

**ACCIONES ADMINISTRATIVAS COMO FACTORES CONTRIBUYENTES DE  
EVENTOS ADVERSOS DE UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL REGIMEN  
SUBSIDIADO DE MEDELLIN.**

**ELABORADO POR**

**LINA MARCELA DIAZ DUQUE  
PATRICIA ELENA LONDOÑO ZEBALLOS**

**UNIVERSIDAD CES**

**ESPECIALIZACION AUDITORIA EN SALUD**

**2012**

**A Tomás y Tatiana.**

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN .....	5
ABSTRACT .....	6
INTRODUCCIÓN .....	7
1 PROBLEMA .....	10
2 JUSTIFICACIÓN .....	17
3 OBJETIVOS .....	20
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
4 MARCO TEÓRICO.....	21
4.1 DEFINICIONES .....	21
4.2 SOPORTE JURÍDICO: .....	22
4.3 REVISIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD .....	29
4.4 FALLAS ADMINISTRATIVAS QUE GENERAN EVENTOS ADVERSOS EN UNA EAPB.....	33
4.5 MACROPROCESOS DE UNA EAPB DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN MEDELLIN: *57 .....	43
4.6 INFORMACIÓN OBJETO DE ANALISIS .....	50
4.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN.....	50
4.8 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN.....	50
4.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	50
4.10 DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	51
5 ANEXOS: CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO .....	52

6	CONCLUSIONES.....	54
7	BIBLIOGRAFIA .....	55

## RESUMEN

La política de Calidad en materia de Salud en Colombia, ha dirigido sus esfuerzos a la prevención de las situaciones asistenciales que someten al Usuario al riesgo de presentar Eventos Adversos, como consecuencia de un error en la prestación del servicio, que conlleva a un daño en su integridad. Dicha normatividad, ha encaminado sus lineamientos a políticas que impacten en las causas asistenciales de dichos eventos; sin embargo, existen otras situaciones comprendidas en los procesos administrativos que hacen parte de la cadena de riesgo que compromete la Seguridad del paciente; Las fallas en procesos administrativos, pueden ocasionar barreras de acceso que afectan la posibilidad de alcanzar el servicio asistencial de manera oportuna o continua, y más específicamente en condiciones de Seguridad. De las fallas administrativas que ocasionan eventos adversos, no se presenta una bibliografía extensiva que permita a las instituciones fortalecer su seguimiento y generar actividades que impacten en el mejoramiento continuo de sus procesos administrativos. Con esta monografía, buscamos extraer desde la bibliografía existente, las situaciones administrativas que generan Eventos Adversos y extrapolar en los procesos al interior de una Entidad Administradora de planes de Beneficios, que derivan en dichas situaciones y que vulneran la seguridad del paciente. Si bien es claro que ninguna decisión de carácter administrativo debe imponerse a lo clínico, es importante en aras de garantizar adecuadamente la seguridad del paciente, hacer una búsqueda exhaustiva de acciones administrativas como factores contribuyentes para la generación de Eventos Adversos. Este es un aporte en miras de sumarse a la notificación existente y a las políticas de calidad que ostentan las instituciones de salud, en aras de garantizar un mejoramiento integral de las condiciones de prestación de los servicios de salud en Colombia.

## **ABSTRACT**

The quality policy in the Colombian health system has been focussed in preventing assistential cases in which the users can be exposed to adverse effects in health care. This includes defects in the delivery of care to patients. The guidelines provided in Colombian regulation have been established in order to promote policies that may impact assistential causes in such events. Nevertheless, other situations related to administrative process inherent to the chain risk also compromise patient safety. The failures during the administrative process may create barriers to access that affect a safe, effective and continuous delivery of medical services. The existent literature related to administrative failures leading to adverse effects, seems to be insufficient to allow institutions to straightening their capacity and to facilitate continuous improvements of administrative procedures.

With this monograph, we intend to extract from existent literature those administrative situations related to adverse events. In addition, we aim to extrapolate from the process within Health Services Benefit Administrators the failures that may undermine the patient safety. Even though it is clear that no decision from administrative nature should be imposed to clinical cases, with the aim of ensuring patient safety it is important to make exhaustive research of those administrative actions that may trigger adverse events. This monograph aims to be a contribution to those existent notifications and quality policies within health institutions, and to ensure the improvement in delivery of healthcare in Colombia.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente, ha sido por años un tema que ha alcanzado un espacial énfasis en las políticas de salud pública en todos los países del Orbe; El advenimiento de la Calidad, ha despertado un marcado interés por garantizar acciones que se encuentren inmersas en la seguridad en el ámbito de la prestación de los servicios de salud para los pacientes, evitando aquellos riesgos inherentes del proceso de atención; En Colombia, desde albores de 1990, se ha venido presentado trabajando con ahínco por generar políticas que garanticen atenciones con seguridad, oportunidad y pertinencia para los Usuarios; dichas políticas, buscan impactar positivamente en la salud de los Colombianos, generando un ordenamiento global enmarcado por la Calidad para todas las instituciones y actores que se interrelacionan en el Sistema.(1)

La Pugna de la Calidad, ha derivado en importantes premisas que buscan ante todo, garantizar el cumplimiento del aforismo hipocrático que reza: *Primum non nocere* ó *primero, no hacer daño*+(2), a través de la prevención de los riesgos inherentes que se presentan en el día a día en la prestación de los servicios de salud; La Prestación de Servicios Asistenciales, conlleva por sí misma a un variado grupo de riesgos que si no son abordados pueden generar Eventos Adversos al paciente que los sufre, definidos. (3)

El Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, en su publicación: *Errar es Humano*+, de 1999, relacionó los resultados de la atención de las admisiones en los hospitales de New York, Colorado y Utah, entre 1984 y 1992, donde hubo entre un 2,9 a un 3,7 por ciento de eventos adversos derivados de la atención en salud y atribuibles a errores prevenibles; (4) situación no despreciable ante la alta cantidad de pacientes que reciben estas instituciones en un año; Dicha publicación permite dar cuenta que el error en salud corresponde a un suceso de particular relevancia y puede ser definido como el *Acto de Equivocación u omisión en la práctica*+, que puede llevar a la presentación de un Evento adverso, menester de la atención en salud. (5)(6)

El estudio anteriormente reseñado, también enfatiza en la importancia que los eventos adversos adquieren en los desenlaces fatales que aparecen en la atención en salud a nivel de los Estados Unidos, donde en 1997, de 33,6 millones de admisiones, hubo entre 44000 y 98000 muertes atribuibles a errores en la atención. Si hacemos una Correlación, es posible advertir que, el Número de Muertes por Errores en la Atención en Salud, es Similar al Número de Muertes

como consecuencia de Accidentes de Tránsito en el país Norteamericano, teniendo en cuenta las vastas dimensiones que el mismo presenta. (4)

Otro tipo de estudios, como el realizado por Brenna y Leape, publicaron en el New England Journal of Medicine, Tuvieron conclusiones sorprendentes, en una revisión llevada a cabo al azar de unas treinta mil historias clínicas, hallaron importantes lesiones causadas al paciente en su proceso de atención, las cuales responden al resultado de una atención por debajo de los estándares esperados. Ellos concluyen: %La reducción de los Eventos Adversos acaecidos en el marco de la atención en salud, requeriría identificar sus causas y desarrollar métodos para prevenir el error o reducir sus consecuencias+. Dan bases entonces para el abordaje investigativo de los errores en la atención en salud. Los Eventos Adversos, en materia de Salud, comprenden situaciones que en el marco de la asistencia, generan daño a un paciente, dejando secuelas que pueden ser físicas, psicológicas, monetarias, familiares, entre otras y afectando con su aparición, no solamente al paciente que las padece, sino también a su entorno familiar, la Institución de salud, la sociedad y al mismo sistema que soportaría la carga financiera que se deriva de dicha situación; por ello la importancia de trabajar en el tema de los Eventos Adversos en Salud. (7)

Todo lo anterior, se ha venido trabajado desde la asistencia y sus procesos, pero, no sólo desde ese punto de vista se pueden generar eventos que pueden afectar la calidad del servicio e ir en detrimento de la seguridad del paciente; hay una serie de actividades que se articulan desde la demanda de la atención, hasta la finalización del Acto médico como tal, que involucran al usuario o paciente, y lo exponen a la posibilidad de sufrir un Evento Adverso. Situaciones que se generan desde que el paciente se encuentra con la Línea de Frente de una Entidad Administradora de Planes de Beneficio (EAPB), pueden estar exponiendo a dicho usuario, a riesgos que repercuten también en su Calidad de Vida y podríamos denominarlos como: Eventos Adversos Derivados de las Fallas Administrativas en la Atención; Estas fallas administrativas, se ubican particularmente en el menoscabo de atributos propios de la Calidad como son: Acceso, Seguridad, Continuidad y la Oportunidad.

En Colombia, en el marco del decreto 1011 de 2006, en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, se conjugan una serie de instrumentos normativos que buscan llevar la prestación de los servicios de Salud, a la vanguardia en materia de Seguridad, Calidad y Satisfacción al usuario (8); Otras Herramientas normativas confluyen generando los lineamientos de las políticas de calidad para garantizar el menor riesgo para los usuarios en su encuentro con cualquiera de los actores del Sistema. La Resolución 1446 en su anexo técnico, nos relaciona una serie de Eventos Adversos de tipo trazadores específicos para las EAPB entre ellos, podemos identificar situaciones de tipo administrativas que representan fallas que comprometen el servicio al afiliado. Dichos eventos, no han tenido una



particular relevancia en su estudio, puesto que el esfuerzo ha estado canalizado hacia los eventos adversos en materia de Salud y trabajados enfocados al personal del área de la Salud; Sin embargo, en un panorama inmerso en las políticas y principios constitucionales y legales, que buscan garantizar accesos oportunos, pertinentes, continuos, entre otros, que permitan la seguridad al paciente en cuanto a la atención diligente al usuario, es necesario revisar y abordar de una mejor forma, estos eventos que se originan en fallas administrativas.(9)

La intención de esta monografía, es hacer un acercamiento, hacia la importancia que en el proceso de la atención en salud, representan las fallas administrativas que en algún momento dado, derivan en un Evento Adverso; De estas, no se encuentra una referencia amplia en la documentación existente en materia de seguridad del paciente, a pesar de contar con una reseña inmersa en la Resolución 1446 de 2006. Dichas Situaciones, derivados de las labores netamente administrativas y que son soportadas por los funcionarios que hacen parte de los procesos de apoyo y las líneas de frente institucionales, tienen una relevancia particular, puesto que se presentan en la puerta de entrada a la atención en salud, vulnerando uno de los principios de mayor peso en la prestación de los servicios asistenciales, el acceso. Las agresiones al acceso de los servicios de salud, generan un detrimento en la Seguridad del paciente, cualidad que busca salvaguardar la calidad en la atención y en la salud del paciente; su afectación, socava, las posibilidades de recuperación de la salud y coloca en riesgo al usuario que se ve sometido a la restricción en el acceso. Estas situaciones, que sólo son nombradas someramente en nuestra Legislación en materia de calidad, no cuentan con estudios afianzados que den cuenta de la gravedad de no ser estudiados o notificados, no tenemos un acercamiento a las cifras de complicaciones que se derivan de fallas administrativas en la atención.

Esta Monografía busca entonces, revisar dentro de la documentación existente, la presencia de reseñas que enfatizan en la importancia del reporte de Fallas Administrativas, ello en la bibliografía existente y de igual forma, al interior de una EAPB, revisar los procesos que pueden ser causales de Eventos Adversos originados en fallas administrativas, para ampliar el concepto de seguimiento a las condiciones de Seguridad que generen una mayor calidad en el abordaje terapéutico del paciente.

## 1 PROBLEMA

Cuando definimos la palabra Seguridad, nos remontamos al origen latín de la misma, que entraña su raíz en la palabra: ~~%Securitas+~~, la cual se relaciona con la Ausencia de Riesgo, ó la confianza que puede existir en algo o en alguien;(5) Extrapolando el concepto a la Salud, pudiéramos hablar de Seguridad en Salud, como aquél entorno de la atención, que permite al usuario, hallarse aislado del riesgo o que le genera acciones preventivas necesarias, para evitar que pueda ser conducido a los riesgos propios de la atención; de igual forma, en este orden de ideas, aparecería el concepto crucial de Seguridad en salud, como todo aquél entorno de sentimientos y percepciones que hacen que el usuario, sienta confianza con el equipo médico, la institución o el entorno en salud que le sirve de cobijo a su atención. (10)

En este aspecto general de la Seguridad, existen múltiples factores que conllevan a riegos inherentes en la prestación de los servicios de salud, es totalmente asombroso, la cantidad de situaciones que en un día a día de la atención, pueden generarse y que pueden comprometer seriamente no sólo la calidad en la atención, sino también generar consecuencias lesivas para sus usuarios, de manera no intencional. Estas situaciones, no son ajenas a ningún tipo de Sistema de Salud en el mundo, indistinto de la situación en salud que ostente cualquier nivel de complejidad.

En Colombia, se han venido adelantando diferentes acciones que buscan mejorar las condiciones de acceso, oportunidad y atención en los servicios de Salud, que garanticen la seguridad para el usuario y su grupo familiar. Entre estas acciones, el decreto 1011 del 2006, ha dado los lineamientos que buscan lograr Instituciones Confiables y altamente competitivas que puedan ser abanderadas en la Satisfacción de las Necesidades de los Usuarios. (11)

Muchas acciones se han venido desarrollando en aras de mejorar la calidad en los servicios de Salud, y son varios los documentos, plataformas, guías y normas escritos que sirven de orientación para los actores del Sistema, que se han socializado desde el Ministerio de la Protección Social; entre ellos se encuentran los Lineamientos de la Seguridad del Paciente y el Observatorio para la Calidad en Salud. Dichos Documentos y plataformas en el caso del Observatorio, generan directrices en materia de Calidad para la notificación confiable de eventos que pueden ir en detrimento de la Seguridad del paciente, así como las sugerencias de Abordaje en cuanto a Ciclos de Mejoramiento Continuo para el control de la Calidad al interior de una Institución de salud; Más importante que estas herramientas existentes, es generar entre los miembros y el engranaje de cada institución, una concientización veraz de cada uno de los Actores, que dé cuenta de la necesidad inherente a una notificación confiable, que permita la observación

e identificación de causales que afecten la prestación segura del servicio y que permita generar acciones en pos del mejoramiento de la misma prestación.

En Colombia, la tarea se viene adelantando de forma paulatina y acuciosa por las Instituciones de salud, cada vez más comprometidas con esta tarea, sin embargo, el abordaje ha sido más enfocado a los problemas de tipo asistenciales, dejando de lado la integralidad en la atención, donde existen también, riesgos de tipo administrativos que afectan la seguridad del usuario; ello, ha dejado con poco piso las fallas administrativas para su análisis y seguimiento, dejando de lado un importante eslabón en la cadena de seguridad del paciente. (12)

Dentro del Observatorio para la calidad en salud, en Colombia, se tienen en cuenta las prácticas seguras que competen a cada uno de los diferentes estamentos que comprenden y articulan a las instituciones de salud en un todo integral, ellos son:

- Institucionales.
- Asistenciales.
- Prácticas que mejoran la Actuación de los profesionales.
- Pacientes involucrados en el tema de Seguridad.

Desde la Normatividad Colombiana se tiene en cuenta la integralidad del servicio, y su participación en la consecución de Verdaderas prácticas seguras que garanticen un entorno adecuado para la atención del paciente. (12)

Los eventos Adversos que se generan por fallas administrativas, corresponden a una serie de situaciones que no son propias de la asistencia, sino que obedecen a la conexidad en su interacción como medio para llegar a la recepción de los servicios de salud; son eventos derivados de las actividades realizadas por personal de línea de frente en el orden requerido para el acceso a los servicios; Dichos eventos, se presentan al interior de la organización, menester de de las acciones relacionadas con la consecución de citas, el acceso a servicios, las autorizaciones de atenciones, entre otras; No existe entonces, referentes que permitan identificar en su totalidad este tipo de eventos que van en contravía a los principios fundamentales del Sistema de Seguridad en Salud, como el caso de la Solidaridad, Universalidad, Prevalencia de Derechos, Equidad, Calidad, Eficiencia, entre otras. La normatividad no los incluye en objetos de estudio y seguimiento, y no existen estadísticas que den cuenta de las consecuencias derivadas de este tipo de situación. (13)

Los Eventos Adversos originados en fallas Administrativas, pueden traer consecuencias nefastas para los usuarios, en términos de calidad de vida, dado que el paciente puede constituirse en una víctima potencial por acción u omisión en algún tipo de actividad administrativa; de igual manera, existen afectaciones para los demás miembros del Sistema, en los cuales, se afecta la economía de la

Salud, en los costos adicionales que por una mala praxis, así como una atención no oportuna, pueden desarrollar para los articuladores del sistema; Muchos casos son los que podemos encontrar si se revisa cuidadosamente los casos de insatisfacción de los usuarios o reflejados en la presentación de tutelas, que son normalmente acaecidas por situaciones en las que se vulnera el normal acceso a los servicios de salud, podríamos entonces inferir que muchos de los casos a continuación descritos, deberían tomar en su nombre, la categorización de Eventos Adversos de Carácter Administrativo, por ejemplo:

La Organización iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), reportó en Colombia, en el 2005, alrededor de 50 a 60 mil tutelas al año, donde el 25% de las mismas invocan el derecho a la salud y el 71% de las mismas, denuncian la violación de dicho derecho por la no prestación de servicios de Salud, cubiertos en el POS. Entre las principales causas: Negaciones de exámenes (20%), negación a procedimientos e intervenciones (17%); ellas dan cuenta de un grave flagelo en la atención en salud, desde lo administrativo, particularmente en el acceso, situaciones que en fin último, afectan la seguridad del usuario y con ello, repercuten en una cadena de situaciones que van a generar traumatismo tanto para el usuario como para su entorno familiar. (14)

Las listas de espera para procedimientos e intervenciones, son otras situaciones que dan cuenta de las dificultades en el acceso a servicios con la característica de la Oportunidad, este hecho no es exclusivo de Colombia. En España, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, reportaba en 2007, una tasa del 9,55 por 1000 habitantes, en lista de espera para cirugías por diferentes especialidades, siendo las más relevantes, las relacionadas con Traumatología, Oftalmología y Cirugía General.(15)

Otras situaciones en el curso administrativo de la prestación de los Servicios, son vulneraciones al acceso, entre las cuales se encuentran La Suplantación de Afiliados, La Duplicidad de Afiliación, Negación de Afiliaciones ó Selección Adversa. Estas situaciones, son de Origen en el proceso de Afiliación y Registro, en la garantía de derechos, lo cual genera traumatismos para el afiliado en el momento que desea acceder al servicio, al igual que deterioran los esquemas financieros de la Institución.

Las situaciones que bloquean el acceso a los servicios, y que finalmente generan dilaciones en la prestación, también repercuten negativamente no sólo para el afiliado sino para el asegurador ulteriormente, este es el caso de las complicaciones que se derivan de diagnósticos y tratamientos tardíos, en un estudio realizado en pacientes con VIH, se demostró que se incrementa el costo total del tratamiento en aquellos pacientes que inician su manejo terapéutico

tardíamente, lo cual puede ser producto de una barrera de acceso: El Costo Sanitario de tratamiento en el primer año de diagnóstico del paciente con VIH asciende a un monto de: 14.200 euros, estos pacientes deben tener, según la progresión natural de la enfermedad, un recuento de CD4 inferior a 350 células/mm<sup>3</sup>; Mientras, que, aquellos pacientes que cuentan con la posibilidad de iniciar un abordaje terapéutico temprano, en el momento del diagnóstico, el monto de la atención no supera los 5700 Euros. La dilación en la atención afecta entonces, no sólo la calidad de vida del paciente, sino también la situación financiera de la institución. (16)

Apoyando las conclusiones emanadas en el estudio relacionado La Corte Constitucional en su *Sentencia T-010 de 2004* (17) determina, La necesidad de hacer abordajes terapéuticos oportunos, que no generen mella en la progresión natural de la enfermedad, garantizando un acceso efectivo a los servicios de Salud que permita su tratamiento adecuado evitando situaciones de salud y costos como las relacionadas. Precisamente esa sentencia, habla en particular de una afiliación negada por parte de un EPS a un paciente VIH Positivo, citando:

*La calidad y eficiencia en la prestación del servicio médico a una persona con VIH-SIDA es determinante para impedir el deterioro de su salud, además de los sobrecostos e ineficiencia en el manejo de los recursos que implica dejar que la salud de un paciente empeore y tener que asumir tratamientos más costosos.+*

Los sobrecostos en la salud, son apenas algunas de las repercusiones que se derivan de las falencias en el acceso al servicio de salud, que se generan a causa de fallas administrativas; Ello, acarrea entonces, dificultades para el paciente, su entorno, familia, sociedad, EAPB y el Sistema, puesto que representa: esfuerzos terapéuticos de mayor complejidad, hospitalizaciones con estancias más prolongadas, Generación de tutelas y sus efectos, el deterioro de la función orgánica y sistémica del paciente entre otros.

En Estados Unidos, ha sido cuantificado pérdidas relacionadas al año entre 6.000 y 29.000 millones de dólares en razón de las consecuencias derivadas de los eventos adversos (sin discriminar en asistenciales y administrativos). *En Colombia, la mayor cantidad de procesos que existen por responsabilidad médica y responsabilidad por salud son de tipo penal, ético o disciplinario, es decir, más del 60 por ciento de los procesos son de tipo sancionatorio+* decía en 2006, en entonces subdirector jurídico de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE- Luis Gonzalo Peña. (18)

Los anteriores párrafos, recompilan una serie de Ejemplos documentados de situaciones de carácter administrativo que afectan la Seguridad del paciente.

Colombia, en el 2006, lanzó la Política de Seguridad del paciente, mancomunadamente con una serie de iniciativas y lineamientos que buscan

garantizar atenciones de calidad para todos; ello articulado con lo emanado en la Ley 1122 de 2007, la cual en sus artículos 2 y 25, pugnan por la eficiencia en las instituciones que presten servicios con elevados estándares, que garanticen antes que nada, la seguridad de los pacientes; reza también el articulado, que las Instituciones de Salud, deben funcionar como un engranaje completo e integral, de manera Orgánica, con el objetivo de permitir el logro de su objeto social; ello quiere decir, que no deben funcionar aisladamente cada una de sus dependencias, pues ello, generaría traumatismos en la atención de los afiliados. Para la Política de Seguridad, se extrajeron evidencias y metodologías de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), dotando con ello a las instituciones colombianas, de una serie de Herramientas para ser apropiadas y lograr que sus procesos sean seguros, a través de la detección de causas de Error, los Factores Contribuyentes y los riesgos en los que cada una de ellas, pueden incurrir y afectar con ello al usuario.(11)

La legislación Colombiana, ha trabajado arduamente en la materia de fortalecer todo lo relacionado con la Calidad en la prestación de los servicios de salud, lo cual se ve reflejado en las normatividades emitidas en dicha materia desde 1990; La Ley 100 de 1990, dicta unos principios elementales que dan origen al trajinar de la salud en la búsqueda de la calidad, por ello, se emiten decretos reglamentarios y resoluciones que acompasan el tema. El Decreto 1011 de 2006, se encarga de legitimizar el sistema de Garantía de la Calidad y a partir de ello, llega entonces la Resolución 1446 de 2006, que define el Sistema de Información para la Calidad, adoptando los indicadores del sistema para su evaluación y seguimiento; dicha Resolución relaciona unas situaciones que determina como Eventos Adversos y dictamina la obligatoriedad de su notificación; el mismo al encargarse de numerar uno a uno los posibles eventos, relaciona también unos Eventos Adversos trazadores para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, entre los cuales podemos definir algunos, como eventos adversos de carácter administrativo, y los relacionamos a continuación: (13)

Eventos adversos de referencia para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EPSs, ARSs, Medicina Prepagada)

- Usuarios detectados por suplantación
- Afiliados duplicados
- Quejas por no prestación de servicios POS
- Quejas interpuestas por reconocimiento de copago o cuota moderadora
- Pacientes a los cuales se les reconoce servicio inicialmente rechazado
- Servicio negado por inadecuado proceso de afiliación
- Devoluciones de liquidación de aportes por inadecuado diligenciamiento y liquidación

- Pacientes insatisfechos por lo que consideran injustificadas barreras de acceso a la atención
- Solicitud de traslado antes del período mínimo legal
- Tutelas o quejas por registro incorrecto de períodos mínimos de Cotización
- Complicaciones de los pacientes o fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles a tiempos de espera prolongados
- Demora en suministro de insumos o medicamentos por trámites Administrativos
- Pacientes que son remitidos repetidas veces a instancias equívocas o erróneas antes de ser referidos al punto definitivo de atención.
- Notorias colas o congestión de pacientes y/o acompañantes en las taquillas o estaciones de asignación de citas
- Pacientes en lista de espera por más de tres meses

Dichos eventos, consideramos deben ser relacionados como eventos de importancia particular desde la asistencia y ser encaminados para la notificación y con ello, su impacto desde el mejoramiento continuo en la calidad y la búsqueda de la seguridad para los pacientes. (9)

Los pacientes entonces, se someten a situaciones que pudieran ser en algún término riesgosas en cuanto al tema de Fallas administrativas, las cuales según la severidad de su consecuencia, podrían derivar en un Evento Adverso; Revisando un Mapa de Procesos de una EAPB, se pueden identificar tres macroprocesos que son de particular relevancia en la posibilidad de generar o prevenir fallas administrativas que repercutan en Eventos Adversos; ellos son:

- El Proceso de Afiliación y Registro.
- La Contratación de la Red de Servicios
- El proceso de solicitud de Autorización de Servicios.

Dichos Macroprocesos, son importantes en cuanto al tema de Acceso, oportunidad, Continuidad y Seguridad en la atención, pues garantizan la puerta de entrada al Sistema de Salud y el ingreso en tiempos pertinentes a recibir las atenciones en salud que se requieran para el control del proceso de salud y enfermedad.

En este orden de ideas, es importante tener en cuenta, que la atención en salud, amerita una serie de peldaños que van desde la demanda efectiva de atención, hasta el fin de la misma con el alta médica, pero para ello, se debe pasar por varios estamentos institucionales, entre ellos los netamente administrativos, que también influyen en el acceso, la calidad de la atención y por supuesto en la seguridad del paciente.

Para ello, se ha buscado una revisión al interior de una EAPB con el fin de observar las acciones de tipo administrativo que en algún momento, pudieran derivar en un Evento Adverso Administrativo y así contestar la Siguiete pregunta:

¿Frente a la administración de los pacientes cuales son las situaciones de riesgo que se generan a partir de las acciones administrativas realizadas por una EAPB del régimen subsidiado de salud que afectan la seguridad del paciente?



## 2 JUSTIFICACIÓN

La atención en Salud, como una de las actividades humanas más frecuente, cuenta con la posibilidad de originar algunos riesgos en su ejecución, para aquella población que lo recepcionan; son muchos los estudios que han demostrado, estadísticamente la cantidad de situaciones que vulneran la salud de los individuos originados por los riesgos inherentes a la atención en salud, desde el momento mismo en el cual el paciente busca el acceso a una Institución que remedie sus Necesidades.

En el marco del Sistema de Salud en el cual nos desenvolvemos, se habla particularmente de los términos **Medical Errors**, o Errores médicos, término acuñado por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, donde se atañe simplemente a los errores acaecidos en el proceso asistencial; de igual forma, las estadísticas enfocan de forma particular a las probabilidades de ocurrencia de un evento Adverso en el marco de la atención (netamente asistencial), por un error relacionado con la práctica médica, donde incluso se hacen comparaciones que afirman que dicha probabilidad en una persona que ingresa a una institución de salud, es de 1 en 500, frente a 1 en 10.000, como el riesgo a un evento al conducir o 1 en 8.000.000, el riesgo en un viaje en Avión. (19)

La Asamblea Mundial de la OMS, en su versión número 57 (20), buscó liderar en todos los países, el desarrollo de políticas nacionales en pos de la búsqueda de la seguridad del paciente, lo cual fue plasmado en la **Alianza para la Seguridad del paciente**, y que involucra de manera activa a las Instituciones de salud, en la estandarización de procesos que permita, disminuir los riesgos de errores y de situaciones que lleven al detrimento de las posibilidades de salud de los usuarios. Colombia, no ajena a esta iniciativa, participó de forma activa en el Estudio IBEAS (21) (Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica), en el mismo, a través de un análisis de resultados de atenciones en salud, fue posible identificar que se presentaban cerca de un 10,5% de eventos adversos en las Atenciones Intrahospitalarias. Se tienen muchos puntos de partida para la realización de tareas necesarias en el mejoramiento continuo de procesos, a nivel asistencial, pero poco se ha trabajado en el momento, aquellas situaciones de carácter, netamente administrativo que generan eventos adversos para el paciente, no existe un posicionamiento en una identificación, ni se ha estudiado con acucia para poder abordar de una forma integral, los procesos que se derivan de la atención en salud, en pos de la seguridad del paciente.

La situación que involucra las fallas administrativas, no ha sido abordada de forma semejante, a pesar de estar inmersos en la normatividad que regula la Calidad en Colombia, y de incluso hallarse como Eventos Trazadores, algunos de los sucesos que pueden generar conflictos en la prestación de los servicios de salud para los

afiliados. Los efectos como tal de una dilación en la prestación de la asistencia, derivados de la tramitología o de errores acaecidos en recepción de documentos, en la generación de autorizaciones o en las mismas dilaciones que las EAPB, reproducen como estrategias de contención de costos; derivan en consecuencias desfavorables para el individuo, y para su entorno familiar y el mismo sistema.

En el trabajo que se ha adelantado a favor de la seguridad del paciente, en los esfuerzos mancomunados del Gobierno nacional, al rescatar experiencias foráneas y dictar lineamientos en torno de la seguridad, con las diferentes instituciones de salud, ha llevado a generar frutos en el ambiente asistencial en el cual, día a día, se reconoce aún más, la responsabilidad del personal por trabajar en una cultura del reporte y la estandarización que redunde en el beneficio del paciente, al sobrepasar sus riesgos en salud; sin embargo, el tema es menos reconocido en estamentos del orden administrativo y no se ha asumido aún en muchas instancias, la importancia de reconocer los factores contribuyentes que pueden por acción u omisión, alejar al usuario de una atención oportuna y de calidad; frente a una falta de cultura del reporte en este medio y el mismo desconocimiento ante los factores normativos y de trámites que obstaculizan la adecuada prestación del servicio.

No hay estadísticas contundentes de todos los eventos trazadores del orden administrativos, sin embargo, algunas evidencias desde las negaciones en lo adscrito al Plan Obligatorio de salud (POS) y desde la inclusión de las tutelas, resultan evidentes en la necesidad de retomar el tema desde la integralidad de los actores del Sistema, para incluir a cada uno de los procesos misionales y de apoyo en la garantía del acceso y la seguridad del paciente.

A través de esta monografía, se pretende lograr unificar la información existente en materia de los eventos adversos derivados de fallas administrativas, documentar los hallazgos y gestiones existentes, y con ello obtener un referente que permita contar con información consolidada para la generación de acciones ulteriores en el tema que nos atañe, logrando mejorar la calidad de la atención de los usuarios en cada dependencia de una Institución de Salud, sea prestadora o Administradora, y con ello, generar un llamado a las Organizaciones que deben incluir en su agenda de trabajo la cultura de la prevención y mitigación del riesgo para los usuarios, en defensa de sus derechos constitucionales a la vida y el fundamental a la salud.

Cualquier tipo de Factor Contribuyente que atente contra las posibilidades de acceso de los Usuarios a su seguridad, deben someterse a una investigación exhaustiva que permita la identificación de las causas y de los puntos críticos, que de igual forma den cuenta de la necesidad de resarcir estos errores (a través de una cultura en torno a la seguridad) y buscar generar acciones de mejora que eviten la replicación de las fallas que fueron identificadas.

Con la realización de esta monografía se lograrán reunir los temas concernientes a los eventos adversos, menos estudiados en materia de seguridad del paciente pero que son relevantes en la calidad que atañe a la prestación de servicios de salud.

Desde nuestra propia experiencia, hemos evidenciado las dificultades que confiere el sistema de salud, para lograr un flujo lineal sin contratiempos al alcance de la atención en los servicios de Salud; desde el rol de usuario, como desde las diferentes actuaciones, se logran percibir situaciones que no se encuentran lo suficientemente aclaradas para evitar dilaciones en las atenciones, barreras de acceso y otro tanto de sucesos que afectan el normal desarrollo de la prestación de servicios de salud.

La Investigación en torno al tema, permite vislumbrar vacíos normativos en cuanto a los eventos de Carácter Administrativos, los cuales interfieren en la prestación con todas las características de calidad y trae consecuencias adversas, no sólo para el usuario que las padece, sino para los mismos actores, en las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, como en las Administradoras de Planes de Beneficio que ven socavadas sus finanzas frente a los costos que involucra la mala calidad, o la dilación de las atenciones, u otro tipo de afecciones que hacen mella en el sistema. Las revisiones bibliográficas, dejan sin piso la posibilidad de atacar la raíz de muchas situaciones adversas que complejizan la atención en salud, al entorpecer desde el ingreso, el normal desarrollo de la prestación de los servicios.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Frente a la administración de los pacientes determinar cuales son las situaciones de riesgo que se generan a partir de las acciones administrativas realizadas por una EAPB del régimen subsidiado de salud de la ciudad de Medellín que afectan la seguridad del paciente

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar una revisión sistemática de la literatura existente en cuanto a seguimiento y manejo de las acciones administrativas que generan eventos adversos a nivel mundial
- Revisar del mapa de procesos de una EPS del régimen subsidiado de la ciudad de Medellín con el fin de seleccionar aquellos procesos administrativos que puedan potencialmente generar eventos adversos.
- Revisar los eventos adversos de una EAPB del régimen subsidiado de la ciudad de Medellín

## 4 MARCO TEÓRICO

### 4.1 DEFINICIONES

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** 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.

**ATENCIÓN EN SALUD:** Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

**INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA:** Acontecimiento o circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

**FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** Deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

**ACCIÓN INSEGURA** : Conducta que ocurre durante el proceso asistencial de una atención en salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo, en un incidente puede estar involucrada una o más acciones inseguras ya sea porque la atención se aparte de los límites de una práctica segura, o porque la desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso al paciente.

**RIESGO:** Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

**EVENTO ADVERSO:** Lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial no por la patología de base.

**EVENTO ADVERSO NO EVITABLE O NO PREVENIBLE** : Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error no por la patología de base.

**EVENTO ADVERSO EVITABLE O PREVENIBLE** : Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada por error, no por la patología.

**ERROR** : uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por acción u omisión, consciente o inconsciente.

**INCIDENTE**: Es aquel evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

**COMPLICACIÓN**: Es el daño o resultado clínico no esperado no atribuible a la atención en salud sino a la enfermedad o a las condiciones propias del paciente.

**VIOLACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**: Las violaciones de la seguridad de la atención en salud son intencionales e implican la desviación deliberada de un procedimiento, de un estándar o de una norma de funcionamiento.

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

**ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO**: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis de modo y falla y el análisis probabilístico del riesgo mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso, como por ejemplo el análisis de ruta causal.

**SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO**: Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias. (3)

#### **4.2 SOPORTE JURÍDICO:**

**Constitución Nacional de Colombia del 4 de julio de 1991 (22)**  
**Congreso de La República de Colombia**

A partir de la Constitución Política de 1991 o Carta Magna de los Colombianos, la Salud, se convierte en un derecho, el cual se encuentra a cargo del Estado; el cual se encuentra en la obligación de asistir a las personas en una atención Integral,

que compete los temas de la promoción, Prevención, protección y rehabilitación. Se debe garantizar el acceso, esto a través del Aseguramiento Universal.

**Artículo 11:** define la Vida, como un Derecho Inviolable.

**Artículo 48:** la Seguridad Social, así: **%**Garantiza a todos los Habitantes, el derecho irrenunciable a la Seguridad social y la Salud; por lo cual el Estado deberá ampliar progresivamente la cobertura de la Seguridad Social y deberá subsidiar a quienes, por escasez de recursos, no tienen acceso a los servicios de Salud+. A través de este articulado, se busca que todos los ciudadanos, tengan un Acceso a la salud y no exista algún obstáculo que impida que el Colombiano, tenga dificultad para llegar a la consecución de los servicios de Salud, necesarios, por medio del Aseguramiento Universal.

**Artículo 49:** **%**Principios que rigen la atención en salud: Eficiencia, Universalidad y Solidaridad+; Incluyendo así, atributos de la Calidad a la atención en Salud que deben recibir los Colombianos.

**Artículo 90:** **%**El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas+. En este orden de ideas, Dado que el Estado es el Garante del Aseguramiento y la Salud de los Colombianos, corresponde al mismo, la regulación de la calidad en la prestación del servicio, que eviten conductas nocivas que deliberadamente terminen en consecuencias adversas para el Usuario.

### **LEY 100 DE 1993 (13)**

A través de esta legislación, se normativiza en Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual, busca articular coordinadamente, normas y procedimientos que pugnen por el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos, desde los frentes de la Salud, el trabajo, las Pensiones y Auxilios especiales para la asistencia Social.

Tiene en sus principios:

La Participación, unidad, Integralidad, Solidaridad, Universalidad y Eficiencia, siendo esta última un atributo de Calidad, para la garantía de la Seguridad en la atención de los usuarios.

La ley 100, trae consigo la consolidación de dos Regímenes especiales, los cuales según la población objeto y su financiación se dividen en Subsidiado y Contributivo, este último consistente con la capacidad de pago de un cotizante que se encuentra como fuerza laboral del país. El subsidiado como su nombre lo indica, es referido a la Subsidiaridad que los demás sectores aportantes le

entregan a este régimen para acceder a la prestación de los servicios de salud; ello, basado en un principio de Equidad que busca un equilibrio en la accesibilidad, indiferente de la capacidad de pago, a servicios de Calidad para todos los Colombianos.

Dicha Ley, trae en su articulado, propiamente en el 173, lo siguiente:

- Expedir y Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las Entidades Promotoras de Salud y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, así como la evaluación de ellas.

Este mismo, buscando principalmente, enfocar la atención en salud, hacia un beneficio para todos los actores que lo reciben, donde se garanticen ambientes propicios que den cuenta de la calidad en la prestación del servicio y eviten los riesgos que afecten a los usuarios.

**Artículo 180:** que genera las disposiciones para las Entidades promotoras de salud y entre ellas el, Disponer de una organización administrativa y financiera que permita: tener una base de datos sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias; acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones y verificar la de las instituciones y profesionales prestadores de los servicios y evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.

- Acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados (importante en la garantía de los derechos).
- Acreditar periódicamente el margen de solvencia que asegure la liquidez y solvencia de la entidad promotora de salud, que será fijado por el Gobierno Nacional; ello para garantizar la seguridad en la prestación del servicio, a través de una sostenibilidad financiera que garantice una red suficiente.

**Artículo 185:** Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera.

**Artículo 227:** Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.



## **LEY 1122 de 2007**

**Artículo 1: Disposiciones Generales:** La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

**Artículo 14: Organización del Aseguramiento.** Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

- No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del Sisbén o el instrumento que lo remplace
- No habrá períodos mínimos de cotización o períodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los períodos de carencia

En el artículo 25 señala la ley, la regulación de la prestación de servicios, emanando los requisitos y procedimientos para la habilitación de Instituciones prestadoras, garantizando la seguridad en la prestación del Servicio; evitar la Selección adversa que genere distribución inequitativa de los costos, un Sistema de Clasificación de las IPS con base en indicadores y con marco en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

## **Ley 715 de Diciembre 21 de 2001 (23)**

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y Competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

**Artículo 56.** Todos los prestadores de servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica o nivel, de complejidad deberán demostrar ante el Ministerio de

Salud o ante quien éste delegue, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico. administrativa, para la prestación del servicio a su cargo.

### **DECRETO 1011 DE 2006 (8)**

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). Aplica a todos prestadores de servicios de salud que operen en todo el territorio colombiano. Excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

A través de este decreto, se busca mejorar la calidad de las atenciones en salud, estableciendo la seguridad como una herramienta que busca minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en la atención en salud y de mitigar sus consecuencias.

Define unos atributos de la calidad así:

- Pertinencia
- Accesibilidad
- Continuidad
- Oportunidad
- Seguridad.

### **RESOLUCIÓN 1043 DE 2006 (24)**

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los es de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Estos en cuanto a:

- Capacidad Tecnológica Científica
- Suficiencia Patrimonial y financiera.
- Capacidad Técnico Administrativa.

Esta normatividad, tiene como característica de relevancia, la inclusión del seguimiento a los riesgos de la atención.  
Se conoce como Habilitación.

## **RESOLUCIÓN 1445 DE 2006 (25)**

Define la Acreditación y la Entidad Acreditadora. Normativiza el Sistema de mayor calidad, al cual pueden someterse las instituciones de salud, de forma voluntaria, exponiendo en ello, estándares de calidad superiores.

Como tal, exige ciertos patrones que son menester de instituciones que se encuentran comprometidas con política exigentes de calidad, en toda su estructura, pero particularmente en el tema referente a los riesgos de la prestación de los servicios y la seguridad del paciente.

## **RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 (9)**

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad.

Define lineamientos para la vigilancia de Eventos Adversos y los denominados eventos trazadores, entre los cuales se encontramos algunos relacionados con trámites administrativos así:

- Eventos adversos de referencia para Entidades Administradoras de
- Planes de Beneficios (EPSs, ARSs, Medicina Prepagada)
- Usuarios detectados por suplantación
- Afiliados duplicados
- Quejas por no prestación de servicios POS
- Quejas interpuestas por reconocimiento de copago o cuota moderadora
- Pacientes a los cuales se les reconoce servicio inicialmente rechazado
- Servicio negado por inadecuado proceso de afiliación
- Devoluciones de liquidación de aportes por inadecuado diligenciamiento y liquidación
- Pacientes insatisfechos por lo que consideran injustificadas barreras de acceso a la atención
- Solicitud de traslado antes del período mínimo legal
- Tutelas o quejas por registro incorrecto de períodos mínimos de Cotización
- Complicaciones de los pacientes o fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles a tiempos de espera prolongados
- Demora en suministro de insumos o medicamentos por trámites Administrativos
- Pacientes que son remitidos repetidas veces a instancias equívocas o erróneas antes de ser referidos al punto definitivo de atención.

- Notorias colas o congestión de pacientes y/o acompañantes en las taquillas o estaciones de asignación de citas
- Pacientes en lista de espera por más de tres meses

### **DECRETO 4747 DE 2007 (26)**

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Artículo 11 La Verificación de los derechos de los usuarios es el procedimiento por el cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Parágrafo 1 El procedimiento de verificación de usuarios será posterior a la selección y clasificación del paciente, y no podrá ser causa bajo ninguna circunstancia para posponer la atención inicial de urgencias

### **Circular 047 Del 30 de Noviembre de 2007 (27)**

Corresponde a la Circular única que busca consolidar lo emanado en anteriores publicaciones, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, con el objetivo de facilitar las acciones de Vigilancia y Control, donde se dé cabal cumplimiento en lo dispuesto en el decreto 4747 de 2007 y su resolución reglamentaria 3704 de 2008, para garantizar la efectiva prestación de servicios de salud y se adopten las medidas administrativas internas dirigidas a evitar las dilaciones o barreras de acceso para la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

### **Circular Única 051 del 17 De Octubre de 2008 (28)**

#### **Capítulo VIII Cumplimiento de sentencias+**

Los actores del sistema desde el ámbito de sus responsabilidades en sus condición de aseguradoras, prestadores o administradores deben dar cabal cumplimiento a las sentencias que profieran las autoridades judiciales, y en consecuencia adoptar, en forma inmediata las gestiones administrativas para que se garantice la prestación de los servicios medico-asistenciales, medicamentos, procedimientos e intervenciones que hayan sido ordenados por los jueces de la republica y las demás referidas al reconocimiento y pago de los mismos .

### 4.3 REVISIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Cuando se plantea el término Calidad, acuñado a los servicios de salud, es necesario hacer un recorrido histórico para identificar en qué momento esta definición se articuló al tema de los servicios. La Calidad, en su definición etimológica, tiene su origen en el latín, y su significado determina un atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes o servicios; cuando especificamos esta definición a un servicio, podemos encontrar en un diccionario virtual como wikipedia la noción de: la percepción que el cliente tiene del servicio, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.

La Calidad en la Historia de la Humanidad y sus Organizaciones, ha evolucionado paulatinamente con la dinámica de la globalización y el cambio de paradigma en la producción y los servicios que fueron enfocándose en conceptos de competitividad y la pugna por el liderazgo en los mercados. En este orden de ideas, la Calidad enfrentó etapas así:

- **Etapas Artesanal:** No importaba el Costo, sólo hacer las cosas bien, sin importar la inversión.
- **Etapas de la Industrialización:** Se habla de Producción, prima la Cantidad y rapidez; busca satisfacer la demanda.
- **Control Estadístico de Procesos:** Gestado en la Primera Mitad del Siglo XX, el cual fue desarrollado como una estrategia de ahorro de costos, enfocado a un trabajo estadístico, para generar una disminución en el presupuesto de producción.
- **Calidad Total:** A través de los recursos disponibles, la empresa satisface las necesidades de sus clientes internos y externos, a través de productos terminados vigilados y evaluados para definir su aprobación o rechazo. Su Desarrollo es originario del Japón en los años cincuenta, y tiene en sus abanderados a Deming y Juran.
- Este concepto, engloba al total de la Organización, involucrando cada pieza de la misma en un engranaje activo, donde todos deben realizar sus tareas con la conciencia de la Calidad para generar productos o servicios con los mejores resultados. Busca impactar en el control de costos, a través de una política de menores desperdicios y un posicionamiento de marca.

- Antes de este concepto, todas las acciones en el tema de la Calidad, buscaban activamente corregir las falencias, más no, evitar la presencia de errores. Este concepto fue rápidamente apropiado por Occidente y replicado en múltiples industrias y Corporaciones. En los años 50, amén de esta política, surge el concepto de Aseguramiento de la Calidad, cuyo objetivo es dar la confianza al consumidor del producto generado.
- **Mejoramiento de la Calidad:** Concepto acuñado en los años 70<sup>ϕ</sup> y 80<sup>ϕ</sup>, como un movimiento en pos de trabajar continuamente por paliar las debilidades de la Organización y fortalecer cada estamento de la misma en aras de garantizar una mayor productividad.
- En aras de garantizar un acuerdo en términos de lo que se busca en materia de Calidad, aparece la Organización Internacional de Normas (ISO), que dicta las estandarizaciones para clasificar productos y servicios, garantizando la Calidad en cada uno de ellos.

Grandes autores encabezaron los conceptos que hoy por hoy, direccionan la Calidad en las organizaciones y lideran los estándares internacionales que buscan garantizar la excelencia en productos, servicios e instituciones; entre estos pensadores se encuentran: Deming, considerado el Padre de la Calidad Moderna; Ishikawa; Juran, entre otros.

Deming, plantea que la Calidad, es fruto de los menores errores y reprocesos, ante la mejor utilización de los recursos; ello, por consiguiente produce, una disminución en los costos. Adoptó Catorce puntos clave que orientan la política de Calidad, los cuales pueden verse fácilmente resumidos en el Ciclo de Deming o Ciclo PHVA (Planear, Hacer, Medir y Actuar).

La Calidad busca en fin Ulterior, Costos más bajos, ingresos más altos, Clientes satisfechos y empleados a gusto con la organización; por lo tanto comprende cada estamento de la organización. La Gestión de la Calidad, correspondería entonces, a la forma como la Alta Dirección planifica el norte de la Organización, implementa los procesos y controla los resultados; busca que la Calidad Realizada, la Calidad Programada y la Calidad Necesaria coincidan entre sí. (29)

El Sistema de Calidad, corresponde entonces, a la estructura organizacional, procesos, procedimientos y recursos para aplicar la gestión de la calidad.

La Salud, no ha sido ajena a estos conceptos, si bien es cierto partió la búsqueda de la Calidad en los servicios de una forma más tímida, fue consolidándose en el

transcurrir del tiempo hasta llegar a las normatividades que la lideran en la actualidad. En 1858, Florence Nightingale, se preocupó en materia de atención en salud, por la Mortalidad que se gestaba en hospitales Militares, donde trabajó un programa de control de las condiciones sanitarias, logrando percibir; en 1912, Codman, desarrolló un método para la medición de los resultados producto de la atención en los Hospitales, logrando posteriormente una normativización de los Centros de Atención Hospitalaria. (30)

En 1961, aparece el primer artículo que habla de la Calidad inmersa en la atención médica, a partir de los conceptos de Calidad que se vienen trabajando en el momento, en el mundo de las organizaciones productivas; el Autor de este trabajo se llamó Avedis Donabedian y marcó un hito en la historia de la atención en salud, pues a partir de sus reseñas, logró introyectar en los profesionales e instituciones sanitarias, el desarrollo del control de la Calidad, basados en la tríada: Estructura, Proceso y Resultado, que marcó una evolución en materia metodológica en las directrices hasta el momento gestadas en el sector salud.

El término Estructura, obedece al conjunto de recursos físicos y humanos con el que cuenta la institución.

Proceso, corresponde a la forma que la Organización tiene de planificar, diseñar y ejecutar la forma de prestar los servicios.

El Resultado, hace referencia al alcance y logros, de los Objetivos de la Organización.

La articulación adecuada y con altos criterios, de esta triada, es vital, según Donabedian, para el logro de la Calidad en la prestación de los servicios. Fue este autor, el que impulsó todo el boom de la Calidad en Salud.

En los años Setenta, aparecen los Auditores Médicos, en el engranaje del Control Interno.

En Colombia, en 1991, la Constitución Política o Carta Magna, promulgó: ~~la~~ Seguridad Social como un Servicio Público de Carácter Obligatorio, prestado bajo la Dirección De Estado, que aplica los principios de descentralización, Universalidad, Solidaridad, Equidad Eficiencia y Calidad; de Igual forma, esta Constitución, determina la Garantía de Derechos, como un vital de Importancia para los Ciudadanos; partiendo de esta premisa, es menester del Estado, la definición de políticas que garanticen la seguridad de los pacientes, a través de atenciones de Calidad en la prestación de los servicios de Salud.

La Calidad, ha sido una preocupación constante del Gobierno Colombiano, que desde 1990 la ha venido incluyendo en su agenda desde el Ministerio de Salud, donde con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y algunas organizaciones del sector de la Salud, elaboró el Manual de Acreditación para las IPS, el cual se basó en el existente de la OPS, que buscaba garantizar que las Instituciones de Salud, tuvieran acciones de buenas prácticas, en lo asistencial, el mismo fue implementado algunas instituciones, como piloto. Posteriormente en 1993, se promulga la Ley 100, que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que plantea en su marco legal varios aspectos referentes a la Calidad: La gradualidad en las metas de prestación de servicios, la Igualdad en la Calidad, la integralidad en la atención, los mecanismos de Control y Veeduría, información a los usuarios, entre otras; Es por esto que en 1996, el Ministerio expide el decreto 2174, que reglamentó el Sistema Obligatorio de la Calidad para EPS y para IPS, y que tuvo particular relevancia por acuñar el término de Seguridad, y la inclusión del Riesgo, como eje central en la política de calidad. Este decreto fue derogado por el Decreto 2309 de 2002, que definió el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad y con él, la Acreditación, la óptica de este decreto, se focalizó en las Instituciones, sin tener en cuenta, a los usuarios, guías y protocolos.

En el 2006, aparece el Decreto 1011, el cual deroga al 2309 de 2002, no en forma abrupta en sus conceptos, sino que mejora los mismos en aras de garantizar mayor comprensión y con ello aplicabilidad. Establece la Calidad de la Atención como: "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.+ Define en sus componentes a: El Sistema único de Habilitación, El Sistema de Acreditación en Salud; El sistema de Información para la Calidad y La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. Su contenido, busca que los prestadores de salud, garanticen políticas enmarcadas en la eficiencia en sus procesos que lleven a resultados esperados en materia de Seguridad y Efectividad, de igual forma, genera una política del reporte a nivel de los sistemas de información, como un abanderado de la sana competencia en pos del usuario, que debe tener la posibilidad de escogencia frente a sus necesidades de salud.

El sistema, al compás de los avances y la evolución de la Calidad en el Mundo, cambia el paradigma de los sistemas de Gestión, prestando particular importancia en el resultado, como legado de relevancia en el objetivo de la Organización, el norte hacia el cual, toda la institución en su integralidad debe caminar; más allá



que el control del proceso, que debe estar inmerso en las opciones de Calidad, frente a la posibilidad de entregar los esperados efectos del engranaje con eficiencia y Calidad.(31)

#### **4.4 FALLAS ADMINISTRATIVAS QUE GENERAN EVENTOS ADVERSOS EN UNA EAPB**

Dentro de la política de seguridad en la prestación de servicios de salud, se vienen adelantando acciones que en línea con la normatividad Colombiana, enfocan todos los esfuerzos hacia la minimización de los riesgos que pudieran presentarse en cuanto a la atención que reciben los usuarios dentro del sistema de Salud; la política de seguridad, es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, quien a través del decreto 1011 de 2006, normativizó todo lo relacionado con la atención en miras de la calidad para los usuarios del sistema. El objetivo primordial frente a la atención en salud, consiste en erradicar las posibilidades de riesgos potenciales para aquellos receptores de los servicios, fuera a través de la supresión del riesgo, de la mitigación de sus consecuencias, en aras de garantizar servicios de salud, de óptima calidad para todos.

En este orden de ideas, los estudios globales que han revisado arduamente el tema de calidad, dentro del abordaje de riesgo, han definido algunos eventos que se pueden presentar dentro de la atención en salud, que resultan lesivos para el usuario, como Eventos Adversos, con la connotación que estos generen daño de manera involuntaria, en el marco de la atención asistencial. Los mismos, ha sido menester desde las instituciones de salud, abordar de forma exhaustiva en aras de prevenir su aparición, todo ello en el marco de los atributos de la calidad: Pertinencia, accesibilidad, Continuidad, Oportunidad y Seguridad.

Los programas de Auditoría encaminados hacia la Calidad en salud, siempre han reconocido la particular importancia de generar acciones en pro de evitar la aparición de eventos nocivos para los usuarios, y particularmente en un entorno relacionado con el Ciclo PHVA, se ha trabajado por generar acciones de mejoramiento continuo, donde se eliminen las causas que pueden desencadenar eventos adversos; cabe resaltar que todas estas acciones, han ameritado de una labor exhaustiva de socialización y concientización entre todos los funcionarios de cada institución, reseñando el avance de simples tareas, al fortalecimiento de una cultura que involucre a todos los actores del engranaje de la institución, donde la entronización de la política de seguridad sea la norma.

Los eventos adversos, han generado muchos abordajes desde la academia, lo institucional y lo estatal, este último en cumplimiento de sus funciones primordiales de vigilancia y control. Los diversos abordajes, han germinado como una política pública que busca impactar positivamente en acciones que permitan evitar la

aparición de situaciones que menoscaban no sólo la calidad de vida del usuario, sino las finanzas del sistema, en las atenciones que se generan consecuencia de dichas las mismas. Los esfuerzos mancomunados en el estudio de eventos adversos y la búsqueda de soluciones han germinado en avances meritorios, donde la auditoría juega un papel preponderante, principalmente en la posición de las aseguradoras en el estudio integral de los eventos adversos originados en la atención en salud por parte de los actores asistenciales.

*Un sólo evento adverso puede quintuplicar los costos de atención, sin contar las secuelas para el paciente y la imposibilidad de tener el cupo en una cama para un nuevo paciente, que es uno de los costos más altos,* explicó la doctora Dolores Monserrat, de la Organización Panamericana de la Salud. \*Periódico El País. (32)

El evento adverso a la luz del Sistema de Salud, ha tenido un enfoque particular hacia las actividades relacionadas en los procesos asistenciales, en los cuales se define el error médico como tal: (*Medical Errors*, término acuñado por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos): Errores cometidos por los profesionales de la salud que resultan en daño al paciente; esta y otras definiciones, enmarcan indiscriminadamente los eventos adversos al actuar del profesional en salud (Médico, Enfermera, etc) y es frente a estas actividades que se encaminan las políticas de vigilancia, que van desde el autoreporte, hasta la vigilancia estrecha por parte de jefes o auditores que van en búsqueda de situaciones en lo asistencial que deriven en afrontas a la seguridad del paciente; Los entes reguladores, han generado sistemas de reporte en Circulares que deben ser acatadas tanto por prestadores como por Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, en los cuales se esgrimen una serie de indicadores que buscan revisar la calidad en la prestación de los servicios desde diversas ópticas en el entorno del Sistema, y a partir de ellos verificar las falencias que puedan en algún momento derivar en situaciones de No seguridad para los pacientes; así mismo, se han presentado normativas que dictan, la obligatoriedad del reporte de eventos adversos y de su estudio para identificar las causas y poder impactar en ellas.

Revisando estas premisas, es posible inferir que, el acercamiento metodológico a los eventos adversos se ha enfocado principalmente a las causas asistenciales, dejando de lado, situaciones de índole administrativas que por errores en toma de decisiones o del abordaje de procesos pueden concluir en situaciones de riesgo, contribuyentes en la generación de eventos adversos.

Las instituciones de salud, en su connotación de empresa dedicada a cierta actividad (en este caso salud), para la satisfacción de las demandas de servicios de sus usuarios; debe tener una organización que le permita funcionar adecuadamente, con criterios de eficiencia y calidad. Para ello, debe de apropiarse de un sistema de gestión, que de un norte a las etapas concatenadas de cada proceso para con él, permitirse lograr los objetivos empresariales; ello

entonces, genera una relación de interacción entre las diferentes actividades que realiza la institución, consolidándose en procesos que lideran el logro de un resultado en beneficio de la organización.

Así las cosas, podemos contar con Procesos de tipo Misionales y los Procesos que son de interés a nuestra Monografía, los de Apoyo, entre los cuales contaremos con algunos netamente administrativos, pero que hacen parte de la cadena necesaria para el acceso a los servicios de Salud.

Los procesos de apoyo al interior de una Organización de Salud, se encargan de permitir que todo el Objeto Social de la Institución se cumpla a cabalidad, en este orden de ideas, para el caso de los servicios de salud, se permite garantizar particularmente el Acceso Efectivo a los mismos, permitiendo las condiciones necesarias para que un Usuario, pueda Conseguir una cita, Validar sus derechos ante el Sistema, Recibir por parte de los prestadores todos los servicios reconocidos por la normatividad de forma eficiente, en términos de seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad, entre otros.

El Acceso, hace parte de uno de los Atributos de Calidad, la pérdida de la posibilidad de acceder a los servicios de salud, es una causa importante de situaciones que pueden ir en detrimento de la calidad de vida y en peores escenarios, de la muerte del paciente.

Para lograr acceder a un servicio de salud en una IPS, es necesario cumplir con una serie de actividades que finalizan en el momento que el usuario, es efectivamente atendido por el profesional del área de la salud.

Un flujograma aproximado para la atención en salud (podríamos hablar de un Servicio de Consulta Externa), comprendería:

- La Demanda del Servicio por parte del usuario y con ella, la solicitud del mismo, ante la EPS en la cual se encuentra asegurado.
- La Verificación de Derechos por parte de la EPS.
- La generación de la Autorización del Servicio por parte de la EPS.
- La Entrega de la Autorización por parte de la EPS, al Usuario.
- La Solicitud de la Cita por parte del Usuario a la IPS
- La asignación de la cita por parte de la IPS.
- Pago de Copago en la atención.
- Acceso al servicio.

Cuando revisamos cada una de estas actividades, podemos evidenciar, una serie de acciones concatenadas, las cuales, una a una, permiten llegar a culmen con el fin ulterior del servicio de salud que es, la prestación del servicio, es decir, la garantía del acceso; si alguna de estas actividades relacionadas y otras más que hacen parte de los procesos inmersos en el alcance del servicio, se viera

truncada, generarían contratiempos para las personas que pudieran ocasionar según la consecuencia: Incidentes o Eventos Adversos, incurriendo con ello, en Costos de la Mala Calidad. Como podemos observar, acá se interrelacionan varios procesos administrativos al interior de una EAPB, en este caso: El proceso de autorizaciones, afiliación y registro, gestión de la red de servicios y la prestación como tal; los mismos serán analizados más adelante en un ejercicio de compilación de los procesos al interior de una EAPB, las fallas administrativas que se pudieran presentar y las consecuencias adversas para el usuario.

Entonces, este tipo de Eventos o Incidentes que se derivan de dichas actividades propias de labores netamente administrativas y soportadas en los procesos de Apoyo, deberían ser evaluadas y analizadas para con ello, lograr impactar positivamente en uno de los aspectos relevantes de la atención que ha sido pasado por alto, y que deberían ser reconocidos y enfatizados en las políticas de Seguridad de las Instituciones , que para efectos de esta Monografía, sugerimos lleven por nombre el de: Fallas administrativas como factores contribuyentes en la aparición de eventos adversos.

La Resolución 1446 de 2006, en su Anexo Técnico Número 2, relaciona unos denominados Eventos Trazadores, entre los cuales se encuentran:

- La Demanda del Servicio por parte del usuario y con ella, la solicitud del mismo, ante la EPS en la cual se encuentra asegurado.
- La Verificación de Derechos por parte de la EPS.
- Usuarios detectados por suplantación
- Afiliados duplicados
- Quejas por no prestación de servicios POS
- Quejas interpuestas por reconocimiento de Copago o Cuota moderadora
- Pacientes a los Cuales se les reconoce el servicio Inicialmente Rechazado.
- Servicio Negado por Inadecuado Proceso de Afiliación.
- Devoluciones de liquidación de aportes por inadecuado diligenciamiento y liquidación.
- Pacientes insatisfechos por lo que consideran injustificadas barreras de acceso a la atención.
- a generación de la Autorización del Servicio por parte de la EPS.
- La Entrega de la Autorización por parte de la EPS, al Usuario.
- La Solicitud de la Cita por parte del Usuario a la IPS
- La asignación de la cita por parte de la IPS.
- Pago de Copago en la atención.
- Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos.
- Entrega equivocada de reportes de laboratorio.
- Tutelas por no prestación de servicios POS.

- Pacientes que mueren encontrándose en lista de espera para la autorización o realización de alguna ayuda diagnóstica o procedimiento relacionado con la enfermedad.
- Tutelas o quejas por registro incorrecto de períodos mínimos de cotización.
- Demora en suministro de insumos o medicamentos por trámites administrativos.
- Pacientes que son remitidos repetidas veces a instancias
- Equívocas o erróneas antes de ser referidos al punto definitivo de atención.
- Notorias colas o congestión de pacientes y/o acompañantes en las taquillas o estaciones de asignación de citas.
- Pacientes en lista de espera por más de tres meses (9)

Evaluando los eventos trazadores que aparecen en la Resolución 1446 de 2006 se podrían clasificar como eventos adversos administrativos:

- Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales.
- Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado
- Entrega equivocada de un neonato
- Robo intra institucional de niños
- Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados
- Consumo intra institucional de psicoactivos
- Caída desde su propia altura intra institucional
- Suicidio en pacientes internados.

Al hacer un acercamiento a este listado, es posible apreciar que no se trata propiamente del personal médico como el gestor de la cadena de actividades que producen dichas situaciones, sino de otros funcionarios que desde áreas administrativas, se encargan de dar fluidez a las atenciones que al fallar, generan dichos eventos, es decir, es necesario, comenzar a identificar estas circunstancias que siguen latentes en instituciones de salud, abordarlas positivamente en pos del mejoramiento continuo y garantizar la seguridad del paciente en la atención integral que el mismo recibe.

Las situaciones, anteriormente mencionadas, afrontan de manera directa contra el acceso a los servicios de salud de una forma u otra, sea por errores en las Bases de Datos generadas por las oficinas de afiliación de las empresas administradoras de los planes de beneficios (EAPB) o directamente a nivel del FOSYGA; ó por Barreras al acceso, generadas desde las Instituciones prestadoras o desde las EAPB, en términos de tiempos de ejecución de autorizaciones, oportunidad en la asignación de citas, negación de servicios cubiertos por el Plan de Beneficios; negación de servicio por trámites administrativos o por pagos de Cuotas y Copagos, errores en codificaciones de procedimientos, pacientes o medicamentos; dilaciones en el trámite de remisión; entre otras.

Como reza la teoría del Queso Suizo del doctor James Reason, para que ocurra un evento adverso, es necesaria la confluencia de varios factores que lleguen a permitir el paso del error que deriva en una consecuencia, los mismos, se presentan desde la misma Organización y Cultura donde, menester de procesos no afrontados con la debida exigencia, se pueden dar fallas latentes. Entre otras cosas, acá es posible identificar como generadores de vicisitudes, la falta de compromiso de la alta gerencia, en la organización efectiva de los procesos administrativos al interior de la organización, de igual forma, aquellas instituciones que no son fidelizadas con el usuario, donde este mismo, tiene un papel de menor repercusión o importancia. \*46

Las decisiones gerenciales, son las que dan norte a la cultura organizacional, y de su debilidad en el compromiso de mejora, o en las políticas de servicio, se pueden derivar circunstancias que terminarán en Eventos Adversos, para nuestra óptica, originados en fallas administrativas. Ello, sumado a los Factores Contribuyentes, como, deficiencias en la calidad del Talento humano, problemas en Bases de Datos, errores en los Sistemas de Información; se articularán con las acciones inseguras y darán como resultado, la afrenta a la seguridad del paciente, desde los Procesos de Apoyo.

Diariamente en el país, se identifican dificultades desde el punto de vista netamente administrativo, que derivan en Tutelas por el No Acceso, o la negación se servicios.

La Sentencia T-760 de 2008, se refiere a las Barreras de Acceso, de la siguiente forma:

*“Cuando el acceso a un servicio de salud no es prestado oportunamente a una persona, puede conllevar además de un irrespeto a la salud por cuanto se le impide acceder en el momento que correspondía a un servicio de salud para poder recuperarse, una amenaza grave a la salud por cuanto la salud puede deteriorarse considerablemente+(33)*

La Jurisprudencia Constitucional, en su Sentencia T-933 de 2011, reza: *“las entidades encargadas de la prestación de los servicios de salud deben garantizar la atención de manera oportuna, eficaz y con calidad y no pueden obstaculizar el acceso al sistema de seguridad social en salud, por ser un servicio público de carácter obligatorio y esencial+(34)*

La Tutela se ha constituido así, en una herramienta de parte de los usuarios para la garantía de sus derechos, en el acceso efectivo a los servicios que se ve debilitado, merced de situaciones de carácter administrativo que entorpecen la posibilidad de recibir los servicios a los cuales tiene derecho la población Colombiana. Investigadores del Departamento de Salud Pública de Caldas, estudiaron las Tutelas interpuestas por los ciudadanos entre el 2003 y 2004, en

Manizales, demostrando que dicha herramienta jurídica, ha tomado un papel preponderante en la defensa del derecho Constitucional al Acceso a la salud.

El estudio relaciona, que las causas invocadas en mayor frecuencia fueron: Entrega de medicamentos, Acceso a Cirugías, Tratamientos Integrales, Exámenes Paraclínicos, de los cuales en el Plan Obligatorio de Salud, se hallaba en cobertura el 41% de los mismos.

Los Investigadores, afirman, la vulnerabilidad de los derechos elementales a la Salud y a la Seguridad social, lo que lleva a los ciudadanos, a buscar alternativas de lograr el acceso a dichos servicios, dado que dilaciones y entorpecimiento al ingreso a la prestación del servicio, son causas que ocasionan eventos adversos de carácter netamente administrativo o por Barreras de Acceso.(35)

El Boletín No 2: Serie sobre los derechos económicos, sociales y culturales de la Comisión Colombiana de Juristas, reza: *Í*La Corte ordenó también adoptar las medidas para evitar que se rechace o se demore la prestación de los servicios médicos que sí se encuentran en el POS o que se requieren con necesidad, identificando a las EPS e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que con mayor frecuencia incurren en este tipo de conducta+

Otros estudios, han determinado la vulnerabilidad de los derechos a la salud, desde la presentación de obstáculos que imposibilitan el ingreso efectivo a los servicios, uno de ellos, el estudio de Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia, de la Universidad Autónoma de Barcelona afirma, que de las barreras al acceso que se presentan desde la Oferta de Servicios para las personas afiliadas al Sistema, la principal la constituyen los excesivos trámites administrativos para la consecución de una cita, cuyo porcentaje fue de un 5,63%; de igual forma, un 14,4% de las personas estudiadas, afirmaron no contar con las posibilidades económicas para el acceso, este caso relacionado con el tema de Copagos y Cuotas Moderadoras. En este tema, desde la Jurisprudencia en cuanto a las tutelas esgrimidas desde la barrera de acceso financiera, la Corte, se manifestó en la Tutela C- 542 de 1998, así: *%al usuario del servicio no dispone de los recursos económicos para cancelar las cuotas moderadoras o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales y de medicamentos que requiera+(36)*

*La Sentencia 328 de 1998 (37), manifiesta: %No cabe duda de que los derechos fundamentales de las personas priman sobre cualquier otro tipo de derechos y cuando el conflicto anteriormente descrito se presenta (La carencia de recursos para cancelar Copagos y Cuotas Moderadoras) , esta Corporación ha sido enfática y clara en la decisión de protegerlos, inaplicando para el caso concreto la legislación y ordenando la prestación de los servicios excluidos, cumpliendo así con lo dispuesto en el artículo 4 de la Constitución Política, pues ni siquiera la ley puede permitir el desconocimiento de los derechos personalísimos de los*

*individuos y, cuando so pretexto de su cumplimiento se atenta contra ellos, no solamente es posible inaplicarla, sino que es un deber hacerlo+*

La Defensoría del Pueblo, lanzó un documento de análisis de las Tutelas generadas en Colombia en el periodo 2006-2008, denominado: La Tutela y el Derecho a la Salud, en este documento, se realiza un estudio a las tutelas generadas en dicho periodo, reportando en el mismo, las causas que las producen entre las cuales, muchas tienen un carácter relacionado con los trámites administrativos, y que en su desarrollo, han generado incidentes o Eventos Adversos, por costos de la Mala Calidad en algún eslabón del Procedimiento de acceso a los servicios de Salud. Dicho análisis arrojó resultados de relevancia para la identificación de las falencias que oscurecen el sistema, entre ellas: (14)

Negaciones de lo POS: En el periodo de análisis, hubo un promedio de 53,4% disminuyendo al 49,3%, la mayoría de ellas (85,5%), originadas desde el régimen contributivo. Estas negaciones enfocadas de manera principal hacia la Consulta Externa. Las Negaciones de Servicios POS, afectan de manera particular, el normal curso de la enfermedad en el proceso de atención, dado que constituye, una acción insegura en la cual, las dilaciones en las atenciones, pueden llevar a la aparición del Evento Adverso, o previo al mismo, hablar de un Incidente que pone en riesgo la calidad de vida o la vida misma del paciente que lo solicita.

Este derrotero bibliográfico en cuanto al tema de las Sentencias constitucionales apoyadas en fallos de tutelas, tiene como objetivo llamar la atención acerca de las fallas administrativas que al interior de los procesos al interior de una EAPB, generan consecuencias lesivas para la salud de los afiliados, al no permitir la garantía de los atributos de la calidad, que son menester salvaguardar por parte de entes y articuladores del sistema; dicho derrotero deja como máxima concluyente, las limitaciones en acceso, continuidad y seguridad que desde las falencias en procesos vitales como las autorizaciones o las afiliaciones pueden desencadenar fallas en la seguridad para el paciente.

Las relaciones que entre EAPB y las IPS, son reglamentadas por la *Resolución 3047 de 2008* \*53, la cual, dicta ciertas reglamentaciones que guían el proceso de remisión de pacientes y las autorizaciones que requieran, en el marco de su patología o necesidad en materia de salud; en este orden de ideas, se identifica entonces, algunas dilaciones en la recepción de usuarios que merced de su eventualidad, requieren recibir atenciones de salud; Los posibles eventos adversos que origina la falla administrativa, se generan en las barreras de acceso que han sido palpablemente evidenciadas, en el denominado *Baseo de la Muerte+*, el cual es una situación de total enajenación de los derechos fundamentales, en la que un paciente que requiere atención médica de urgencia, es trasladado de un lado a otro, en razón de dificultades de afiliación o de contratación entre EAPB y las IPS, que generan una Barrera de Acceso, la más



cruenta para los afiliados y que ha cobrado a la fecha muchas vidas humanas, en todo lo largo y ancho del territorio Nacional. Dicha situación fue analizada en el Congreso de la República, donde se están adelantando acciones en pos de sancionar duramente a las Instituciones que permitan este lamentable Evento Adverso Administrativo, por falta de garantías de Acceso. (38)

Algunas Instituciones, han intentado abordar por su cuenta, los Eventos adversos de Origen Administrativo, a pesar de carecer de una mayor amplitud en conceptos y de una organización en su definición, reporte y administración desde la documentación normativa; casos como el de COODAN (Cooperativa Odontológica de Antioquia), que en su política de Seguridad, ha tenido en cuenta los Eventos Adversos que se originan en la atención por personal de Apoyo así: (39)  
Eventos adversos administrativos:

- Mala identificación del usuario
- Pérdida de información clínica
- Cobros injustificados
- Maltrato al usuario
- Dificultades en la remisión de usuarios
- Asalto sexual en la institución.

Los ingentes esfuerzos de parte de algunas instituciones son loables en esta materia, que debería de vincular a todos los estamentos de las organizaciones, en una socialización y mejoramiento en la integralidad de la atención, para que todos los procesos tanto misionales como no misionales, se integren al reporte acucioso de fallas administrativas como factores contribuyentes en la generación de eventos adversos y del trabajo por su erradicación, y al lograrlo, socialicen de forma efectiva entre los funcionarios, los temas necesarios para lograr una cultura organizacional en Beneficio de la Seguridad del Paciente; de esta forma los actores, deberán estar convencidos de que sus recomendaciones serán tenidas en cuenta por los administradores para su prevención.

Para las fallas administrativas que cursan como contribuyentes en la generación de eventos adversos, aún no existe reporte estandarizado como tal, tampoco existe una entidad especializada en recibir estos casos, analizarlos y/o sancionarlos; sin embargo, ha aparecido en la literatura colombiana acerca del tema algunos breves comentarios, como el referenciado en las Buenas Prácticas de Seguridad del paciente en su anexo A (Clasificación de los tipos de Atención Insegura que pueden causar eventos adversos, encontramos: (40)

**Tipo 1:** Relacionados con trámites administrativos para la atención en salud:

No se realiza cuando esté indicado  
Incompleta o insuficiente

No disponible  
Paciente equivocado  
Proceso o servicio equivocado.

La literatura como tal, frente a este tema ha sido muy escueta dificultando, el soporte documental para abordar este tema de particular relevancia; las estadísticas no son muy amplias para definir cómo ha afectado en la calidad de vida del usuario la ineficiencia de los procesos de apoyo o la tramitología administrativa en las IPS y las EAPB; de igual forma, es complejo conocer, los costos reales de la Mala Calidad a los que se ha expuesto el Sistema por dificultades en Bases de Datos, ineficiencia en puestos de recepción y demás Barreras de Acceso que han entorpecido el abordaje acertado de las patologías que pacientes han sufrido en la necesidad de llegar a una atención en salud enmarcada en los atributos de la calidad.

Continuando en la política Nacional que busca garantizar la Seguridad del paciente, es importante que todos los actores que forman parte del engranaje del Sistema General de Seguridad Social en Salud, generen un interés en la adopción de políticas que enfrenten los eventos adversos no originados en la atención en salud, por parte de los profesionales en cuestión; sino aquellos eventos que son merced de la ineficiencia administrativa en otros estamentos de la Organización que hacen parte de la Línea de Frente en la Atención, originados desde los funcionarios de procesos que son específicamente de apoyo y que deberían ingresar en la Cultura Organizacional por la Seguridad del Paciente. Estos Lineamientos sería propicio que se gestaran desde los estamentos gubernamentales como máxima autoridad en su función de Vigilancia y control, emitiendo las normatividades específicas para la revisión, notificación y estudio de eventos adversos administrativos; al igual que generar las directrices en materia de la periodicidad y obligatoriedad de dichos reportes.

A continuación se presenta, un abordaje hecho para esta monografía en un análisis del mapa de procesos de una EAPB del régimen subsidiado de la ciudad de Medellín, donde se revisó transversalmente la estructura del mapa, los eventos adversos reportados, articulando desde la bibliografía las clasificaciones existentes en materia de eventos adversos, la revisión realizada en cuanto a las tutelas y sentencias de la corte en privaciones de los atributos de la calidad generados por fallas administrativas que se pueden presentar al interior de dichos procesos de la EAPB y las posibles consecuencias que puedan derivarse de la misma. Para ello, se construyó una matriz en Excel que sirve de referente de dicho cruce de variables que intentan como fin último demostrar que las fallas administrativas pueden ser contribuyentes en la aparición de eventos adversos.

#### 4.5 MACROPROCESOS DE UNA EAPB DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN MEDELLIN: \*57

##### Dirección y Gerencia

Consta de la Dirección de cada una de las Sedes Adscritas y del Equipo de Calidad.

##### Aseguramiento

Tiene en su interior Tres Divisiones así:  
 Afiliación y Registro.  
 Red de Servicios y Autorizaciones.  
 Gestión del Riesgo.

##### Apoyo.

Financiera  
 Jurídica  
 Tecnológica  
 Talento Humano

De ellos hemos tomado los procesos más susceptibles de riesgo desde lo administrativo para la generación de Un Evento Adverso Así:

- AUTORIZACIONES**

<b>AUTORIZACIONES</b>		
1	Línea de Frente (Gestores) Autorizadores.	Recepcionan Orden de Servicios o Anexo 3
2	Línea de Frente (Gestores) Autorizadores.	Clasifican si es POS o NO POS
<b>SI EL SERVICIO ES POS</b>		
3	Línea de Frente (Gestores)	Envían a la Oficina de Autorizaciones, Orden de Servicios.
4	Autorizadores.	Gestionan la Autorización según términos de la Resolución 3047
5	Autorizadores.	Envían a la Oficina Local la Autorización ó Anexo 4
6	Línea de Frente	Entrega Autorización al Usuario y le Indica acerca

	(Gestores)	del procedimiento para Consecución de Cita. En Caso de ser Necesario, apoya con la consecución de la misma.
<b>SI EL SERVICIO ES NO POS</b>		
3	Línea de Frente (Gestores)	Se orienta al usuario acerca de la Consecución de la Justificación del NO POS. En Casos Especiales, se apoya dicha diligencia. (Prioritarios)
4	Línea de Frente (Gestores)	Envían Justificación de NO POS al Técnico de CTC
	Autorizadores.	
5	Técnico de CTC	Gestiona Justificación ante el Comité.
6	Comité Técnico Científico	En reunión Semanal se hace el análisis de las Justificaciones Y emite autorizaciones.
7	Técnico de CTC	Consolida las Justificaciones y Envía al Autorizador.
8	Autorizadores.	Emiten Autorización y pasa a Línea de Frente.
9	Línea de Frente (Gestores y Autorizador)	Entrega Autorización al Usuario y le Indica acerca del procedimiento para Consecución de Cita. En Caso de ser Necesario, apoya con la consecución de la misma.

- **AFILIACIÓN Y REGISTRO.**

<b>AFILIACIÓN Y REGISTRO</b>		
1	Línea de Frente (Gestores)	Recepcionan solicitud de Afiliación
	Técnico Afiliación Y Reg.	
2	Línea de Frente (Gestores)	Verifica veracidad en información de Documento
	Técnico Afiliación Y Reg.	
3	Línea de Frente (Gestores)	Verifica en Bases de Datos del Fosyga la afiliación de la persona.
	Técnico Afiliación Y Reg.	
4	Gestores	Envían información al proceso de Afiliación y Registro.
5	Técnico Afiliación Y Reg.	Consolida la Información con debidos soportes de Traslados.

6	Técnico Afiliación Y Reg.	Diligencia el Formato para solicitud de Afiliados a otras EPS y envía el consolidado de afiliaciones al FOSYGA
7	Técnico Afiliación Y Reg.	Recepciona Respuesta de EPS y FOSYGA
8	Técnico Afiliación Y Reg.	Genera la Bases de Datos para Entrega a IPS y Autorizadores.

- **GESTIÓN DE LA RED DE SERVICIOS**

<b>GESTIÓN DE LA RED DE SERVICIOS.</b>		
1	Técnico de Gestión Del Riesgo	Realiza Perfil Epidemiológico, Demográfico y Nota Técnica
2	Técnico de Gestión Del Riesgo	Pasa a Profesional de Aseguramiento.
3	Profesional de Aseguramiento	Analiza y Presenta Informe a Comité de Contratación.
4	Comité de Contratación	Analiza Términos Financieros, Jurídicos y Riesgo: Determina la Red a Contratar
5	Profesional de Aseguramiento	Se encarga de Gestionar reuniones con la Red a Contratar
6	Profesional de Aseguramiento	Verifica Condiciones de Habilitación y de Contratación.
7	Profesional de Aseguramiento	Negocea Los términos de Valor del Contrato.
8	Profesional de Aseguramiento	Realiza las Minutas.
9	Gerencia	Aprueba y Firma
10	Profesional de Aseguramiento	Divulga la Red de Servicios.
11	Profesional de Aseguramiento	Verifica cumplimiento términos del Contrato.

En este orden de ideas, se ha logrado identificar algunos procedimientos que dan un grado de vulnerabilidad a la posibilidad de acaecer un Evento Adverso, origen en Fallas administrativas, para ello, se hizo una revisión de los Eventos Adversos reportados en un periodo dado los cuales constan de los siguientes causales:

<b>EVENTOS ADVERSOS</b>				
<b>RESPORTES DE POSIBLES EVENTOS ADVERSOS POR SERVICIO</b>				
<b>MES</b>	<b>EVENTOS ADVERSOS</b>	<b>CENTINELA</b>	<b>INCIDENTE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>enero</b>	---	---	---	<b>0</b>
<b>febrero</b>	---	---	---	<b>0</b>
<b>marzo</b>	1	1	0	<b>2</b>
<b>abril</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>mayo</b>	0	2	0	<b>2</b>
<b>junio</b>	2	1	0	<b>3</b>
<b>julio</b>	0	0	1	<b>1</b>
<b>agosto</b>	1	0	2	<b>3</b>
<b>septiembre</b>	1	2	0	<b>3</b>
<b>octubre</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>noviembre</b>	1	1	1	<b>3</b>
<b>diciembre</b>	1	3	0	<b>4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>21</b>

Hubo un total de 21 Reportes entre Eventos Adversos, Centinelas e Incidentes; ello para una población total de 45769 afiliados en el Departamento, se intuye un subregistro.

Los eventos Centinela reportados tienen que ver con Bajo Peso al nacer el 80% y Hospitalizaciones por Neumonía en los menores de 5 años en el 20%

De los Cuatro Incidentes reportados, uno tuvo que ver con la Imposibilidad de Ubicar a un Usuario ante una remisión por una Duplicidad en su Afiliación; dicha situación corresponde al proceso de Afiliación y Registro y se ve relacionada en las actividades comprendidas en:

Verificación de Documentos y EPS de Afiliación.

Reporte de la Base de datos aprobada por el FOSYGA a las IPS.

De los Eventos Adversos, hubo dos que se originaron en fallas de Carácter administrativos así:

- Dilación en la entrega de la Autorización para Orden de Medicamentos para inmunosupresión en Paciente Pos trasplante Renal: Ello derivó en una hospitalización por Rechazo (Complicación generada por ausencia de Inmunosupresores).

Acá se presentó una falencia en la cual el Autorizador fue en contravía de lo emanado en la Resolución 3047 de 2008, que relaciona los tiempos

reglamentados para las autorizaciones sean de carácter urgente, prioritarias o electivas; particularmente en pacientes correspondientes a Grupos Prioritarios.

- Negación de Servicio POS en paciente mayor de 65 años que requería atención prioritaria por Neumología, en paciente con EPOC. Ello derivó en una Hospitalización por una Complicación mal manejada de su patología de base.

Este se genera por una dificultad en el manejo del proceso de Autorizaciones, en el cual, no se cumple con lo estipulado en el acuerdo 029 de 2012, en cuanto a los servicios contemplados en los Planes de Beneficios del régimen Subsidiado.

Se solicitó a la EAPB, el Mapa de Riesgos (SAR), el cual no se anexa, puesto que el presentado, tiene un bosquejo general, que no nos permite hacer un análisis adecuado de la causalidad y de las situaciones que son riesgosas al interior de la EAPB. Por esta razón, el análisis se extrapola de un análisis exhaustivo realizado a la bibliografía encontrada en temas de prensa, sentencias constitucionales, tutelas relacionadas en ellas, al análisis de los procesos y su relación con la aparición de eventos adversos por causas administrativas.

Eventos adversos en literatura			
1	Relacionados con trámites Administrativos.	9	Relacionado con dispositivos y equipos médicos
2	Fallas en los procesos o procedimientos asistenciales	10	Comportamiento o creencias del paciente
3	Fallas en los registros clínicos	11	Caídas de paciente
4	Infecciones asociadas a la atención en salud	12	Accidentes de pacientes
5	Relacionado con la administración de líquidos parenterales	13	Relaciones con infraestructura y ambiente físico
6	Fallas en la administración de medicamentos y/o líquidos parenterales	14	Relacionados con la gestión de los recursos o gestión organizacional
7	Relacionado con la sangre y sus derivados	15	Relacionados con el laboratorio clínico o de patología
8	Administración de oxígeno y gases		

Procesos	Mapa de Riesgos- Fallas Administrativas	Resultado adverso asociado a falla administrativa	Consecuencia
AFILIACIONES	Errores en la digitación de los Documentos del Usuario ó en el Nombre del Mismo.	Relacionado con trámites administrativos	Fallas en el <b>acceso</b> Fallas en la <b>continuidad</b> de la atención Fallas en la <b>oportunidad</b> en la atención Fallas en la <b>seguridad</b>
	Errores en la digitación de los Documentos del Usuario ó en el Nombre del Mismo.	Fallas en los procesos o procedimientos asistenciales	
	Errores en la Entrega de los Formatos De Solicitud de Afiliados (En digitación ó tiempo de entrega).	Relacionado con trámites administrativos	
	Errores en Afiliación por Homónimos.	Relacionado con dispositivos y equipos médicos /Fallas en los procesos o procedimientos asistenciales	
AUTORIZACIONES	Negación de prestaciones asistenciales POS	Evento adverso relacionado con trámites administrativos. (Incremento del riesgo de complicación de la enfermedad o el evento)	Fallas en el <b>acceso</b> Fallas en la <b>continuidad</b> de la atención Fallas en la <b>oportunidad</b> en la atención Fallas en la <b>seguridad</b> Fallas en la <b>pertinencia</b>
		Evento adverso por no acceso a los medicamentos, Suministro de Oxígeno y Gases y/o ayudas diagnósticas. Muerte	
		Evento adverso por falta de pertinencia administrativa. (Definición de urgencia - emergencia - tipo de diagnóstico - avance de la enfermedad - complicación etc)	
	Dilación en la entrega de autorizaciones, acorde a lo emanado en la resolución 3047 de 2008 por causas administrativas.	Evento adverso relacionado con trámites administrativos. (Incremento del riesgo de complicación de la enfermedad o el evento)	
		Evento adverso por no acceso a los medicamentos, Suministro de Oxígeno y Gases y/o ayudas diagnósticas. Muerte	
		Evento adverso por falta de pertinencia administrativa. (Definición de urgencia - emergencia - tipo de diagnóstico - avance de la enfermedad - complicación etc)	
	Errores en la interpretación de las ordenes médicas	Evento adverso por no acceso a los medicamentos, Suministro de Oxígeno y Gases y/o ayudas diagnósticas. Muerte	
	Mal diligenciamiento de los anexos requeridos para autorización NO POS y POS	Evento adverso por trámites administrativos. Disminución de la calidad de vida y/o la muerte.	
		Evento adverso por no acceso a los medicamentos, Suministro de Oxígeno y Gases y/o ayudas diagnósticas. Muerte	
	Caducidad de las ordenes médicas y de medicamentos	Evento adverso por trámites administrativos. Disminución de la calidad de vida y/o la muerte.	
		Evento adverso por no acceso a los medicamentos, Suministro de Oxígeno y Gases y/o ayudas diagnósticas. Muerte	
	Caidas del sistema y fallas en la tecnología	Evento adverso por fallas en el acceso	
Fallas en la continuidad de la atención	Evento adverso administrativo (Riesgo a la salud y a la vida)		
Capacitación inadecuada del personal	Evento adverso administrativo (Riesgo a la salud y a la vida)		



Procesos	Mapa de Riesgos- Fallas Administrativas	Resultado adverso asociado a falla administrativa	Consecuencia
PROMOCION Y PREVENCIÓN	El cumplimiento a las extensa normatividad en PyP la cual no es focalizada al perfil epidemiológico de la EPS	Evento adverso por trámites administrativos u organizacional. Disminución de la calidad de vida y/o la muerte.	Fallas en el <b>acceso</b> Fallas en la <b>continuidad</b> de la atención Fallas en la <b>oportunidad</b> en la atención Fallas en la <b>seguridad</b> Falla en <b>pertinencia</b>
	Falla en el enfoque de los principales riesgos en salud de los afiliados	Evento adverso por trámites administrativos u organizacional. Disminución de la calidad de vida y/o la muerte.	
	Falla en la medición de impacto en los programas de PyP	Evento adverso por trámites administrativos u organizacional. Disminución de la calidad de vida y/o la muerte.	
	Información insuficiente relacionada con grupos prioritarios	Evento adverso por pertinencia y seguridad	
	Modalidad de contratación por cápita	Evento adverso por falla en continuidad y acceso por desestimulo del prestador para aplicar demanda inducida.	
MODELO DE ATENCIÓN	Fallas en la definición de políticas de atención en salud las cuales están orientadas hacia la intervención y ahorro en los costos y no a resultados en salud	Evento adverso relacionado con tramites administrativo y con la gestion de recursos	Fallas en el <b>acceso</b> Fallas en la <b>continuidad</b> de la atención Fallas en la <b>oportunidad</b> en la atención Fallas en la <b>seguridad</b>
	Modelo de atención realizado sin tener en cuenta el perfil demográfico y/o epidemiológico de la población	Evento adverso por falta de pertinencia y fallas en acceso	
	Carencia de seguimiento al Modelo de Atención	Evento adverso por falla en seguridad y pertinencia	

Como puede ser evidenciada en la construcción hecha en Excel, con el cruce de la información recogida en muestreo bibliográfico y en los procesos de la EAPB, podemos concluir, que si existen fallas administrativas que contribuyen a la generación de eventos adversos, que las mismas, pueden afectar los diferentes atributos de la calidad, generando una vulnerabilidad importante al usuario. Los servicios de salud, son integrales y comprenden todos los procesos al interior de una institución, para el tema que nos atañe en una EAPB, si un eslabón de la cadena falla, todo se compromete, arriesgando la calidad de vida y la garantía de la salud del usuario que es menester desde los articuladores propender por su defensa. En un EAPB como la estudiada, los procesos críticos pudieran encontrarse al interior de las autorizaciones, afiliaciones y registro, gestión de la red, programas de promoción y prevención y los modelos de atención; ellos son procesos vitales que requieren de una especial atención para garantizar su eficiencia y la seguridad en las atenciones. Una falla administrativa desemboca particularmente en eventos adversos que según la clasificación existente no solamente generarán eventos relacionados con el trámite administrativo como tal, sino también en otras instancias que acogen a los procesos asistenciales. Por esta razón, consideramos importante que cada institución de salud, vincule las fallas administrativas en su mapa de riesgos para generar acciones que impacten integralmente en la seguridad del paciente.

#### **4.6 INFORMACIÓN OBJETO DE ANALISIS**

Definición de la estructura Interna de la compañía

Identificación de los procesos administrativos

Identificación de los riesgos de generar eventos adversos asociados a los actos administrativos por proceso

Identificación de riesgos administrativos en salud generadores de eventos adversos acorde con el modelo asistencial.

#### **4.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN**

Mapa de procesos\* 46, eventos adversos y bibliografía, donde se consignará la información antes descrita (Anexo A)

#### **4.8 TÉCNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN**

Dado que la EPS del régimen subsidiado, permite el acceso, consulta y análisis de la información a los investigadores, se analizarán los procesos que conforman el modelo de atención en salud de dicha compañía. Las investigadoras, revisarán la documentación pertinente que permita alcanzar el objetivo propuesto, por medio de las variables definidas previamente, como objeto de análisis. Una vez finalizada la revisión de la documentación se procederá a realizar el análisis de misma.

#### **4.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Una vez realizado el análisis documental se emitirán conceptos sobre la importancia de la la identificación, clasificación, análisis y tratamiento de los riesgos administrativos generadores de eventos adversos acorde con las referencias bibliográficas estudiadas.

Con el establecimiento de la metodología, se puede plantear los riesgos administrativos generadores de eventos adversos que le permita a las entidades que prestan servicios de salud del régimen subsidiado, aplicar estrategias de

intervención del riesgo con el fin de que puedan detectar sus riesgos administrativos que generen eventos adversos y tratarlos.

#### 4.10 DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se realizará un informe con los resultados obtenidos, del cual se entregará una copia a la Universidad CES.

#### CONSIDERACIONES ETICAS

Por ser un estudio de tipo análisis documental no involucra intervenciones en la población. Sin embargo, se debe realizar una búsqueda exhaustiva de la literatura que nos ayudara a evitar la subjetividad de los investigadores; además, se respetaran y citaran de manera adecuada las fuentes de donde se obtuvo la información. Las investigadoras, se comprometen a mantener la confidencialidad e imparcialidad de la información revisada y ésta será utilizada solamente con fines académicos

### 5 ANEXOS

#### CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
ELABORACION PROYECTO	XX	XXXX	XX	XX				
BUSQUEDA BIBLIOGRAFIA	XX	XXXX	XX	XX	XX			
PRESENTAR A COMITÉ CES				X				
CORRECCIONES Y ASESORIA				XXX	XX	XX	XX	
PROYECTO FINAL							XX	XX
PUBLICACION								XX

## PRESUPUESTO

### PRESUPUESTO GLOBAL DEL PROYECTO

RUBROS	UNIVERSIDAD CES	RECURSOS PROPIOS	TOTAL
PERSONAL	8.243.072	15.360.000	23.928.448
EQUIPOS	0	2.500.000	2.500.000
MATERIALES	0	340.000	340.000
GASTOS DE VIAJES	0	0	0
SERVICIOS TECNICOS	0	0	0
TOTAL	8.243.072	18.200.000	26.443.072

### GASTOS DE PERSONAL

INVESTIGADOR	GRADO	FUNCIÓN	DEDICACIÓN HORAS/ SEMANA	VALOR HORA	UNIVERSIDAD CES	RECURSOS PROPIOS
	Magíster	Asesor temático	1	64.399	4.121.536	
Pensar	Magíster	Asesora metodológica	1	69.483	4.121.536	
Marcela	Estudiante Especialización en Auditoria Medica	Investigadora principal	6	20.000		7.680.000
Patricia	Estudiante Especialización en Auditoria Medica	Investigadora principal	6	20.000		7.680.000
TOTAL	-	-	-	-	8.243.072	15.360.000

### GASTOS DE EQUIPOS

EQUIPOS	JUSTIFICACION	VALOR	UNIVERSIDAD CES	RECURSOS PROPIOS
2 Computadores	Recolección, procesamiento y análisis de información	2.500.000		2.500.000
TOTAL	-	-	0	2.500.000

## GASTOS DE MATERIALES

MATERIALES	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	UNIVERSIDADES	RECURSOS PROPIOS
Papel	1 resma	10.000		10.000
Tinta	1 cartucho	50.000		50.000
Fotocopias		200.000		200.000
USB 8 GB	1	80.000		80.000
TOTAL	-	-	0	340.000

## 6 CONCLUSIONES

1. A pesar que ninguna decisión de tipo administrativa debe imponerse a lo Clínico, a través de esta monografía es posible identificar que si existen fallas administrativas que se constituyen en factores contribuyentes para la generación de eventos adversos.
2. Aun no existe un modelo de reporte de fallas administrativas contribuyentes a la generación de eventos adversos institucionalizada en forma general, a pesar que algunas instituciones vienen trabajando por su cuenta el tema.
3. Al igual que es de suma importancia la seguridad en la atención en salud del paciente , dentro del proceso asistencial, es menester considerar la integralidad en la prestación del servicio, con la inclusión de los procesos administrativos en los factores críticos para garantizar la seguridad del paciente.
4. Debe crearse una cultura del reporte la cual no debe ser punitiva si no formativa que permitiera tomar conductas correctivas de manera rápida y eficiente generando eficacia en la atención integral de los pacientes.

## 7 BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de la Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema obligatorio de calidad en la atención [Internet]. FUNDACIÓN FITEC; 2007. Available from: [http://www.chi.ops-oms.org/col/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=257&Itemid=](http://www.chi.ops-oms.org/col/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=257&Itemid=)
2. Dr. Carlos Lerma Agudelo. Arte, humanismo y cirugía: una visión holística. 2009 Oct;24(4). Available from: [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822009000400002&lng=es&nrm=](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822009000400002&lng=es&nrm=)
3. MINISTERIO DE LA SALUD Y LA PROTECCION SOCIAL. Observatorio de La Calidad en Salud [Internet]. Available from: <http://201.234.78.38/ocs/Default.aspx>
4. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 2000. Available from: [http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=JInZiZnUyicC&oi=fnd&pg=PA1&dq=to+err+is+human+building+a+safer+health+system+kohn&ots=hpGNUFgEL9&sig=4gN1QCLFNu8WsNWbhUV\\_M7xobyk](http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=JInZiZnUyicC&oi=fnd&pg=PA1&dq=to+err+is+human+building+a+safer+health+system+kohn&ots=hpGNUFgEL9&sig=4gN1QCLFNu8WsNWbhUV_M7xobyk)
5. Wikipedia, la enciclopedia libre. Seguridad [Internet]. 2010. Available from: <http://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad>
6. Angel Casanova AV. Gestion del riesgo en la politica de seguridad del paciente. [Internet]. Available from: <http://www.slideshare.net/aidangelito/gestion-del-riesgo-en-la-politica-de-seguridad-del-paciente-6945850>
7. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N. Engl. J. Med. 1991 Feb 7;324(6):370. 6.
8. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. DECRETO 1011 de 2006 [Internet]. 1011 Abril 2006, 2006. Available from: <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/images/pdf/normograma/DECRETOS/2006/DECRETO%201011.pdf>
9. EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCION 001446 [Internet]. 001446 May 8, 2006. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>

10. Dra. Mirta Roses Periago. SEGURIDAD HUMANA: Una mirada desde la salud pública [Internet]. El Paso, Texas, EE.UU.; 2009. Available from: [http://www.paho.org/Spanish/D/HumanSecurity\\_Health\\_Jun09\\_spa.ppt](http://www.paho.org/Spanish/D/HumanSecurity_Health_Jun09_spa.ppt)
11. Ministerio de la Protección Social. LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA [Internet]. 2008. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/Seguridad%20del%20Paciente%20anexos/LINEAMINETOS%20IMPLEMETACIÓN%20%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE,%202008.pdf>
12. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. lineamientos para la IMPLEMENTACIÓN de la POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE en la REPÚBLICA de COLOMBIA [Internet]. 2008. Available from: [http://201.234.78.38/ocs/public/seg\\_paciente/Default.aspx](http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx)
13. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. LEY 100 [Internet]. 100 Diciembre, 1993. Available from: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>
14. Periodico el Pulso. La acción de tutela en salud: Por la conquista de la integralidad. 108th ed. Medellín; 2007 Sep; Available from: <http://www.periodicoelpulso.com/html/0709sep/debate/debate-08.htm>
15. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Instituto de Información Sanitaria. SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE LISTAS DE ESPERA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SISLE-SNS [Internet]. España; 2007 Diciembre. Available from: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/listaDiciembre08Cl.pdf>
16. Krentz H, Gill J. Despite CD4 cell rebound the higher initials costs of medical care for HIV-infected patients persist for 5 years after presentation with CD4 counts less than 350. 2010 Sep 16;
17. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-010/10 [Internet]. 010/10 Enero, 2010. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/T-010-10.htm>
18. Blanco FE. Errores médicos los paga el usuario. 117th ed. 2008 Diciembre; Available from: <http://www.unperiodico.unal.edu.co/dper/article/errores-medicos-los-paga-el-usuario/index.html>
19. Gaitan H. Los eventos adversos en la atención en salud. 2008 Oct;59(4).



20. Dirección Corporativa de Administración. Primera Guía de seguridad del Paciente- Identificación correcta del paciente.
21. Giraldo Suarez M. EL ESTUDIO IBEAS Y LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN COLOMBIA [Internet]. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/Seguridad%20del%20Paciente%20anexos/EL%20ESTUDIO%20IBEAS%20Y%20LA%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>
22. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia.
23. El Congreso de Colombia. Ley 715 [Internet]. 715 Diciembre, 2001. Available from: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf)
24. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 [Internet]. 1043 Abril, 2006. Available from: [http://www.cruzrojacolombiana.org/normatividad/otras\\_leyes/decreto%201043%20de%202006%20auditoria.pdf](http://www.cruzrojacolombiana.org/normatividad/otras_leyes/decreto%201043%20de%202006%20auditoria.pdf)
25. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCION 1445 [Internet]. 1445 May 8, 2006. Available from: <http://es.scribd.com/doc/55508312/5/RESOLUCION-1445-8-de-mayo-de-2006>
26. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. DECRETO NUMERO 4747 [Internet]. 4747 Diciembre, 2007. Available from: <http://www.unicauca.edu.co/unisalud/images/stories/decreto%204747.pdf>
27. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Circular 047 [Internet]. 047 Nov 24, 2011. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Circular-047-de-2011.aspx>
28. Supersalud. CIRCULAR EXTERNA No. 051 [Internet]. 051 Oct 17, 2008. Available from: [http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/SEGUIMIENTO%20EN%20SALUD/Actos%20Administrativos\\_Sala%202da/CIRCULAR-EXTERNA-No-51-DE-2008-SUPERSALUD.pdf](http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/SEGUIMIENTO%20EN%20SALUD/Actos%20Administrativos_Sala%202da/CIRCULAR-EXTERNA-No-51-DE-2008-SUPERSALUD.pdf)
29. Rico menendez J. Evolución del concepto de Calidad. 10(3):169.
30. Universidad de Cadiz. Conceptos Generales de Calidad [Internet]. Available from: [http://ocw.uca.es/file.php/7/TEMA\\_1.pdf](http://ocw.uca.es/file.php/7/TEMA_1.pdf)
31. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. ACREDITACION EN SALUD [Internet]. Available from: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=115&IdCat=29>

32. Periodico el Pais. Demandas por fallas en la atención médica aumentaron un 45% en Colombia. Cali, Colombia; 2012 Mar 17; Available from: <http://www.elpais.com.co/elpais/cali/noticias/fallas-medicas-aumentaron-45-en-pais>
33. MINISTERIO DE LA SALUD Y LA PROTECCION SOCIAL. Sentencia T 760 [Internet]. T 760 Jul 31, 2008. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Paginas/Sentencia-T-760-de-2008.aspx>
34. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-933/11 [Internet]. T-933/11 Dic, 2011. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/t-933-11.htm>
35. Comision Colombiana de Juristas. Serie sobre el derecho a la consulta previa de pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes. [Internet]. 2009. Available from: <http://www.coljuristas.org/documentos.php>
36. Rodríguez Acosta S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia [Internet]. 2010 Jun. Available from: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/Srodriguez.pdf>
37. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-328/98 [Internet]. T-328/98 Jul 3, 1998. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-328-98.htm>
38. Juan Manuel Galán. Paseo de la muerteqde EPS de Bogotá llega a debate al Congreso. On-Line. Bogota, Colombia; 2012 Oct 18; Available from: <http://www.elespectador.com/noticias/politica/articulo-381955-paseo-de-muerte-de-eps-de-bogota-llega-debate-al-congreso>
39. Cooperativa Odontologica de Antioquia. PROCEDIMIENTO PARA EL REPORTE, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE EVENTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES EN ODONTOLOGÍA [Internet]. 2008. Available from: <http://www.coodan.org/ccc/PSO-011%20Procedimiento%20para%20Complicaciones%20y%20%20EA.pdf>
40. Direccìon General de Calidad de Servicio. Guia técnica %Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atencìon en salud+[Internet]. 2010. Available from: <http://www.elhospital.com/eh/formas/91825/seguridadPaciente.pdf>