

**COSTOS DE LA NO CALIDAD, RELACIONADOS CON LAS INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS, EN EL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA EN LA E.S.E.
HOSPITAL ANTONIO ROLDÁN BETANCUR DE APARTADÓ, DURANTE EL AÑO 2010**

**LUZ NELLY BETANCOURT
MARTHA CECILIA ECHEVERRY
EYLE LOBO
DIANA BALDRICH**

DOCTOR: ABELARDO GUZMAN HURTADO

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 51
APARTADÓ – ANTIOQUIA
2011**

**COSTOS DE LA NO CALIDAD, RELACIONADOS CON LAS INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS, EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA EN LA E.S.E.
HOSPITAL ANTONIO ROLDÁN BETANCUR DE APARTADÓ, DURANTE EL AÑO 2010**

**LUZ NELLY BETANCOURT
MARTHA CECILIA ECHEVERRY
EYLE LOBO
DIANA BALDRICH**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORÍA EN SALUD**

**ASESOR
DOCTOR: ABELARDO GUZMÁN HURTADO**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 51
APARTADÓ – ANTIOQUIA
2011**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Medellín ____ de _____ de 2011

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos, a:

Abelardo Guzmán Hurtado, docente de posgrado en la Facultad de Medicina de la Universidad CES y nuestro asesor, por sus valiosos aportes en la parte metodológica.

Rodrigo Rafael Fernández Fernández, gerente de la Empresa Social del Estado -ESE Hospital Antonio Roldán Betancur, del municipio de Apartadó - Antioquia, por su colaboración, facilitándonos un espacio en la institución a su cargo para la realización del trabajo de investigación.

A la Universidad CES. “Un compromiso con la excelencia”, por permitirnos el logro de este posgrado.

A la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, donde hicimos realidad éste trabajo de investigación.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
1.1 JUSTIFICACIÓN	18
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
2 OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GENERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3 MARCO TEÓRICO	23
3.1 COSTOS DE LA NO CALIDAD	23
3.1.1 Componentes del costo.	24
3.1.2 Que es el costo de calidad?	24
3.1.3 Qué es el costo de la no calidad?	24
3.1.4 Costos de la mala calidad.	25
3.2 GENERALIDADES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	25
3.3 CALIDAD DE LA ATENCION A LA SALUD	27
3.3.1 Evaluación de la calidad de los servicios de salud.	37
3.3.2 ¿Cómo evaluar la calidad?	38
3.4 INFECCIÓN NOSOCOMIAL O INTRAHOSPITALARIA	41
3.4.1 Infección nosocomial nueva.	42
3.4.2 Caso descartado de infección nosocomial.	43
3.4.3 Clasificación de las infecciones ginecobstétricas (sitio de infección).	43
3.4.4 Infección de herida quirúrgica.	43
3.4.5 Clasificación de las heridas por el nivel de contaminación bacteriana.	44

4	DISEÑO METODOLÓGICO	45
4.1	TIPO DE ESTUDIO	45
4.2	ÁREA DE ESTUDIO	45
4.3	UNIVERSO Y MUESTRA	46
4.4	OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	46
5.	RESULTADOS	47
5.1	INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS POR TRIMESTRES EN EL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA DE LA E.S.E. HOSPITAL ANTONIO ROLDÁN BETANCUR DE APARTADÓ, EN EL AÑO 2010.	47
5.2	INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE GINECOBSTERICIA DE LA E.S.E. HOSPITAL ANTONIO ROLDÁN BETANCUR DE APARTADÓ, EN EL AÑO 2010.	51
6.	CONCLUSIONES	64
7.	RECOMENDACIONES	66
	BIBLIOGRAFÍA	68

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Infecciones intrahospitalarias en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el primer trimestre del año 2010. 47

Tabla 2. Causas de infección intrahospitalaria en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el primer trimestre del año 2010. 48

Tabla 3. Infecciones intrahospitalarias en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el segundo trimestre del año 2010. 48

Tabla 4. Causas de infección intrahospitalaria en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el segundo trimestre del año 2010. 49

Tabla 5. Infecciones intrahospitalarias en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el tercer trimestre del año 2010. 49

Tabla 6. Causas de infección intrahospitalaria en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el tercer trimestre del año 2010. 50

Tabla 7. Infecciones intrahospitalarias en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el cuarto trimestre del año 2010.	50
---	----

Tabla 8. Causas de infección intrahospitalaria en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el cuarto trimestre del año 2010.	51
--	----

Tabla 9. Infecciones intrahospitalarias en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el año 2010.	52
--	----

Tabla 10. Causas de infección intrahospitalaria en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el año 2010.	53
--	----

Tabla 11. Costos de las infecciones intrahospitalarias presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el primer trimestre de 2010.	56
---	----

Tabla 12. Costos de las infecciones intrahospitalarias presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el segundo trimestre de 2010.	57
--	----

Tabla 13. Costos de las infecciones intrahospitalarias presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el tercer trimestre de 2010.	59
---	----

Tabla 14. Costos de las infecciones intrahospitalarias presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el cuarto trimestre de 2010.	60
---	----

Tabla 15. Costos discriminados por trimestres, de las infecciones intrahospitalarias por presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el año 2010.	61
---	----

Tabla 16. Costos discriminados por cada una de las infecciones intrahospitalarias presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el año 2010.

62

LISTA DE GRAFICAS

Grafico 1. Distribución porcentual de las causas de infección intrahospitalarias o nosocomial presentadas en la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el año 2010. 55

GLOSARIO

CALIDAD: características o atributos que debe tener un bien o servicio para ser atractivo a los clientes.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA: grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener resultados deseables en salud para los individuos y la población.

CONSUMO: material que se utiliza una sola vez.

COSTO: suma de todo lo que se gasta para obtener un producto o dar un servicio.

COSTO DE LA CALIDAD: es la valoración económica de los costos de personal, institución material y equipos empleados para el desarrollo de las actividades necesarias para alcanzar los objetivos de calidad definidos por la dirección de la institución.

COSTO DE LA NO CALIDAD: valoración económica de las pérdidas negativas no mensurables que ocasionan o podrían ocasionar los fallos de calidad.

COSTOS INDIRECTOS DE LA NO CALIDAD: son intangibles, difíciles de medir, no se detectan en forma inmediata y son relativos a la pérdida de imagen de la institución y a la insatisfacción del usuario:

E.S.E: empresa social del estado.

EPS: empresa promotora de salud.

EPS-S: empresa promotora de salud del régimen subsidiado.

INSUMO: material que se necesita para dar un producto o realizar una tarea.

OMS: organización mundial de la salud.

OPORTUNIDAD: posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

SEGURIDAD: 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.

SGSSS: sistema general de seguridad social en salud.

SUH: sistema Único de Habilitación.

SUA: sistema Único de Acreditación.

RESUMEN

Calidad de la atención de la salud, es el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. (Avedis Donabedian). Toda organización está expuesta a grandes riesgos de mala calidad de la atención en salud, ante la falta de herramientas de gestión o mala calidad de las mismas, que le permitan realizar en forma oportuna y eficiente medidas de mejoramiento continuo y evitar mayores costos no presupuestados, sin lograr los objetivos propuestos. El costo de la calidad es la valoración económica de los costos de personal, material y equipos empleados para el desarrollo de las actividades necesarias para alcanzar los objetivos de calidad definidos por la institución, mientras que el costo de la no calidad es valoración económica de las pérdidas no mensurables que ocasionan o podrían ocasionar los fallos de calidad.

Según la OMS, los países en vía de desarrollo como Colombia, incurren en altos costos vinculados a la falta de calidad de la atención en salud. Se estima, según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, que los pacientes quirúrgicos son particularmente más vulnerables a este tipo de infecciones que cualquier otro paciente ingresado en otra sala de un hospital, ya que se les expone a una serie de situaciones (procedimientos invasivos, venopunciones, venodisecciones, quirófano, nutrición parenteral, etc) que aumentan el riesgo para desarrollar infecciones derivadas de la atención en salud.

El presente trabajo de investigación comprende un estudio evaluativo, analítico y retrospectivo por cohortes, con una población de pacientes que ingresaron al servicio de ginecobstetricia de la E.S.E Hospital Antonio Roldán Betancur del municipio de Apartadó y que se les realizó algún procedimiento. Se determinaron los costos de la no calidad generados por las infecciones intrahospitalarias en dicho servicio durante el año 2010, mediante la evaluación de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron al servicio de ginecobstetricia de la institución durante ese período, identificando además las causas de infecciones nosocomiales y la frecuencia con que se presentaron.

Este trabajo de investigación se realizó mediante un análisis por cohorte y comparativo por trimestre, midiendo el índice y la tasa de infección en cada uno de ellos. Durante el análisis de la información recolectada se evidenció que la infección de sitio operatorio poscesárea, la endometritis posparto y la endometritis post cesárea fueron las infecciones intrahospitalarias más frecuentes y las que generaron mayores costos durante el año 2010, aunque no son la más costosas, además, se observó que el componente que contribuye al aumento de los costos se refiere al uso de medicamentos, principalmente antibióticos para combatir la infección.

Palabras claves: calidad de la atención en salud, costos de la no calidad, infecciones nosocomiales o intrahospitalarias.

ABSTRACT

Quality health care is the degree to which the most desirable means used to achieve the highest possible health improvements. (Avedis Donabedian). Every organization is exposed to great risk of poor quality of health care in the absence of management tools or poor quality of them, to enable it in a timely and efficient measures to prevent further continuous improvement and unbudgeted costs, without achieving the proposed objectives. The cost of quality is the economic valuation of the costs of personnel, material and equipment used for development activities necessary to achieve the quality objectives defined by the institution, while the cost of quality is no economic valuation of measurable losses caused or could cause quality failures.

According to WHO, the developing countries like Colombia, incur high costs associated with the lack of quality health care. It is estimated, according to the Ministry of Social Protection of Colombia, which surgical patients are particularly vulnerable to these infections than any other patient in a hospital room, as they are exposed to a variety of situations (procedures invasive venipuncture, venesection, surgery, parenteral nutrition, etc.) that increase the risk for infections resulting from health care.

This research includes an evaluation study, analytical, retrospective cohort, with a population of patients who were admitted to the gynecology of the Antonio Roldán Betancur Hospital ESE of the town of Apartado and who underwent a procedure. Were determined non-quality costs caused by nosocomial infections in the service during 2010, by evaluating the medical records of patients who were admitted to the gynecology of the institution during that period, in addition to identifying the causes of infections nosocomial and frequency presented.

This research was performed using a cohort analysis and comparative quarter, measuring the rate and infection rate in each. During the analysis of information collected was shown that surgical site infection after cesarean section, postpartum endometritis and post cesarean endometritis nosocomial infections were more frequent and higher costs that

generated during 2010, although not the most expensive as well was observed that the component that contributes to increased costs is the use of drugs, mainly antibiotics to fight infection.

Keywords: quality of health care, cost of poor quality, or hospital-acquired nosocomial infections.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones intrahospitalarias constituyen un verdadero problema de salud pública porque son causa importante de morbilidad, mortalidad, prolongación de permanencia hospitalaria y el incremento de costos que de ellos derivan.

La infección intrahospitalaria o nosocomial es la que aparece durante la hospitalización sin indicios que el paciente la tuviera ni en fase clínica ni de incubación al ingresar al hospital.

Hay factores de riesgos bien conocidos de infecciones intrahospitalarias, como el estado de salud previo del enfermo, localización de la cirugía, grado de contaminación de la cirugía, duración de la intervención, edad del paciente y las normas de asepsia y antisepsia (en la preparación de equipos, instrumental quirúrgico, personal de quirófano y cirujanos).

Es claro que las infecciones intrahospitalarias aumentan en forma importante los costos del tratamiento, por ello nos hemos propuesto realizar nuestro trabajo de grado, en un estudio cuyo enfoque se dirija a determinar el costo de las infecciones intrahospitalarias en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, del municipio de Apartado, Antioquia.

Con el objetivo de determinar la causas, frecuencia y costos de las infecciones intrahospitalarias en el servicio de ginecobstetricia, se diseñó un estudio observacional, analítico y retrospectivo de cohortes, con una población de pacientes que ingresó al servicio de ginecobstetricia y se le realizó algún procedimiento. En este contexto, se trata de valorar el impacto económico de la adquisición de infecciones intrahospitalarias, basándose en costos de días de internación postoperatoria, antibióticos y ausencia de días laborales.

El conocimiento del origen de la prolongación de hospitalización y los diferentes costos imputables a la infección intrahospitalarias, debe motivar la implementación de programas de prevención y control de las infecciones. Consecuentemente, se deben reducir riesgos para la vida de los usuarios, costos para el paciente, el hospital, mejorar la calidad del servicio y posteriormente, realizar investigaciones epidemiológicas prospectivas y cooperativas entre instituciones estatales y universitarias de nuestro país.

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN

Se estima que, en cualquier momento dado, más de 1 millón 400 mil personas en todo el mundo sufre de infecciones contraídas en hospitales. Las infecciones asociadas a la atención sanitaria ocurren en todo el mundo y afectan tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo. En países desarrollados, entre el 5 y el 10% de los pacientes contrae una o más infecciones, y se considera que entre el 15 y el 40% de los pacientes internados en atención crítica resulta afectado. En entornos de bajos recursos, las tasas de infección pueden superar el 20%, pero los datos disponibles son escasos y se necesita más investigación, en forma urgente, para evaluar el costo de las infecciones nosocomiales en los países en vías de desarrollo. Los pacientes quirúrgicos son particularmente mas vulnerables a este tipo de infecciones que cualquier otro paciente ingresado en otra sala de un hospital, ya que se les expone a una serie de situaciones (procedimientos invasivos, venopunciones, venodisecciones, quirófano, nutrición parenteral, etc.) que aumentan el riesgo para desarrollar infecciones derivadas de la atención en salud. (1)

La Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, en el municipio de Apartadó - Antioquia, atiende a la población pobre no es ajeno a estas estadísticas, es la única institución pública en la Zona de Urabá que realiza actividades de segundo nivel de complejidad y que ofrece dentro de su portafolio de servicios actividades y procedimientos ginecobstétricos y quirúrgicos entre otras, las cuales contrata con las diferentes Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), a través, de diferentes modalidades de contratación entre las cuales se encuentran: **Contratación por evento.** Principalmente con las administradoras del régimen contributivo.

¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD. Paquetes instruccionales, guía técnica "buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Versión 1.0, Bogotá, Diciembre 31 de 2009. Artículo de Internet. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co>. [Consultado en Julio de 2011].

Contratación por paquete quirúrgico. Para la ejecución de actividades quirúrgicas de la población pobre y vulnerable sin subsidio. **Contratación por capitación.** Con las Administradoras del Régimen Subsidiado y el ente territorial, para la atención de patologías de baja complejidad.

Para la ejecución de estas actividades la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, se enfoca en la racionalización de los costos inmediatos de los insumos y del recurso humano y concentra sus esfuerzos en la implementación de un sistema de calidad que a la luz de la norma, incumple con los requisitos mínimos para la prestación de servicios de salud como lo es el sistema único de habilitación. La Institución asume que la implementación de la calidad genera costos altísimos, hechos que no logran la satisfacción de los pacientes, por las complicaciones postquirúrgicas como lo son las infecciones intrahospitalarias, viéndose abocados a demandas, complicaciones y mayores días de estancia, que generan altos costos posteriores que en nuestra investigación se denomina “costos de la no calidad”.

Hasta la fecha no se evidencia alguna investigación sobre la aparición de infecciones intrahospitalarias en el postoperatorio, en ésta institución a pesar de que representa un problema de importancia para la salud pública. Ello nos motiva al análisis observacional de estos eventos en una forma retrospectiva.

Este trabajo de investigación, analiza y discute las diferentes estrategias que maximizan la ganancia, tanto para los pacientes, en términos de salud, como para las instituciones de salud en términos monetarios. En primer lugar discutiremos las alternativas para evaluar la calidad de la atención médica. En la segunda parte se propondrá la aplicación de la teoría de agencia para la mejora de la calidad de la atención médica.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La reestructuración del sector salud durante la última década en Colombia originó que el antiguo sistema nacional de salud se transformara en un sistema moderno de seguridad social en salud, que permitiera superar la progresiva crisis hospitalaria que se venía dando, la demanda excesiva de servicios de la población, las continuas quejas, demandas y tutelas por la presentación de servicios. Por tales motivos, cada día la calidad en la prestación de los servicios de salud es un tema de gran importancia y a su vez de difícil manejo dentro del contexto actual, en el cual el mayor enfoque ha sido dirigido hacia los aspectos administrativos-financieros, dejando en segundo plano lo que se constituye en la obligatoriedad del Estado de garantizar el servicio público de salud en términos de calidad y el costo de perder una vida humana.

Con la crisis del antiguo Sistema de Salud en Colombia, la calidad en la prestación de los servicios de salud no era labor ni interés de las Instituciones. Ahora, involucrar la mejora continua con el fin de brindar un servicio de salud de alta calidad, seguridad y satisfacción a sus clientes es compromiso del estado y las Instituciones. Sin embargo la dinámica de trabajo de las Instituciones de Salud, debe empezar a adoptar y adaptar las herramientas utilizadas en la industria para lograr este objetivo, regido con lo presentado en el Sistema Único de Habilitación –SUH, como primer componente en la calidad de la atención en salud. y el Sistema Único de Acreditación –SUA La Acreditación en Salud, será un reconocimiento para las Instituciones de Salud que logren acoger sus procesos a nuevos esquemas de trabajo, teniendo a su alrededor múltiples formas de cómo lograr y mantener efectivamente la mejora continua en sus procesos y servicios, pero aún desconocida para este tipo de Instituciones.

Sin embargo, el no tener un claro direccionamiento y/o guía de trabajo puede dejar esta gran oportunidad, en el logro de un documento de Acreditación y no en un servicio de salud de alta calidad, seguridad, satisfacción de los clientes, reducción de costos para la institución y mejoramiento del sistema de salud en Colombia, para lo que fue creado el SUA.

En el presente trabajo de investigación, se analizarán y discutirán las diferentes estrategias que maximicen la ganancia, tanto para los pacientes, en términos de salud, como para el prestador de servicios de la salud Empresa Social del Estrado Hospital Antonio Roldán Betancur, de Apartadó en términos monetarios.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los costos de la no calidad generados por las infecciones intrahospitalarias en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, del municipio de Apartadó, durante el año 2010.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la frecuencia y las causas de las infecciones intrahospitalarias en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, del municipio de Apartadó, durante el año 2010.

Analizar los costos que generan las infecciones intrahospitalarias en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, del municipio de Apartadó, durante el año 2010.

Proponer actividades de mejora con el fin de disminuir el índice de infecciones intrahospitalarias en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, del municipio de Apartadó, durante el año 2010.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 COSTOS DE LA NO CALIDAD

El hospital es una organización sin fines de lucro que funciona los 365 días del año. El paciente es la razón de ser del hospital. La producción del mismo debe ser de la mejor calidad y a un costo razonable, porque la vida humana no tiene precio.

Se debe considerar en toda organización hospitalaria tres elementos: Estructura, Producción y Costos.

La estructura, es el organigrama del hospital e informa sobre la centralización y descentralización en la toma de decisiones: director, subdirector, jefes de departamento médicos y administrativos, jefes de división, unidad y sección.

La producción, informa consultas externas, día paciente-internado, consulta en guardia, ecografías, exámenes de laboratorio, intervenciones quirúrgicas, radiografías, etc.

El costo, es la suma de todo lo que se gasta para obtener un producto o dar un servicio. Los costos de la calidad son la suma de todos los gastos efectuados para planificar la calidad, prevenir que se produzcan errores y, comprobar que los resultados son los esperados.

Se denomina INSUMO a todo lo que se necesita para dar un producto o realizar una tarea.

Se denomina CONSUMO al material que se utiliza una sola vez.

El CONSUMO esta dentro del INSUMO

3.1.1 Componentes del costo.

-Mano de obra: personal, recursos humanos.

-Materia prima: materiales, insumos.

-Gastos generales.

1. Fijos, Variables.
2. Directos e Indirectos.

Gastos fijos: son aquellos que se hacen siempre. Son inversamente proporcionales a la producción, pues mas paciente pasen por la organización, menos va a ser la incidencia en el gasto fijo: luz, gas, teléfono, vigilancia, impuestos.

Gastos variables: son los que varían de acuerdo a la cantidad de los pacientes, y son directamente proporcionales a la producción. Cuanto mas pacientes mas gastos: medicamentos, sueros, material descartable, reactivos de laboratorio, etc.

Gastos directos: son los gastos que se generan por los insumos que se usan con el paciente y quien atiende directamente al paciente: equipo de salud.

Gastos indirectos: son los gastos que generan los que no atienden directamente al paciente: personal, de - vigilancia, personal administrativo, etc.

3.1.2 Que es el costo de calidad?

Es la valoración económica de los costos de personal, institución material y equipos empleados para el desarrollo de las actividades necesarias para alcanzar los objetivos de calidad definidos por la dirección de la institución.

3.1.3 Qué es el costo de la no calidad?

Es la valoración económica de las pérdidas no mensurables que ocasionan o podrían ocasionar las fallas de la calidad de la atención en salud.

3.1.4 Costos de la mala calidad.

Pueden ser directos e indirectos, cuantificables. Los indirectos son los costos en que incurre el cliente, los costos de la insatisfacción del cliente y los costos de la pérdida de la reputación (imagen), que generalmente no son cuantificables. Por otra parte, tanto costos directos como indirectos pueden ser costos ocultos. Son costos de mala calidad:

- Altas demoradas.
- Día prequirúrgico injustificado.
- Demora diagnóstica.
- Estudios repetidos por perdidas o mala calidad.
- Subutilización tecnológica y de estructura física.
- Historias clínicas y estudios mal archivados o perdidos.
- Pedidos de estudios innecesarios.
- Elevada tasa de infecciones.
- Entrega de pedidos fuera de tiempo.
- Ausencias, llegadas tarde del equipo de salud.
- Incumplimiento horario.
- Inadecuado sistema de señalización e información.
- Dificultades en la accesibilidad telefónica.
- Registros de mala calidad en la historia clínica de internación y de consultorio externo.
- Errores y mala praxis del equipo de salud.
- Trato deshumanizado.
- Inadecuado mantenimiento edilicio y tecnológico.
- Falta de atención a las quejas y reclamos.
- Burocracia administrativa.

3.2 GENERALIDADES SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La Organización Mundial de Salud en su reporte del año 2000 señala como objetivos de los sistemas de salud la mejora de la salud, la capacidad de respuesta y un financiamiento justo. Sin embargo, los sistemas de salud a nivel mundial enfrentan

problemas financieros debido a los altos costos de los insumos de salud y las limitaciones presupuestales, agravados por los cambios demográficos que incluyen el aumento de la esperanza de vida y la reducción en las tasas de natalidad, así como el surgimiento de nuevas enfermedades como el SIDA y el resurgimiento de otras como la tuberculosis.

Como en otras áreas de la economía, los recursos destinados a la atención médica son escasos y la demanda por servicios de salud crece cada día. En consecuencia, las políticas de salud en los diferentes países se han enfocado a la mejora de la calidad y eficiencia de los servicios de salud.

Diversas estrategias como libre competencia, regulación y acreditación en calidad han sido aplicadas. La teoría de la agencia y los sistemas de incentivos revisten una importancia relevante entre las opciones de estrategias de mejora para la resolución del problema debido a que el paciente como principal, deposita en el médico, como agente, las tomas de decisiones que se van requiriendo durante el servicio prestado. Esto, entre otras causas se debe a la asimetría de la información entre el paciente consumidor y el médico prestador del servicio.

Las deficiencias en la información se resaltan en varios puntos. En primer lugar, el paciente, como consumidor, demanda salud; sin embargo, ésta como tal no puede ser vendida ni comprada, por lo que en su lugar, los profesionistas de la salud ofrecen servicios médicos. Son los médicos quienes, como agentes del paciente deciden la forma de obtener el diagnóstico y la implementación del tratamiento; pero la medicina no es una ciencia exacta, y como consecuencia, no es precisa la relación que existe entre salud y atención médica. En segundo lugar, en algunos padecimientos el tiempo entre la atención médica y la recuperación de la salud es muy largo, por lo que es difícil evaluar la calidad de la misma. Otra complicación se presenta en las urgencias médicas donde el paciente no tiene oportunidad de recopilar la información que le permita seleccionar el mejor prestador de servicios. Finalmente, el paciente aun decepcionado de la calidad de un servicio prestado, no puede buscar otras alternativas de proveedor por que el servicio fue necesitado por una sola vez, como en el caso de las apendicectomías.

Ante esta situación de información asimétrica, para que los pacientes puedan comprar los mejores servicios de salud, acorde con lo que están dispuestos a pagar, es necesario conocer la calidad de la atención médica. Para esto, es necesario evaluar la calidad de la atención médica.

El primer paso para evaluar la calidad de la atención en salud es identificar el concepto propio de calidad de la atención en salud. El concepto de calidad en términos generales se utiliza para determinar las características o atributos que debe tener un bien o servicio para ser atractivo a los clientes. En el ámbito de la salud estos atributos no son muy claros y dependen del punto de vista de los médicos, de los pacientes, de los familiares, de los seguros privados o del gobierno en el caso de los hospitales públicos.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos ha definido la calidad de la atención médica como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener resultados deseables en salud para los individuos y la población, los cuales están en relación con los conocimientos actuales.⁽²⁾

Analizando el concepto anterior nos enfrentamos nuevamente a un problema de información, ya que lo que pueden ser buenos resultados para el médico, no lo son para el paciente, o viceversa. El problema se hace aun mas grande cuando se involucra a un tercero, que aunque no recibe el servicio, es el que paga por él, como en el caso de los seguros médicos o el gobierno, en el caso de los hospitales públicos.

3.3 CALIDAD DE LA ATENCION A LA SALUD

Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud

Los estudios de prevalencia de eventos adversos en Latinoamérica señalan a la infección intrahospitalaria como el evento adverso más frecuente y fue el primer reto declarado por

² Lohr, K.N., (1990). "A strategy for quality assurance", volume 1. Washington, D.C; National Academy Press.

la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes. Deben considerarse los procesos asistenciales para asegurar:

- La prevención de infecciones de sitio operatorio (ISO)
- La prevención de endometritis
- La prevención de neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador.
- La prevención de infecciones transmitidas por transfusión (ITT).
- La prevención de flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
- La prevención de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) asociadas al uso de dispositivos intravasculares (catéteres centrales y periféricos).
- La prevención de infección de vías urinarias asociada al uso de sondas.
- La prevención de infecciones del sitio operatorio superficial, profundo y de órgano o espacio.

Se deben desarrollar además acciones encaminadas a:

- Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos.
- Lograr cumplimiento (*adherencia*) del personal del lavado higiénico de las manos.
- Estandarizar procesos y verificar mediante lista de chequeo las medidas de prevención validadas para la prevención de Infecciones asociadas a la atención salud, priorizando por las de mayor frecuencia en cada institución.
- Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección asociada a la atención en salud.
- Realizar aislamiento de pacientes que lo requieren.
- Involucrar a todo el personal de salud en la implementación de las medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico (Profilaxis antibiótica, asepsia y antisepsia de la piel, comportamiento en las salas de cirugía, manejo de la herida, entre otros).
- Vacunar a todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica.
- Gestionar la disposición de desechos hospitalarios.
- Optimizar el lavado y desinfección de áreas.
- Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de

Aire, agua, circulación de personas)

- Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria.
- Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos.

Se deben impulsar los cinco momentos promovidos por la OMS/OPS:

1. "Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
2. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico.
3. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquido corporales y tras quitarse los guantes.
4. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.
5. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente". (3)

Existe evidencia importante de que la antisepsia de manos disminuye la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria. La higiene de las manos es, por lo tanto, una acción fundamental para asegurar la seguridad del paciente que debe tener lugar en forma oportuna y efectiva en el proceso de atención. No obstante, el bajo nivel de cumplimiento con la higiene de las manos es una cuestión universal en la atención sanitaria. Esto contribuye a la transmisión de microbios capaces de causar infecciones asociadas a la atención sanitaria evitables. Se ha demostrado que una mayor adherencia a las pautas y normas sobre higiene de las manos disminuye la propagación de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Implementación de las buenas prácticas de atención en salud para prevenir la aparición de infecciones.

Sirviéndonos del modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres y partiendo de las infecciones asociadas con la atención en

³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. SOGC. DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS, UNIDAD DE NORMALIZACIÓN. guía técnica "buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Versión 001, Bogotá, 2010. Artículo de Internet. . Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co>. [Consultado en Julio de 2011].

salud como evento adverso, lo primero que debe desarrollarse es la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron al evento adverso, partiendo de ellas, se identifican los factores contributivos que las produjeron y las barreras que fallaron.

Una vez hallados los factores contributivos que predisponen la aparición de las acciones inseguras, se identifican cuales son las fallas latentes que permiten la aparición de los factores, es decir, las decisiones gerenciales y los procesos organizacionales.

El análisis causal según el Protocolo de Londres, se aplicará a las acciones inseguras más recurrentes en la presencia de infecciones asociadas con la atención en salud, a modo de ejemplo.

Análisis causal.

Acción insegura.

LA INADECUADA ASEPSIA Y ANTISEPSIA PARA HERIDA QUIRÚRGICA.

Factores contributivos.

Paciente: Patología (pacientes con infecciones diagnosticadas que deben ser sometidos a cirugía)

Tarea y tecnología: Falta de empleo de profilaxis antimicrobiana en pacientes sometidos a cualquier procedimiento de cirugía contaminada y en las limpias en las que se implante un cuerpo extraño procedimiento y el manejo postoperatorio; y ausencia de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario de cirugía.

Individuos: Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento, falta de adherencia al tema de bioseguridad del personal asistencial que realiza el procedimientos.

Equipo de trabajo: Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, ineficiente comunicación y seguimiento entre turnos a pacientes con herida quirúrgica.

Ambiente: Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

Fallas latentes.

Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención, particularmente en la preparación de las heridas quirúrgicas.

Falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario

Manual de bioseguridad no actualizado ni socializado.

Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.

No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

Barreras y defensas.

Humanas:

Vacunación de todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio.

Seguimiento especial de enfermería a pacientes con herida quirúrgica.

Comunicación clara entre cambio de turnos de pacientes con herida quirúrgica.

Naturales:

Asegurar buena iluminación en las salas de cirugía.

Físicas y Tecnológicas:

Contar con los equipos y muebles necesarios para realizar el procedimiento de limpieza de herida quirúrgica

Contar con los recursos necesarios en cuanto a la dotación para el lavado de las heridas.

Administrativas:

Listas de chequeo en cirugía (OMS)

Implementación de protocolos de aseo en salas quirúrgicas

Se debe establecer un programa de vigilancia de las heridas quirúrgicas con información periódica a cada cirujano de su frecuencia de infección en las cirugías limpias.

La calidad de la atención médica es un tema que interesa de igual forma a pacientes, médicos, gobiernos, trabajadores, compañías de seguros o administradores. La preocupación por las buenas prácticas de esta ciencia y arte han existido desde el inicio

de ésta. El Código de Hammurabi hace casi 40 siglos, el Juramento de Hipócrates en el siglo IV AC y el libro denominado Ética del Médico, escrito por Ishap bin Ali Al Rahwi en el siglo IX de nuestra era son ejemplos de los esfuerzos para mejorar la calidad.(4).

La mejora de la calidad de la atención médica requiere seguir un proceso que comienza con la definición de la calidad y la obtención de los indicadores óptimos para poder evaluarla. En segundo lugar, se determinan las estrategias para mejorar el resultado de estos indicadores. Posteriormente viene el monitoreo de los indicadores para valorar el éxito de las estrategias o buscar la implementación de otras alternativas que permitan mejorar el desempeño del equipo de salud para obtener mejores resultados.

Si bien, la preocupación por la mejora de la práctica de la Medicina ha existido desde hace mucho tiempo, aun es difícil determinar claramente el concepto de calidad de la atención médica, y aun más difícil la implementación de los óptimos indicadores que permitan evaluarla de manera correcta.

Calidad es un concepto utilizado cuando la gente trata de decir que algo es bueno, pero este algo es bueno en comparación con otro similar o con un estándar. En el caso de objetos tangibles, no es muy difícil la comparación entre ellos, encontrar sus características que los hagan considerarse buenos y deseables, medir estas características y crear indicadores así como un conjunto de estándares de calidad del objeto en cuestión. Cuando los objetos son intangibles, como en salud, este proceso de evaluación de la calidad se convierte en un verdadero desafío.

En un esfuerzo para condensar los atributos que debe tener la atención médica, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos definió la calidad de la atención como el grado en el cual los servicios de salud destinados a los individuos y la población incrementan la probabilidad de obtener resultados deseables en salud, consistentes con el conocimiento científico actual. (5) Este concepto menciona en forma general, los

⁴ Warren, P., (2005). "Hippocrates on the Web", University of Manitoba, Faculty of Medicine. Artículo de Internet. . Disponible en <http://www.umanitoba.ca/faculties/medicine/units/history/notes/profession/>. [Consultado en Marzo de 2011].

⁵ Lohr, K.N., (1990). "A strategy for quality assurance", volume 1. Washington, D.C; National Academy Press.

resultados que se deben obtener para considerar una atención médica como buena. Sin embargo, el concepto se complica en todas sus partes y vuelven difícil el proceso de determinar los indicadores que puedan evaluarla.

Al tratar de identificar cuáles son o cuáles serían los resultados deseables tanto para el individuo como paciente como a la población en su conjunto, se encuentra que no hay necesariamente un consenso. Por ejemplo, los pacientes pueden considerar como aspectos deseables la calidad en términos del servicio ofrecido, como son la comunicación con el médico y las amenidades (los relacionados con el aspecto de hotelería), en lugar de los cambios positivos en su nivel de salud. Esto, entre otras causas se debe a que los pacientes desconocen cuales son los niveles de salud que puede obtener como consecuencia de una adecuada atención médica. Por otro lado, los doctores pueden considerar como resultados deseables, a los cambios positivos en el nivel de salud, sin tomar en cuenta los deseos de los pacientes o sin discutir con ellos las diferentes alternativas de tratamiento. Aunado a lo anterior, los administradores y los políticos, pueden tener aun ideas más diferentes sobre lo que significa resultados deseables.

La evaluación de la calidad basada en los resultados, como menciona el concepto de calidad, enfrenta otras dificultades como es el hecho de que un buen resultado en términos de mejora de la salud puede ser obtenido a pesar de que la atención médica no haya sido la correcta; y por el contrario, un mal resultado como la muerte puede ser obtenido a pesar de que la atención que se haya proporcionado hubiera sido de los mas altos estándares. Otro problema es el tiempo transcurrido en que se proporciona la atención médica y se puedan evaluar los resultados; como en el caso de los pacientes con cáncer, cuya valoración del resultado óptimo puede estar basada en la sobrevivencia a 5 o más años.

La evaluación de los resultados de la atención médica considera dos aspectos: el aspecto técnico y el aspecto interpersonal. En el primero se evalúa las mejoras en el nivel de salud como consecuencia de la atención médica, es decir, la efectividad, mientras que en el

segundo se evalúa la satisfacción del paciente respecto al servicio recibido, el cual debe ser acorde con las expectativas y valores de los pacientes.

Una atención médica efectiva debe de incrementar la salud en términos de esperanza de vida y calidad de vida. (6) Un indicador comúnmente usado, que ofrece información sobre la cantidad y calidad de vida combinadas es el QALY (Años de Vida Ajustados a la Calidad, por sus siglas en inglés). Con este indicador, cada año de vida es ajustado de acuerdo a la calidad de vida determinada por los pacientes o la comunidad. El rango es de cero a uno, de acuerdo al nivel de salud, que va de la muerte o un estado de coma a diferentes grados de discapacidad o dolor hasta el complete estado de salud. (7) En caso de muertes prematuras (antes de lo registrado por la esperanza de vida), se registran como años de vida perdidos (AVP), mientras que la disminución de la calidad de vida se computan como años de vida saludable perdidos por discapacidad.

Por otro lado, la satisfacción por los servicios de salud recibidos esta en relación con las expectativas previas, las necesidades y los deseos del paciente.(8) En este caso lo que se busca por parte de los pacientes para considerar como buena la calidad de la atención médica es la amabilidad y disposición de médicos y enfermeras y su habilidad para "hacerlos sentir bien".(9) También es tomado en consideración el confort de las instalaciones, los tiempos de espera para consulta o para cirugía, la privacidad y confidencialidad con la que es tratado el paciente y las habilidades de los profesionistas de la salud en la comunicación con los pacientes.

Los pacientes consideran como indicadores de calidad estas amenidades, pero no siempre evalúan o toman en cuenta los cambios producidos en sus niveles de salud, tanto

⁶ Culyer, A.J., (1983). "Health Indicators. An International Study for the European Science Foundation", Chapter 1. Oxford, Martin Robertson.

⁷ Drummond, M.F., O'Brien, B., Stoddart, G.L., Torrance G.W., (1997). "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes", 2nd ed. Oxford. Oxford University Press. Chapter 6.

⁸ Crow, R., Gage, H., Kimber, A., et al, (2002). "The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from systematic review of the literature", Health Technology Assessment; 6:1-75.

⁹ Donabedian, A., (1980). "The definition of Quality and approaches to its assessment. Volume I" Health Administration Press. Pág. 36.

positivos como negativos, por que desconocen cual es el nivel de salud al cual deben de llegar después del tratamiento recibido.(10)

Los métodos de obtención de la información sobre la calidad de los servicios de salud son en muchas ocasiones de alto costo, o bien ofrecen solo información limitada al aspecto interpersonal, sin ofrecer información sobre la efectividad del servicio médico ofrecido.

A consecuencia de este limitante, el médico actuando como agente del paciente buscará su propio beneficio, y solo se esforzará en la mejora de los aspectos que puedan ser evaluados por el paciente, es decir, el aspecto interpersonal de la atención médica como los tiempos de espera, la dignidad, comunicación, confidencialidad de los datos, y en menor escala las amenidades y su participación en la toma de decisiones clínicas.

Asumiendo lo anterior, la necesidad de salud puede seguir persistiendo a pesar de la atención médica ofrecida. Aunado a lo anterior el paciente se puede sentir “a gusto” con la atención médica por lo que demanda más servicios de salud. Como consecuencia de lo anterior, la curva de demanda de servicios de salud se moverá hacia la derecha, provocando incremento en el precio de los servicios, con el consiguiente incremento de los costos totales de la atención médica, donde como se mencionó en un principio, existe escasez de recursos.

La solución del problema principal-agente requiere que el paciente, o el tercer pagante (seguro médico o gobierno), puedan monitorizar sin gran esfuerzo, el esfuerzo del agente (médico) en la producción de servicios efectivos que conduzcan a un incremento en los niveles de salud. Sin embargo, como se mencionó, esto es un proceso complicado. (11)

Otra alternativa para resolver el problema principal-agente es través de incentivos, tanto monetarios como no monetarios, ligados a los resultados que se obtengan de la atención

¹⁰ de Ruyter, K., Wetzels, M., (1998). "On the complex nature of patient evaluations of general practice service", *Journal of Economic Psychology*; 19:565-590.

¹¹ Smith C., McCreadie, M., Unsworth, J., Wickings, H.I., Harrison, A. (1995). "Patient satisfaction: an indicator of quality in disablement services centres", *Quality in Health Care*; 4 (1): 31-6.

ofrecida. (12) El resultado esperado es una atención médica óptima donde el costo marginal de la atención médica sea igual al beneficio marginal. Los incentivos monetarios vienen dados por las diferentes alternativas de pago a los médicos, los cuales son: el salario fijo, el pago por evento y la capitación. Los incentivos no monetarios están ligados a las necesidades de autorrealización de los médicos.

Con el salario fijo, como en los hospitales públicos, el médico no recibe ningún incentivo para esforzarse y ofrecer mejores servicios de salud, por lo que la calidad se puede ver afectada. En el caso del pago por evento, (como en la medicina privada) el médico tiene un incentivo para ofrecer mas servicios de salud a través de inducir la demanda, ofreciendo servicios de calidad en los aspectos que pueden ser observados por el paciente, sin necesariamente mejorar la salud. En el método de capitación, el médico recibe un pago fijo por un determinado tiempo para ofrecer servicios de salud a los pacientes. Este método ofrece incentivos para mejorar los niveles de salud, ya que de esta forma, el médico disminuye su esfuerzo de dar más servicios y maximiza su propio bienestar, pero de igual forma, genera incentivos para rechazar a los pacientes más enfermos, ya que solo se buscaría atender a pacientes sanos.

La alternativa asociada con los incentivos no monetarios, puede ser explicada con la teoría de la motivación de Maslow, donde los médicos, que usualmente tienen resueltas sus necesidades básicas, necesitan aun resolver sus necesidades de autorrealización. (13)

Los programas de acreditación de hospitales como el que lleva a cabo el Consejo de Salubridad General en nuestro país, puede ofrecer dos soluciones al problema del agente-principal. La primera al ofrecer información sobre la calidad de los servicios ofrecidos, lo cual reduciría la asimetría de la información, y por otro lado ofrece una calificación con la que se integra una tabla que permite diferenciar a los buenos hospitales de los malos, lo cual crea un incentivo no financiero ligado a la reputación. En este caso,

¹² Frank, R.G., Glazer, J., McGuire, T.G., (2000). "Measuring adverse selection in managed health care", *Journal of Health Economics*; 19:829-854.

¹³ Asch. D.A., Jedrzejewski, M.K., et al, (1997). "Response rates to mail surveys published in medical journals", *Journal of Clinical Epidemiology*; 50:1129-1136.

los auditores del programa de acreditación actuarían como supervisores de la relación principal-agente. (14)

3.3.1 Evaluación de la calidad de los servicios de salud.

La evaluación de los servicios comprende dos grandes temas:

- La evaluación de la gestión en términos del esfuerzo de la institución prestadora del servicio, es decir la estructura y proceso que conducen al logro de los resultados esperados.
- La evaluación de la gestión, en términos de sus resultados frente a la población.

La evaluación de la gestión, en términos de la implementación de formatos que permitan un mejoramiento de los procesos en los programas de detección temprana, logrando impactar en las metas de cumplimiento de dichos programas, con las instituciones contratantes.

La evaluación es una función del desempeño administrativo, es la función guía para la dirección de la gestión administrativa.

En el proceso de prestación de un servicio de salud, interviene por una parte, la infraestructura administrativa que crea y mantiene las condiciones que hacen posible la realización del acto, otra parte lo conforman el personal, equipos y elementos directamente involucrados en el acto médico.

En el proceso hay dos aspectos a tomar en cuenta, uno de tipo técnico, que tiene que ver con los criterios y procedimientos médico-clínico, y el otro se refiere al trato recibido por las pacientes (subjetivo). El médico a la hora de abordar a un paciente debe tener en cuenta un formato de normativas y procedimientos que lo lleven hacia un fin deseado.

¹⁴ Moffett, M.L., Morgan, R.O., Ashton, C.M., (2005). "Strategic opportunities in the oversight of the U.S. hospital accreditation system", Health Policy; Article in press.

De una u otra forma, lo importante es realizar auditorías internas con el fin de desarrollar actividades de mejoramiento, es decir, una auditoria interna, que consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol. (15)

3.3.2 ¿Cómo evaluar la calidad?

Al aseverar que la calidad de atención médica es un atributo que debe tener un grado mayor o menor implica que el objetivo primario de estudio es una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre los profesionales y los usuarios. La base para el juicio de la calidad es la relación entre las características del proceso de atención médica y sus consecuencias para la salud y bienestar de los usuarios.

La aplicación de los conceptos de calidad de los productos de manufactura a los productos y resultados provenientes de servicios, conduce a controversias, dada las diferencias entre las características de los productos tangibles y los productos intangibles como son los servicios. Los primeros tienen parámetros de producción fácilmente medibles, son reproducibles, no requieren indispensablemente el contacto directo con el usuario y existen de manera separa, desde la producción hasta el consumo del mismo; mientras que los segundos, los servicios, se caracterizan por ser intangibles, lo que implica mediciones y evoluciones complejas y difíciles, no son reproducibles exactamente, requieren contacto directo y permanente con el usuario, y son inseparables la producción del servicio y el consumo del mismo. (16)

Hay tres enfoques principales para la evaluación de la calidad: Estructura, procesos y resultados. Existiendo una relación fundamental entre ellos.

La Estructura: Las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tiene una propensión a influir en el proceso de atención disminuyendo o

¹⁵ Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, abril 6, Por el cual se establecen el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, pág. 11. Bogotá D. C. 2006.

¹⁶ Sánchez, R.T. 2007. Calidad, conceptos y generalidades.

acrecentando en forma similar los cambios en el proceso de la atención incluyendo las variaciones en su calidad sobre el estado de salud de los usuarios.

Para evaluar la estructura se toma en cuenta dos variables importantes:

La primera se refiere a accesibilidad: en donde se deben considerar las diversas barreras que pueden impedir o dificultar el uso de los servicios por parte de la población, obstáculos económicos determinados por la capacidad adquisitiva de la población frente a las establecidas, obstáculos de la organización de los servicios de la atención determinados por su localización física, o los horarios de atención; barreras culturales determinadas por actitudes negativas o creencias desfavorables respecto de los servicios.

La segunda es la disponibilidad que define los recursos existentes en función a la población a servir. El análisis de la disponibilidad debe tener en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio. Los indicadores de disponibilidad señalan el número de recursos por un número determinado de personas en la población objetivo. Para que la disponibilidad tenga un significado válido los recursos deben aludir a los existentes, en capacidad de funcionamiento y dedicados a las actividades de los servicios. (17)

El análisis del proceso proporciona una visión más ajustada y cercana a la calidad asistencial que el de la estructura, aunque también tiene competencia en el bienestar de los usuarios. La evaluación de la estructura nos informa sobre cómo podría funcionar un servicio en el caso de disponer de medios idóneos, la del proceso nos proporciona datos reales sobre cómo funciona en la práctica un grupo o Institución que se vaya a valorar. (18)

¹⁷ Londoño, G. M., R.M Galán, and G.P. La verde. 2006. Reseña general sobre la calidad total. Editorial Médica Panamericana.

¹⁸ Colombia. Ministerio de la Protección Social. Pautas de auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, pág. 53. Bogotá. 2007.

El Diseño de la auditoría interna pretende diseñar herramientas que permitan mejorar la calidad de los programas de detección temprana en la E.S.E. HARB, permitiendo con ello medir a través de instrumentos, la calidad de la atención en dichas actividades.

La calidad del servicio depende esencial, pero no exclusivamente del acto médico en términos de sus especificaciones técnicas, sino también de la oportunidad en la presentación del servicio, la continuidad del tratamiento, la integridad de la atención, el proceso de educación y la relación interpersonal entre los usuarios y quienes prestan el servicio.

El acto médico es influenciado notablemente por la infraestructura administrativa pues de ella depende disponer oportunamente del personal, programación de las citas, disposición del tiempo para cada cita de control prenatal, los equipos y los elementos necesarios para su realización.

Para determinar la efectividad de un servicio se debe conocer la situación de salud de la población antes y después de realizar las acciones que se pretenden evaluar. La eficacia de los servicios está determinada por dos factores:

- Factores internos: Humanos, físicos, tecnológicos.
- Factores externos : Están relacionados con el estado clínico de los usuarios, el autocuidado de la salud de estos, sus condiciones de vida, sus actitudes frente a su situación de salud y los servicios se miden en términos del resultado deseable o del propio objetivo del servicio. La eficiencia del programa es la relación entre los resultados logrados y los insumos utilizados

Otro criterio más subjetivo que se refiere a otra dimensión de la eficacia es el grado de satisfacción que los usuarios que se obtiene como consecuencia del trato médico, la relación interpersonal entre el médico y los usuarios y el proceso educativo completo ofrecido por el personal de salud.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, si es correctamente implementada debe constituirse en un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la

atención en Salud que al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, incentive el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, así como impacte en fortalecer la viabilidad de la institución y del sistema dentro de un contexto de eficiencia y ética. (19)

Teniendo en cuenta que la calidad está estrictamente ligada con la cantidad de recursos que se tenga para ejecutar los programas de promoción y prevención en donde las Empresas Sociales del Estado se benefician con ello ya que los entes territoriales están obligados a contratar con estas las acciones de salud pública y teniendo en cuenta lo descrito en el Artículo 52. De la Ley 715 de 2001, el cual dice textualmente: “Distribución de los recursos para financiar las acciones de Salud Pública definidas como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud. Los recursos para financiar las acciones de salud pública, definidas como prioritarias para el país por el Ministerio de Salud, serán iguales a los asignados durante la vigencia anterior incrementados en la inflación causada y se distribuirán entre los distritos, municipios y corregimientos departamentales, de los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991, de acuerdo con la sumatoria de los valores correspondientes a la aplicación de los criterios de población, equidad y eficiencia administrativa; en donde se premia la Eficiencia administrativa Artículo 52.3. Es el mayor o menor cumplimiento en metas prioritarias de salud pública, medidas por indicadores trazadores. Los recursos para financiar los eventos de salud pública, se distribuirán de acuerdo con los criterios antes señalados así: 40% por población por atender, 50% por equidad y 10% por eficiencia administrativa, entendiéndose que ésta existe, cuando se hayan logrado coberturas útiles de vacunación”.

3.4 INFECCIÓN NOSOCOMIAL O INTRAHOSPITALARIA

La infección nosocomial se define como una condición localizada o sistémica resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, sin la evidencia de que la infección estuviese presente o en incubación al momento del ingreso al hospital.

¹⁹ Colombia. Ministerio de la Protección Social. Sistema obligatorio de garantía de calidad. Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud, pág. 9. Bogotá.

(20) Usualmente, la infección en Gineco-obstetricia al igual que en otras áreas, debe ocurrir entre las 48 a 72 horas posteriores a la admisión para ser considerada como intrahospitalaria. Es decir que es aquella que no estaba presente, ni en período de incubación, en el momento del ingreso y se adquirió durante la hospitalización, manifestándose durante la hospitalización o después del egreso del paciente (menos de 48 horas).

Los criterios deben estar basados en síntomas y signos clínicos y hallazgos de laboratorio. El seguimiento de estos criterios es quizá el sistema más práctico y sencillo para realizar la vigilancia, sin embargo, también tiene limitaciones. Se debe tomar en cuenta que el período de 48 a 72 horas que se utiliza para diferenciar una infección intrahospitalaria de la que se adquiere en la comunidad, es solamente un parámetro general. Algunas infecciones pueden presentarse previas a este lapso, particularmente cuando se asocian a procedimientos invasivos. Se han documentado bacteremias nosocomiales que se presentaron antes de las 24 horas de internamiento. En otras circunstancias el período de incubación de una infección adquirida en la comunidad podría ser más prolongado. La infección nosocomial es el resultado de la competencia entre los mecanismos de defensa del huésped y la virulencia de los gérmenes con un predominio de los últimos.

3.4.1 Infección nosocomial nueva.

Si se desconoce el período de incubación, una infección que se identifica al momento de la admisión del paciente, puede ser clasificada como nosocomial; si se comprueba que es secuela de una admisión anterior o está directamente relacionada a esa admisión anterior.

En un paciente que ya presenta una infección nosocomial pueden presentarse dos situaciones que obligan al diagnóstico de una nueva infección en el mismo individuo, tales situaciones son:

1. La aparición de focos de infección, causados por los mismos microorganismos que produjeron la infección nosocomial primaria, en sitios diferentes a la localización primaria

²⁰ Normas para la Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. Comité Nacional de Infecciones Nosocomiales. Panamá. 1985. Pág. 17-109.

de la infección nosocomial.

2. La aparición de microorganismos nuevos y diferentes, en el cultivo del sitio donde se localizó por primera vez la infección nosocomial, debe ser considerada como una nueva infección nosocomial; si el cuadro clínico del paciente muestra cambios que concuerdan con el diagnóstico de una nueva infección o si se observa deterioro de su cuadro clínico infeccioso bajo tratamiento.

3.4.2 Caso descartado de infección nosocomial.

Es todo caso que no cumple con los criterios de infección nosocomial porque se demuestra que la infección se adquirió fuera del hospital, o en el que hay evidencia suficiente para definir el evento infeccioso como inherente al padecimiento de base.

3.4.3 Clasificación de las infecciones ginecobstétricas (sitio de infección).

A pesar de vivir en plena era antibiótica, contar con muchos y muy potentes antimicrobianos y efectuar operaciones en condiciones asépticas, la causa de mayor morbi-mortalidad en nuestro medio es la infección. Se clasificarán de acuerdo al sitio de la anatomía humana afectado:

- **Infección de la herida quirúrgica.**
- **Infecciones Puerperales:** Absceso pélvico, Infección de la episiotomía, Tromboflebitis pélvica séptica, Fascitis necrotizante y Mastitis.
- **Infecciones Pélvicas:** Parametritis, Celulitis pélvica y. Pelvipерitonitis.
- **Infección post-histerectomía:** Morbilidad febril, Celulitis de la cúpula vaginal, Absceso de la cúpula vaginal, Celulitis pélvica y Abscesos anexiales.
- **Infecciones vasculares:** Flebitis y Tromboflebitis.
- **Septicemia.**
- **Infecciones extragenitales:** Infecciones de Piel, Infecciones del Tracto Respiratorio, Infecciones del Tracto Gastrointestinal, Infección Intra-abdominal e Infección de Vías urinarias.

3.4.4 Infección de herida quirúrgica.

Cualquier herida quirúrgica que drene material purulento con o sin cultivo positivo debe ser clasificada como nosocomial. Además, cualquier herida que sea diagnosticada por el

médico tratante como infectado deber ser considerada como tal para los propósitos epidemiológicos.

3.4.5 Clasificación de las heridas por el nivel de contaminación bacteriana.

Herida limpia. Cirugía electiva, no contaminada, cierre primario de heridas sin drenaje, sin inflamación, técnica correcta, sin violación de superficies mucosas, Cuello uterino cerrado, membranas íntegras, cavidad uterina y amniótica estériles, sin ruptura de técnica aséptica.

Herida limpia-contaminada. Cirugía electiva o de urgencia, presentes contaminantes microbianos, pueden existir cambios macroscópicos de inflamación sin evidencia de infección, no traumática. Se inciden bajo condiciones controladas y sin mayor contaminación las superficies mucosas (digestivo, genitourinario, respiratorio u oro faríngeo), pueden haber pequeñas fallas en la técnica aséptica. Ejemplo: Apendicetomía no perforada, cesárea con ruptura prematura de las membranas, histerectomía.

Herida contaminada. Cirugía de urgencia indicada por herida traumática reciente o enfermedad inflamatoria aguda. Salida del contenido gastrointestinal del tracto digestivo incidido. Incisión de los tractos biliar, genitourinario, respiratorio u orofaríngeo con infección presente en su contenido no purulenta. Hay ruptura importante de la técnica aséptica, presencia de corioamnionitis.

Herida sucia. Cirugía de urgencia por herida traumática o enfermedad inflamatoria aguda que determine tejido desvitalizado, cuerpos extraños retenidos, contaminación fecal y/o bacteriana por víscera hueca perforada. Hay datos de inflamación e infección aguda con pus, peritonitis encontrada durante la operación.

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realiza un estudio evaluativo retrospectivo, evaluativo de cohortes, con una población de pacientes que ingresaron al servicio de ginecobstetricia y que se les realizó algún procedimiento durante el año 2010.

El estudio es evaluativo, sobre los costos de la no calidad generados por las infecciones intrahospitalarias en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, del municipio de Apartadó, durante el año 2010.

Para dar respuesta a los objetivos del estudio se realiza una evaluación amplia y suficiente de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron al servicio de ginecobstetricia de la institución durante el año 2010. Se separaran por cohortes, según hayan adquirido o no infecciones intrahospitalarias. Posteriormente se establecen los costos institucionales directos trimestrales y anuales en relación con el día de estancia hospitalaria, el uso de terapia antibiótica y los gastos de insumos en que incurre cada paciente al presentar la infección nosocomial o intrahospitalaria. Sin medir los costos de incapacidad laboral ni los costos en que incurrió el cliente, que se consideran costos indirectos. Además se establece el promedio de los costos/día individuales por infección intrahospitalaria.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realiza en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, del municipio de Apartadó – Antioquia.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estuvo constituido por todos los pacientes que ingresaron al servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, del municipio de Apartadó, durante el año 2010, para cualquier intervención propia de la especialidad.

4.4 OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información de las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales se obtiene a partir de la evaluación y análisis de cada una de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron al servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, del municipio de Apartadó, durante el año 2010, mientras que la información de los costos se obtiene de la revisión y análisis de la facturación individual de cada uno de los eventos evaluados.

5. RESULTADOS

5.1 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS POR TRIMESTRES EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DE LA E.S.E. HOSPITAL ANTONIO ROLDÁN BETANCUR DE APARTADÓ, EN EL AÑO 2010.

Tabla 1. Infecciones intrahospitalarias en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el primer trimestre del año 2010.

TOTAL DE INFECCIONES	11		
ÍNDICE DE INFECCIONES		0.8%	(11/ 1.388*100)
TASA DE INFECCIONES		4.75/1000 días estancias	(11/2.315*1000)

Fuente: Historias Clínicas del servicio de ginecobstetricia del HARB.

Durante el primer trimestre de 2010, en la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur del municipio de Apartadó, se realizaron 1.388 cirugías, de las cuales 870 corresponden a cirugías, actividades o procedimientos ginecobstétricos, en las que se presentaron once infecciones intrahospitalarias, El total de días de estancia por estas cirugías, actividades o procedimientos, en sala de cirugías fue de 2.315.

Como se puede observar el 62.7% de las cirugías que se realizan en la ESE HARB corresponden a cirugías, actividades o procedimientos ginecobstétricos, de los cuales se infectaron el 1.3%, mientras que se presentó un índice de infección del 0.8% con relación al total de cirugías realizadas en el trimestre, y la tasa de infección posquirúrgica intrahospitalaria en relación con el total de cirugías, correspondió al 4.75 por cada mil días estancia.

Las infecciones ginecobstétricas intrahospitalarias que se presentaron con mayor frecuencia durante el primer trimestre de 2010 y que correspondieron a ese 1.3%, fueron en su orden, la infección de sitio operatorio poscesárea, endometritis posparto, endometritis poscesárea y la infección de vías urinarias.

Tabla 2. Causas de infección intrahospitalaria en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el primer trimestre del año 2010.

TIPO O CLASE DE INFECCIÓN	Nº
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSCESÁREA	6
ENDOMETRITIS POSPARTO	3
ENDOMETRITIS POSCESÁREA	1
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	1

Fuente: Historias Clínicas del servicio de ginecobstetricia del HARB.

Tabla 3. Infecciones intrahospitalarias en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el segundo trimestre del año 2010.

TOTAL DE INFECCIONES	10		
ÍNDICE DE INFECCIONES		0.8%	(10/ 1.242*100)
TASA DE INFECCIONES		5.1/1000 días estancias	(10/1.940*1000)

Fuente: Historias Clínicas del servicio de ginecobstetricia del HARB.

Durante el segundo trimestre de 2010, en la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, se realizaron 1.242 cirugías, de las cuales 827 correspondieron a cirugías, actividades o procedimientos ginecobstétricos, en donde se presentaron diez infecciones intrahospitalarias. El total de días de estancia por las cirugías, actividades o procedimientos incluidos los ginecobstétricos, fue de 1.940.

Es así como en el segundo trimestre de 2010, las cirugías ginecobstétricas correspondieron al 66.6% del total de cirugías realizadas en la institución, las cuales se infectaron en el 1.2%. Las infecciones ginecobstétricas intrahospitalarias que se presentan con mayor frecuencia y que representaron ese 1.2% fueron en su orden, la infección de sitio operatorio poscesárea, endometritis posparto, endometritis poscesárea, infección de vías urinarias en posoperatorio de histerectomía, absceso de cúpula pos histerectomía vaginal e infección de sitio operatorio pos histerectomía abdominal total.

Tabla 4. Causas de infección intrahospitalaria en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el segundo trimestre del año 2010.

TIPO O CLASE DE INFECCIÓN	Nº
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSCESÁREA	5
ENDOMETRÍTIS POSPARTO	1
ENDOMETRITIS POSCESÁREA	1
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS POS-OPERATORIO DE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL	1
ABSCESO DE CÚPULA POS HISTERECTOMÍA VAGINAL	1
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POS HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL	1

Fuente: Historias Clínicas del servicio de ginecobstetricia del HARB.

Tabla 5. Infecciones intrahospitalarias en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el tercer trimestre del año 2010.

TOTAL DE INFECCIONES	20		
ÍNDICE DE INFECCIONES		1.6%	(20/ 1.254*100)
TASA DE INFECCIONES		8.9/1000 días estancias	(20/2240*1000)

Fuente: Historias Clínicas del servicio de ginecobstetricia del HARB.

Durante el tercer trimestre de 2010, en el servicio de cirugía de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur del municipio de Apartadó - Antioquia, se realizaron 1.254 cirugías, de las cuales, 979 correspondieron a cirugías ginecobstétricas, en donde se presentaron veinte infecciones intrahospitalarias o nosocomiales. El total de días de estancia por las cirugías, actividades o procedimientos incluidos los ginecobstétricos, fue de 2.240.

Las cirugías ginecobstétricas representaron el 77.5% del total de cirugías realizadas durante el tercer trimestre en la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, y éstas cirugías ginecobstétricas se infectaron en el 2.0%.

Las infecciones ginecobtétricas intrahospitalarias que se presentaron con mayor frecuencia y que representaron ese 2.0% fueron en su orden, infección de sitio operatorio poscesárea, endometritis posparto, absceso de pared poscesárea, endometritis poscesárea, absceso de cúpula vaginal, infección de sitio operatorio pos histerectomía abdominal total y la infección de sitio operatorio Pomeroy.

Tabla 6. Causas de infección intrahospitalaria en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el tercer trimestre del año 2010.

TIPO O CLASE DE INFECCIÓN	Nº
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSCESÁREA.	10
ENDOMETRÍTIS POSPARTO	4
ABSCESO DE PARED POSCESÁREA	2
ENDOMETRITIS POSCESÁREA	1
ABSCESO DE CÚPULA VAGINAL	1
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POS HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL	1
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POMEROY	1

Fuente: Historias Clínicas del servicio de ginecobstetricia del HARB.

Tabla 7. Infecciones intrahospitalarias en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el cuarto trimestre del año 2010.

TOTAL DE INFECCIONES	11		
ÍNDICE DE INFECCIONES		0.4%	(11/ 2.584*100)
TASA DE INFECCIONES		1.4/1000 días estancias	(11/7819*1000)

Fuente: Historias Clínicas del servicio de ginecobstetricia del HARB.

Durante el cuarto trimestre de 2010, en la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, se realizaron 2.584 cirugías, de las cuales 982 corresponden a cirugías ginecobstétricas, en donde se presentaron once infecciones intrahospitalarias. El total de días de estancia por las cirugías, actividades o procedimientos incluidos los ginecobstétricos, es de 7.819, no se pudo establecer la variación de ésta cifra en relación con los trimestres anteriores.

Tabla 8. Causas de infección intrahospitalaria en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el cuarto trimestre del año 2010.

TIPO O CLASE DE INFECCIÓN	Nº
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSCESÁREA	5
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POS HISTERECTOMÍA ABDOMINAL	3
ENDOMETRÍTIS POSPARTO	2
ABSCESO DE CÚPULA VAGINAL POS HISTERECTOMÍA ABDOMINAL	1

Fuente: Historias Clínicas del servicio de ginecobstetricia del HARB.

Las cirugías, actividades o procedimientos incluidos los ginecobstétricos del cuarto trimestre de 2010, representaron sólo el 38% del total de las cirugías realizadas en la institución. Las infecciones ginecobstétricas intrahospitalarias o nosocomiales que se presentaron durante éste trimestre representaron el 1.1% y fueron con mayor frecuencia son en su orden, infección de sitio operatorio poscesárea, infección de sitio operatorio pos histerectomía abdominal, endometritis posparto y el absceso de cúpula vaginal.

5.2 TOTAL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DE LA E.S.E. HOSPITAL ANTONIO ROLDÁN BETANCUR DE APARTADÓ, EN EL AÑO 2010.

Durante el año de 2010, en la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur del municipio de Apartadó - Antioquia se realizaron un total de 6.468 cirugías, de las cuales 3.658, es decir, el 56.6% correspondieron a cirugías ginecobstétricas, en las que se presentaron 52 infecciones intrahospitalarias o nosocomiales. El total de días de estancia por las cirugías, actividades o procedimientos incluidos los ginecobstétricos fue de 14.314, presentando un índice de infección del 0.8% con una tasa de infecciones de 3.63 por cada 1000 días de estancia.

Tabla 9. Infecciones intrahospitalarias en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el año 2010.

TOTAL DE INFECCIONES	52		
ÍNDICE DE INFECCIONES		0.8%	(52/ 6.468*100)
TASA DE INFECCIONES		3.6/1000 días estancias	(52/14.314*1000)

Fuente: Historias Clínicas del servicio de ginecobstetricia del HARB.

Las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales ginecobstétricas durante el año 2010, en la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur del municipio de Apartadó - Antioquia representaron el 1.4% en relación con el total de cirugías, actividades o procedimientos ginecobstétricos, lo cual representa un alto porcentaje comparado con la frecuencias reportado por el ministerio de la protección social.

Tabla 10. Causas de infección intrahospitalaria en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el año 2010.

TIPO O CLASE DE INFECCIÓN	Nº
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSCESÁREA.	22
ENDOMETRÍTIS POSPARTO	9
ENDOMETRITIS POSCESÁREA	7
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POS HISTERECTOMÍA ABDOMINAL	5
TOTAL	
ABSCESO DE CÚPULA VAGINAL	2
ABSCESO DE PARED POSCESÁREA	2
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	2
ABSCESO DE CÚPULA POS HISTERECTOMÍA VAGINAL	2
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POMEROY	1
TOTAL INFECCIONES INTRAHOSPITALARIA	52

Fuente: Historias Clínicas del servicio de ginecobstetricia del HARB.

Las infecciones ginecobstétricas intrahospitalarias que con mayor frecuencia se presentaron durante el año 2010 en la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur del municipio de Apartadó - Antioquia, representaron el 1.4%, de las 3.658 cirugías ginecobstétricas. De las cuales el 42.2% están representadas por la infección de sitio operatorio poscesárea, la endometritis posparto que representa el 17.3% y la endometritis post cesárea que constituye el 13.5%.

Utilizando el modelo organizacional de análisis causal de errores y de eventos adversos del protocolo de Londres y partiendo de los que producen el 73% de los casos de infecciones intrahospitalaria en el HARB, como son las infecciones de sitio operatorio postcesáreas, la endometritis post-parto e infección de sitio operatorio post-histerectomía, lo primero que se desarrolló fue la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron al evento, que para éste caso en particular fue la INADECUADA ASEPSIA Y ANTISEPSIA PARA LA HERIDA QUIRÚRGICA, partiendo de ella, se identificaron los factores contributivos que las produjeron y las barreras que fallaron.

Entre los factores contributivos que las produjeron se encontraron: **Tarea y tecnología:** falta de empleo de profilaxis antimicrobiana en pacientes sometidos a cualquier procedimiento de cirugía ginecobstétrica contaminada y en las limpias.; y ausencia de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario de cirugía. **Individuos:** falta de adherencia al tema de bioseguridad del personal asistencial que realiza el procedimiento. **Equipo de trabajo:** falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, ineficiente comunicación y seguimiento entre turnos a pacientes con herida quirúrgica. **Ambiente:** sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

Además, se encontraron fallas en las barreras como, **Humanas:** Seguimiento especial de enfermería a pacientes con herida quirúrgica. Comunicación clara entre cambio de turnos de pacientes con herida quirúrgica. **Naturales:** Asegurar buena iluminación en las salas de cirugía. **Administrativas:** Listas de chequeo en cirugía (OMS), Implementación de protocolos de aseo en sala quirúrgicas

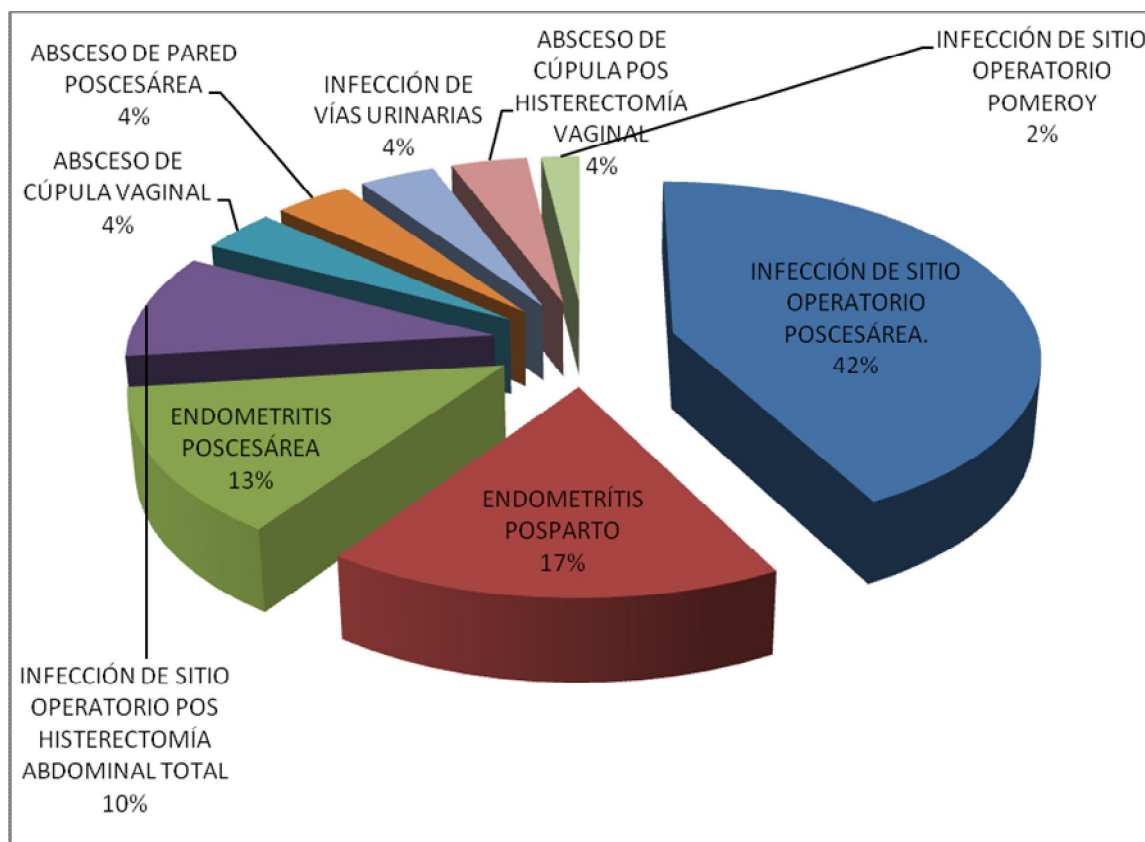


Grafico 1. Distribución porcentual de las causas de infección intrahospitalarias o nosocomial presentadas en la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el año 2010.

COSTOS DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE 2010.

Tabla 11. Costos de las infecciones intrahospitalarias presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el primer trimestre de 2010.

INFECCIONES	Nº	DIAS DE ESTANCIA	COSTO ESTANCIA	COSTO MEDICAMENTO	COSTO INSUMOS	TOTAL COSTOS
ENDOMETRITIS POSPARTO	3	6	\$ 604.200	\$ 774.000	\$ 126.000	\$ 1.504.200
ENDOMETRITIS POSCESÁREA	1	4	\$ 402.800	\$ 148.000	\$ 28.000	\$ 578.800
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSCESÁREA	6	15	\$ 1.728.000	\$ 3.870.000	\$ 1.170.000	\$ 6.768.000
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	1	4	\$ 402.800	\$ 144.000	\$ 28.000	\$ 574.800
TOTAL	11	29	\$ 3.137.800	\$ 4.936.000	\$ 1.352.000	\$ 9.425.800

Fuente: Facturas generadas en el servicio de ginecobstetricia del HARB.

Durante el primer trimestre de 2010, en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, los costos totales de los eventos detectados de infecciones intrahospitalarias ascienden a **\$ 9.425.800**, representando el 14.7% del total de costos del año. Los costos del primer trimestre están distribuidos el 52.4% corresponde a costos de medicamentos, el 33.3% a estancia hospitalaria y el 14.3% a costos de insumos.

Los costos del primer trimestre están representados en gran proporción por la infección en el sitio operatorio post cesárea con el 71.8% de los casos y la endometritis post parto, el 16%, lo que sugiere que se deben buscar medidas con el fin de disminuir estas dos complicaciones.

Por otra parte, los costos de la no calidad en la atención médica en el servicio de ginecobstetricia durante el primer trimestre de 2010, dependen en gran parte de la

presencia o no de la infección en el sitio operatorio post cesárea, y como consecuencia del uso de los antibióticos y medicamentos para combatir la infección.

Los costos de las infecciones nosocomiales o intrahospitalaria son directamente proporcionales al uso de antibióticos, a los días estancias y al número de infecciones nosocomiales presentadas durante el trimestre.

COSTOS DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2010.

Tabla 12. Costos de las infecciones intrahospitalarias presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el segundo trimestre de 2010.

INFECCIONES	Nº	DIAS DE ESTANCIA	COSTO ESTANCIA	COSTO MEDICAMENTO	COSTO INSUMOS	TOTAL COSTOS
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSCESÁREA	1	1	\$ 2.014.000	\$ 53.000	\$ 7.000	\$ 2.074.000
ABSCESO DE CÚPULA POS HISTERECTOMÍA VAGINAL	1	10	\$ 1.007.000	\$ 670.000	\$ 136.000	\$ 1.813.000
ENDOMETRITIS POSCESÁREA	5	22	\$ 302.100	\$ 4.356.000	\$ 770.000	\$ 5.428.100
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	1	8	\$ 805.600	\$ 288.000	\$ 56.000	\$ 1.149.600
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POST HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL	1	2	\$ 201.400	\$ 86.000	\$ 27.200	\$ 314.600
ENDOMETRITIS POSPARTO	1	4	\$ 402.800	\$132 000	\$ 28.000	\$ 430.800
TOTAL	10	47	\$ 4.732.900	\$ 5.585.000	\$ 1.024.200	\$ 11.342.100

Fuente: Facturas generadas en el servicio de ginecobstetricia del HARB.

Si analizamos el comportamiento de los costos de las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias durante el segundo trimestre de 2010, en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó,

observamos que los costos totales de las infecciones intrahospitalarias tienen un valor de \$ 11.210.100, representando el 17.7% del total de costos del año en este servicio.

Observando la distribución porcentual y comportamiento de los costos durante el segundo trimestre, el 49.2% corresponde a costos de medicamentos, principalmente al uso de antibióticos para combatir la infección, el 41.7% a estancia hospitalaria y el 9.1% a costos de insumos hospitalarios.

La infección nosocomial que ocasiona más costos durante el período es la endometritis post cesárea que representa el 47.9%, seguidos de la infección en el sitio operatorio post cesárea que aporta el 18.3% de los casos, y el absceso de cúpula post histerectomía abdominal con el 16.0%.

Es importante tener en cuenta que los costos de la no calidad en la atención médica en el servicio de ginecobstetricia durante el segundo trimestre de 2010, dependen en un porcentaje importante de la presencia o no de la endometritis post cesárea, y del uso de los antibióticos y medicamentos para combatir la infección.

Los costos de las infecciones nosocomiales o intrahospitalaria durante éste trimestre, son directamente proporcionales al uso de antibióticos, a los días estancias y al número de infecciones nosocomiales presentadas durante el trimestre.

Por indagación al personal médico y paramédico del servicio de ginecobstetricia de HARB, se estableció que el mayor número de infecciones intrahospitalarias durante el tercer y cuarto trimestre de 2010, obedeció a la contaminación inespecífica del quirófano, para lo cual en Enero de 2011 se establecieron medidas especiales de cultivo (no fue posible identificar ni aislar el agente causal aunque se aisló estafilococo aureus en el cultivo de infecciones) aislamiento y desinfección específicas de los quirófanos,

COSTOS DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DE 2010.

Tabla 13. Costos de las infecciones intrahospitalarias presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el tercer trimestre de 2010.

INFECCIONES	Nº	DIAS DE ESTANCIA	COSTO ESTANCIA	COSTO MEDICAMENTO	COSTO INSUMOS	TOTAL COSTOS
ABSCESO DE CÚPULA VAGINAL	1	4	\$ 402.800	\$ 212.000	\$ 28.000	\$ 642.800
ABSCESO DE PARED POSCESÁREA	1	9	\$ 906.300	\$ 603.000	\$ 122.400	\$ 1.631.700
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSCESÁREA.	10	43	\$ 4.330.100	\$ 15.738.000	\$ 5.590.000	\$ 25.658.100
ENDOMETRITIS POSPARTO	4	12	\$ 1.382.400	\$ 1.584.000	\$ 336.000	\$ 3.302.400
ENDOMETRITIS POSCESÁREA	1	2	\$ 288.400	\$ 73.200	\$ 26.000	\$ 387.600
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POMEROY	1	3	\$ 302.100	\$ 117.000	\$ 39.000	\$ 458.100
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POST HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL	1	6	\$ 604.200	\$ 252.000	\$ 78.000	\$ 934.200
ABSCESO DE LA PARED POSCESÁREA.	1	2	\$ 201.400	\$ 94.000	\$ 26.000	\$ 321.400
TOTAL	20	81	\$ 8.417.700	\$ 18.673.200	\$ 6.245.400	\$ 33.336.300

Fuente: Facturas generadas en el servicio de ginecobstetricia del HARB.

Al observar y analizar el comportamiento de los costos de las infecciones nosocomiales durante el tercer trimestre de 2010, en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, se puede evidenciar que tienen un valor de \$ 33.336.300 que representan el 52.1% de los costos totales de la no calidad en el servicio durante la vigencia de 2010.

Los costos durante éste trimestre están representados principalmente por el uso de antibióticos y medicamentos en un 56%, seguidos de la estancia hospitalaria en un 25.3% y por insumos medico-quirúrgicos en el 18.7%.

Al realizar el análisis de la patología que ocasiona más costos durante el trimestre, se evidencia que en un alto porcentaje (el 77%), están representados por la infección de sitio operatorio post cesárea.

COSTOS DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DURANTE EL CUARTO TRIMESTRE DE 2010.

Tabla 14. Costos de las infecciones intrahospitalarias presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el cuarto trimestre de 2010.

INFECCIONES	Nº	DIAS DE ESTANCIA	COSTO ESTANCIA	COSTO MEDICAMENTO	COSTO INSUMOS	TOTAL COSTOS
ENDOMETRÍTIS POSPARTO	2	4	\$ 402.800	\$ 292.800	\$ 56.000	\$ 751.600
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSCESÁREA	5	16	\$ 2.046.200	\$ 2.672.000	\$ 1.088.000	\$ 5.806.200
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POS HISTERECTOMÍA ABDOMINAL	3	10	\$ 1.268.000	\$ 1.170.000	\$ 408.000	\$ 2.846.000
ABSCESO DE CÚPULA POS HISTERECTOMÍA VAGINAL	1	3	\$ 302.100	\$ 141.000	\$ 40.800	\$ 483.900
TOTAL	11	33	\$ 4.019.100	\$ 4.275.800	\$ 1.592.800	\$ 9.887.700

Fuente: Facturas generadas en el servicio de ginecobstetricia del HARB.

Si analizamos el comportamiento de los costos de las infecciones nosocomiales durante el cuarto trimestre de 2010, en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, se puede evidenciar que tienen un valor de \$ 9.887.700, lo que representa el 15.5% de los costos totales de la no calidad en el servicio durante la vigencia de 2010. Los costos durante éste trimestre están representados principalmente por el uso de antibióticos y medicamentos en un 43.2%, con porcentaje similar a la estancia hospitalaria (40.6%).

Se evidencia que 58.7% de los costos del cuarto trimestre están dados por la infección en el sitio operatorio post cesárea, situación similar a lo ocurrido durante el tercer trimestre, resultados que exigen mayores acciones de mejora en los procesos asistenciales que

aseguren la prevención de las infecciones en el sitio operatorio, como se indica en la guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” del Ministerio de la protección Social.

CONSOLIDADO DE LOS COSTOS DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS POR TRIMESTRE DURANTE EL AÑO 2010.

Tabla 15. Costos discriminados por trimestres, de las infecciones intrahospitalarias por presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el año 2010.

TRIMESTRE	Nº DE INFECCIONES	DIAS DE ESTANCIA	COSTO ESTANCIA	COSTO MEDICAMENTOS	COSTO INSUMOS	TOTAL COSTOS
PRIMERO	11	29	\$ 3.137.800	\$ 4.936.000	\$ 1.352.000	\$ 9.425.800
SEGUNDO	10	47	\$ 4.732.900	\$ 5.453.000	\$ 1.024.200	\$ 11.210.100
TERCERO	20	81	\$ 8.417.700	\$ 18.673.200	\$ 6.245.400	\$ 33.336.300
CUARTO	11	33	\$ 4.019.100	\$ 4.275.800	\$ 1.592.800	\$ 9.887.700
TOTAL	52	190	\$ 20.307.500	\$ 33.338.000	\$ 10.214.400	\$ 63.859.900

Fuente: Facturas generadas en el servicio de ginecobstetricia del HARB.

Durante el año 2010, en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, el trimestre que ocasionó mayores costos fue el tercer trimestre, que representó el 58.2% de los costos del año relacionados con las infecciones intrahospitalarias en el servicio, seguido del segundo trimestre con el 17.6%, el cuarto trimestre representó el 15.5% y el primer trimestre el 14.8% de los costos.

La distribución porcentual de los costos, en parte es atribuible al uso de antibióticos para contrarrestar la infección intrahospitalaria y al número de días estancias ocasionados por cada una de las infecciones, es decir, resultaría más económico para la institución si se invirtieran recursos en vigilancia para detectar fallas en la atención que favorecen la aparición de infecciones nosocomiales.

ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS DE LOS COSTOS DE CADA UNA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DURANTE EL AÑO 2010.

Tabla 16. Costos discriminados por cada una de las infecciones intrahospitalarias presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el año 2010.

TIPO O CLASE DE INFECCIÓN	Nº	TOTAL DÍAS ESTANCIA	COSTO ESTANCIA	COSTO MEDICAMENT O	COSTO INSUMOS	TOTAL COSTOS
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POSCESÁREA.	22	75	\$ 10.118.300	\$ 22.333.000	\$ 7.855.000	\$ 40.306.300
ENDOMETRÍTIS POSPARTO	9	36	\$ 2.792.200	\$ 2.782.800	\$ 546.000	\$ 6.121.000
ENDOMETRITIS POSCESÁREA	7	28	\$ 993.300	\$ 4.577.200	\$ 824.000	\$ 6.394.500
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POS HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL	5	18	\$ 2.073.600	\$ 1.508.000	\$ 513.200	\$ 4.094.800
ABSCESO DE CÚPULA VAGINAL	2	8	\$ 402.800	\$ 212.000	\$ 28.000	\$ 642.800
ABSCESO DE PARED POSCESÁREA	2	6	\$ 1.107.700	\$ 697.000	\$ 148.400	\$ 1.953.100
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	2	12	\$ 1.208.400	\$ 432.000	\$ 84.000	\$ 1.724.400
ABSCESO DE CÚPULA POS HISTERECTOMÍA VAGINAL	2	13	\$ 1.309.100	\$ 811.000	\$ 176.800	\$ 2.296.900
INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO POMEROY	1	3	\$ 302.100	\$ 117.000	\$ 39.000	\$ 458.100
TOTAL INFECCIONES INTRAHOSPITALARIA	52	199	\$ 20.307.500	\$ 33.470.000	\$ 10.214.400	\$ 63.991.900

Fuente: Facturas generadas en el servicio de ginecobstetricia del HARB.

Durante el análisis de los costos hospitalarios relacionados con cada una de las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales presentadas en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el año 2010, se encontró que la infección intrahospitalaria o nosocomial que ocasionó mayores costos fue la infección de sitio operatorio poscesárea, representando el 63.0% de los costos durante el año, debido a que fue la patología que se presentó en mayor número de veces, la que más días de estancia ocasionó y por consiguiente en la que se utilizaron mayores números de medicamentos tipo antibiótico para erradicar la infección y la que más insumos médicos consumió, además por se la patología que individualmente genera mayores costos diarios.

Al identificar las causas de las infecciones del sitio operatorio en las cesáreas que se practican en el HARB, utilizando el análisis causal del protocolo de Londres, se tiene como acción insegura LA INADECUADA ASEPSIA Y ANTISEPSIA PARA HERIDA QUIRÚRGICA, partiendo de éste análisis causal se pueden desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para detectar prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociados a la atención en los pacientes en las instituciones de salud.

La endometritis post cesárea, ocupó el segundo lugar, con el 10,0% de los costos, si embargo no es una patología con altos costos diarios. La endometritis posparto representó el 9.6%, la infección de sitio operatorio pos histerectomía abdominal total, el 6.4,%, el absceso de cúpula pos histerectomía vaginal, el 3,6%, el absceso de pared poscesárea representó el 3.1%, la infección de vías urinarias el 2.7%, el absceso de la cúpula vaginal, el 1.0% y la infección de sitio operatorio Pomeroy que representó el 0.7% de los costos relacionados con las infecciones nosocomiales durante el año 2010.

Al analizar el costo promedio/ día que genera individualmente cada infección nosocomial, podemos evidenciar que la patologías que generan mayores costos diarios son la infección de sitio operatorio poscesárea que en promedio cuesta \$ 537.417,33 diarios y el absceso de pared poscesárea con \$ 325.516,67 diarios.

Las demás infecciones intrahospitalarias tienen un costo promedio día menor, la endometritis poscesárea \$ 228.375,00 diario, la infección de sitio operatorio pos histerectomía abdominal total \$ 227.488,89, el absceso de cúpula pos histerectomía vaginal \$ 176.684,62, la endometritis posparto \$ 170.027,78, la infección de sitio operatorio POMEROY \$ 152.700,00, la infección de vías urinarias \$ 143.700,00 y el de menor costo promedio diario evidenciado fue el absceso de cúpula vaginal con un valor de \$ 80.350,00 diarios.

6. CONCLUSIONES

Las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales ginecobstétricas durante el año 2010, en la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur del municipio de Apartadó - Antioquia representaron el 1.4% en relación con el total de cirugías, actividades o procedimientos ginecobstétricos, lo cual representa un alto porcentaje si se tiene en cuenta que se pueden implementar y estandarizar procesos preventivos con el objetivo de impactar en la disminución de éstas. .

La Infecciones nosocomiales o intrahospitalarias que con mayor frecuencia se presentaron en el servicio de ginecobstetricia de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur durante el año 2010, fueron la infección de sitio operatorio poscesárea, la endometritis posparto y la endometritis poscesárea, que aportaron el 85% de los costos de la no calidad de la atención en salud durante la vigencia de 2010.

Los costos hospitalarios relacionados con las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el año 2010, están directamente relacionados con el número de infecciones presentadas, con el uso de medicamentos, especialmente los antibióticos para combatir la infección y con los días estancias presentados durante el mes o el trimestre investigado.

Los costos de la no calidad en las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales presentadas en el servicio de Ginecobstetricia de la E.S.E. Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, durante el año 2010, se deben principalmente a los medicamentos utilizados para tratar la infección intrahospitalaria y con menor representación en los días estancias y en el número de insumos utilizados.

Se evidencia que las infecciones intrahospitalarias que individualmente producen mayor costo promedio/ día son la infección de sitio operatorio poscesárea y el absceso de pared poscesárea.

No hay evidencias que la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur del municipio de Apartadó - Antioquia, haya definido y estandarizado los procesos prioritarios objeto de mejora para las acciones de prevención de las infecciones intrahospitalarias.

Los resultados encontrados en el trabajo de investigación, indican una alta tasa de Infección Nosocomial en pacientes ginecobstétricas superior a la demostrada por Yokoe y colaboradores durante un seguimiento de 3 años (1993 a 1995) con 525 partos por cesárea, obteniendo tasas de infección de 0,2 y 0,3 % respectivamente. Lo anterior se explica, por un lado, porque en la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur, no se evidencia implementación de un programa de detección, prevención y reducción de riesgos de infecciones asociadas a la atención en salud como lo propone el ministerio de la protección social. Sin embargo, se piensa que existe un sub-registro considerable, por lo que es necesario aumentar las medidas de vigilancia, así como la cooperación entre los servicios involucrados en la atención de las pacientes ginecobstétricas, con el objeto de encontrar vías más eficientes para identificar y prevenir el desarrollo de las Infecciones nosocomiales.

La evaluación de la calidad de la atención médica es complicada y costosa en su aspecto técnico, y solo puede ser apreciada con cierta facilidad en su aspecto real si ven los costos reales y el impacto económico de la adquisición de infecciones intrahospitalarias, basándose en costos de días de internación postoperatoria, re intervenciones, antibióticos insumos o dispositivos médicos utilizados y ausencia de días laborales. En consecuencia reducir riesgos de vida, costos para el paciente, el hospital, mejorar la calidad del servicio hechos que no logran la satisfacción de los pacientes, por las complicaciones postquirúrgicas, viéndose abocados a demandas, complicaciones y mayores días de estancia, que generan altos costos posteriores, sin mencionar el costo de perder una vida humana.

7. RECOMENDACIONES

Priorizar en la intervención las infecciones intrahospitalarias que por su frecuencia generan altos costos en la no calidad en la atención en salud, como son la infección de sitio operatorio poscesárea, la endometritis posparto y la endometritis poscesárea, las cuales, representan el 85% de los costos durante la vigencia de 2010.

Realizar en frecuencia periódica estudios de costos de la no calidad de la atención en salud, por lo menos de las infecciones intrahospitalarias que le permitan tomar acciones correctivas con el fin de minimizar los costos producidos por estos eventos adversos.

Realizar el análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres y partiendo de las infecciones asociadas con la atención en salud como evento adverso, lo primero que debe desarrollarse es la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron a que se produjera la infección, y una acción insegura es la inadecuada asepsia y antisepsia para herida quirúrgica, que mejoraría mediante la implementación de las buenas prácticas de atención en salud para prevenir la aparición de infecciones, recomendadas por el ministerio de la Protección Social.

Realizar jornadas de educación continua al personal médico y paramédico para unificar criterios de clasificación y detección temprana de infecciones nosocomiales, su debido manejo y registro, por parte del departamento de cirugía de la Empresa Social del Estado Hospital Antonio Roldán Betancur del municipio de Apartadó

Normatizar los criterios para notificación de casos de infección nosocomial en paciente obstétrica e implementar medidas preventivas tales como no realizar el afeitado de la zona operatoria y del pubis, realización de baño antiséptico la noche previa del procedimiento, utilización en 100% de los casos de antibióticos profilácticos, el aseo terminal y las técnicas de asepsia y antisepsia, con énfasis en las pacientes que van a ser sometidas a cesárea,

Garantizar la adherencia al tema de bioseguridad del personal asistencial que realiza los procedimientos y de seguridad del paciente.

Establecer un cronograma de supervisión en el desarrollo del procedimiento, con eficiente comunicación y seguimiento entre turnos a pacientes con heridas quirúrgicas ginecobstétricas.

Fortalecer las diferentes barreras de protección que impiden la aparición de infecciones intrahospitalarias o nosocomiales: seguimiento especial de enfermería a pacientes con herida quirúrgica, comunicación clara entre cambio de turnos de pacientes con herida quirúrgica. Asegurar buena iluminación en las salas de cirugía. Contar con los equipos y muebles necesarios para realizar el procedimiento de limpieza de herida quirúrgica, contar con los recursos necesarios en cuanto a la dotación para el lavado de las heridas. Listas de chequeo en cirugía (OMS), implementación de protocolos de aseo en salas quirúrgicas y establecer un programa de vigilancia de las heridas quirúrgicas con información periódica a cada cirujano de su frecuencia de infección en las cirugías limpias.

BIBLIOGRAFÍA

1. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN EN SALUD. Paquetes instruccionales, guía técnica "buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Versión 1.0, Bogotá, Diciembre 31 de 2009. Artículo de Internet. . Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co>. [Consultado en Julio de 2011].
2. Lohr, K.N., (1990). "A strategy for quality assurance", volume 1. Washington, D.C; National Academy Press.
3. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. SOGC. DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS, UNIDAD DE NORMALIZACIÓN. guía técnica "buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Versión 001, Bogotá, 2010. Artículo de Internet. . Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co>. [Consultado en Julio de 2011].
4. Warren, P., (2005). "Hippocrates on the Web", University of Manitoba, Faculty of Medicine. Artículo de Internet. Disponible en <http://www.umanitoba.ca/faculties/medicine/units/history/notes/profession/>. [Consultado en Marzo de 2011].
5. Lohr, K.N., (1990). "A strategy for quality assurance", volume 1. Washington, D.C; National Academy Press.
6. Culyer, A.J., (1983). "Health Indicators. An International Study for the European Science Foundation", Chapter 1. Oxford, Martin Robertson.

7. Drummond, M.F., O'Brien, B., Stoddart, G.L., Torrance G.W., (1997). "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes", 2nd ed. Oxford. Oxford University Press. Chapter 6.
8. Crow, R., Gage, H., Kimber, A., et al, (2002). "The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from systematic review of the literature", Health Technology Assessment; 6:1-75.
9. Donabedian, A., (1980). "The definition of Quality and approaches to its assessment. Volume I" Health Administration Press. Pág. 36.
10. De Ruyter, K., Wetzels, M., (1998). "On the complex nature of patient evaluations of general practice service", Journal of Economic Psychology; 19:565-590.
11. Smith C., McCreadie, M., Unsworth, J., Wickings, H.I., Harrison, A. (1995). "Patient satisfaction: an indicator of quality in disablement services centres", Quality in Health Care; 4 (1): 31-6.
12. Frank, R.G., Glazer, J., McGuire, T.G., (2000). "Measuring adverse selection in managed health care", Journal of Health Economics; 19:829-854.
13. Asch. D.A., Jedrzejewski, M.K., et al, (1997). "Response rates to mail surveys published in medical journals", Journal of Clinical Epidemiology; 50:1129-1136.
14. Moffett, M.L., Morgan, R.O., Ashton, C.M., (2005). "Strategic opportunities in the oversight of the U.S. hospital accreditation system", Health Policy; Article in press.
15. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, abril 6, Por el cual se establecen el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, pág. 11. Bogotá D. C. 2006.
16. Sánchez, R.T. 2007. Calidad, conceptos y generalidades.

17. Londoño, G. M., R.M Galán, and G.P. Laverde. 2006. Reseña general sobre la calidad total. Editorial Médica Panamericana.
18. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Pautas de auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, pág. 53. Bogotá. 2007.
19. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Sistema obligatorio de garantía de calidad. Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud, pág. 9. Bogotá.
20. Normas para la Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales. Comité Nacional de Infecciones Nosocomiales. Panamá. 1985. Pág. 17-109.