journal of Economics*, no. 90
  17. Ministerio de salud y protección social de Colombia. Plan decenal de salud pública 2010 – 2020.
  18. JIMÉNEZ-PUENTE, A., García-Alegría, J., Gómez-Aracena, J., Hidalgo-Rojas, L., Lorenzo-Nogueiras, L., & Fernández-Crehuet-Navajas, J. (2002). Análisis de las causas de los reingresos en un hospital de agudos y su evitabilidad potencial. *Clínicas Médicas de Norteamérica*, 124, 90
  19. SEN, Amartya. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Editorial Planeta, 2000. ISSN 970-690-142-6

16. ANEXOS

ANEXO 1. ARBOL DE PROBLEMAS



**ANEXO 2. ARBOL DE SOLUCIONES**



16. ANEXOS

**ANEXO 3. DATOS BASICOS**

DATOS BÁSICOS																	
N	N° HC	GÉN ERO	EDA D (AÑ OS)	INGRESA CON ACOMPA ÑANTE	FECHA DE INGRE SO ÍNDICE (dd/mm /año)	FECHA DE EGRES O (dd/mm /año)	PATOL OGÍA DE BASE	DIAGNÓ STICO AL INGRES O (indice)	DIAGNÓ STICO AL EGRESO (indice)	COSTO DE LA HOSPITALI ZACIÓN	FECHA DE REING RESO (dd/mm /año)	FECHA DE EGRES O (dd/mm /año)	NÚMERO DE DIAS TRSCUR RIDOS PARA EL REINGR ES	DIAGNÓ STICO AL REINGR ESO	DIAGNÓ STICO AL EGRESO	COSTO DE LA HOSPITALI ZACIÓN	COSTO DEL REING RESO

## 16. ANEXOS

### ANEXO 4. INSTRUMENTO DE EVALUACION DE ADHERENCIA A GUIAS Y PROTOCOLOS

INSTRUMENTO DE EVALUACION DE ADHERENCIA A GUIAS Y PROTOCOLOS		
CRITERIO	N° HC	XXXXXXXX
	ESPECIALIDAD	MEDICINA INTERNA
El diagnóstico es coherente con el M.C, E.A y Examen clínico		<b>CUMPLE</b> <b>NO CUMPLE</b> <b>NO APLICA</b>
Se identifican las causas que generaron el diagnóstico.		
Se evalúan los factores de riesgo asociados a la patología		
La decisión de manejar al paciente de manera ambulatoria o internarlo (hospitalizarlo) está fundamentada en lo descrito en la guía médica		
Las ayudas diagnosticas ordenadas al paciente están acorde la guía médica		
El tratamiento farmacológico se realiza acorde a lo documentado en la guía médica		

El tratamiento no farmacológico se realiza acorde a lo documentado en la guía	
Se realizan las interconsultas necesarias para garantizar una atención integral al paciente	
Se solicitan las evaluaciones (ambulatorias) necesarias para garantizar una atención integral al paciente	
Se garantiza la continuidad en la atención programando los controles al paciente por el profesional	
El manejo nutricional esta acorde a lo planteado en la guía médica	

## 16. ANEXOS

Se evidencia en la HC las recomendaciones dadas al paciente en el momento del egreso	
Se evidencia la aplicación del algoritmo de manejo definido en la guía	
<b>TOTAL CRITERIOS QUE CUMPLE</b>	0
<b>TOTAL CRITERIOS NO CUMPLE</b>	0
<b>TOTAL CRITERIOS NO APLICA</b>	0
<b>TOTAL</b>	0

<b>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>		
CUMPLE	0	#¡DIV/0!
NO CUMPLE	0	#¡DIV/0!
NO APLICA	0	
TOTAL DE CRITERIOS CALIFICABLES	0	#¡DIV/0!

<b>ADHERENCIA SATISFACTORIA</b>	<b>85% - 100%</b>
<b>REGULAR ADHERENCIA</b>	<b>75% y 84,9%</b>
<b>ADHERENCIA NO SATISFACTORIA</b>	<b>Menos de 74,9%</b>

## 16. ANEXOS

**ANEXO 5. ENCUESTA. FICHA TECNICA**

<b>OBJETIVO</b>	Conocer la opinión de los usuarios que reingresaron al servicio de hospitalización de Metrosalud sede Castilla con respecto al servicio que recibieron y encontrar las posibles causas de su reingreso.
<b>GRUPO OBJETIVO</b>	Usuarios que reingresaron al servicio de hospitalización de Metrosalud sede Castilla en el transcurso de 30 días siguientes al alta. Primer semestre de 2015
<b>TÉCNICA</b>	Entrevista telefónica
<b>CUBRIMIENTO</b>	Medellín
<b>MUESTRA</b>	Se realizaron 18 entrevistas
<b>MARGEN DE ERROR</b>	El margen de error total de la muestra estimado es de 3% con un 95% de confianza
<b>FECHA DE LA ENCUESTA</b>	10 de mayo de 2016
<b>REALIZADO POR</b>	Investigadores del proyecto
<b>SELECCIÓN DE ENTREVISTADOS</b>	La población seleccionada se obtuvo de la base de datos suministrada por el área de archivo de Metrosalud sede Castilla, donde después de revisar todas las historias clínicas se seleccionaron sólo las que cumplían con los criterios de la investigación.

16. ANEXOS

**ENCUESTA TELEFÓNICA PARA EVALUAR ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO A PACIENTES QUE REINGRESARON A LA INSTITUCIÓN**

Esta encuesta tiene como fin verificar la comprensión de las recomendaciones intrahospitalarias de los usuarios y saber si cuenta con una red de apoyo en el hogar. Señor usuario le informamos que los datos suministrados por usted serán usados sólo para fines del presente proyecto y están protegidos por la Ley de Habeas Data Decreto 1377 de 2013 para Colombia. Con el diligenciamiento de la encuesta usted acepta el uso de la información para el fin antes expuesto.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	DOCUMENTO	TELÉFONO	SE LOGRO CONTACTO CON EL PACIENTE Y/O ACUDIENTE	NOMBRE DEL RECEPTOR DE LA LLAMADA	PARENTESCO	ZONA DE RESIDENCIA (URBANA RURAL)	¿RECIBÍ RECOMENDACIONES DEL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN PARA EL CUIDADO EN EL HOGAR?  (SI NO NO SABE)	¿COMPRENDÍ CLARAMENTE LAS RECOMENDACIONES QUE SE LE IMPARTIERON?  (SI NO NO SABE PARCIALMENTE NO LE ORDENARON)	¿CUENTA CON UN CUIDADOR/A EN EL HOGAR?  (SI NO)	SI CUENTA CON CUIDADOR/A, ¿ESTE RECIBIÓ LAS RECOMENDACIONES AL MOMENTO DE SU EGRESO DE LA INSTITUCIÓN?  (SI NO NO SABE NO TIENE)	¿MIENTRAS ESTUVO EN SU HOGAR TERMINÓ EL TRATAMIENTO O FARMACOLÓGICO QUE LE FORMULARON EN LA INSTITUCIÓN?  (SI NO NO SABE NO LE ORDENARON)  ¿POR QUÉ?	¿AL EGRESO DE LA INSTITUCIÓN USTED REQUERIÓ EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS Y/O CITA CON ESPECIALISTA?  ¿CUÁL?	¿TUVO ALGUNA DIFICULTAD CON LA EPS PARA QUE LE AUTORIZARAN ALGUNA ORDEN?  (SI NO NO SABE)  ¿CUÁL?	¿CUÁL FUE EL MOTIVO POR EL QUE TUVO QUE REGRESAR A LA INSTITUCIÓN?  (SI NO NO SABE)  ¿CUÁL?	¿SE ENCUENTRA UD SATISFECHO CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LA INSTITUCIÓN?  (SI NO NO SABE)
-----------------------------	-----------	----------	---	-----------------------------------	------------	-----------------------------------	--	--	---	--	--	---	---	---	--



## 16. ANEXOS

## ANEXO 7. CARTA DE AVAL INSTITUCIONAL

