

**ESTIMACIÓN DEL COSTO OCULTO (CO) ASOCIADO A LOS
EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS GENERADOS A
CONSECUENCIA DE ERRORES EN EL USO DE MEDICAMENTOS
EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE ALTA ESPECIALIDAD**

Área de investigación: Costos

Mario Alberto Bermejo Guevara
Universidad Nacional Autónoma de México
México
bermejo_guevara@yahoo.com.mx

XVIII
CONGRESO
INTERNACIONAL
DE
CONTADURÍA
ADMINISTRACIÓN
E
INFORMÁTICA



Octubre 2, 3 y 4 de 2013 ♦ Ciudad Universitaria ♦ México, D.F.



ANFECA
Asociación Nacional de Facultades y
Escuelas de Contaduría y Administración

ESTIMACIÓN DEL COSTO OCULTO (CO) ASOCIADO A LOS EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS GENERADOS A CONSECUENCIA DE ERRORES EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE ALTA ESPECIALIDAD

Resumen

Los empleados de las diversas organizaciones pueden contribuir a generar costos que no son contabilizados por las áreas contables; a dichas erogaciones, se les ha hecho llamar “ocultos”. Por lo tanto, los costos ocultos (CO) se definen como “Costo adicional que genera una transacción o proceso por no realizarse adecuadamente, cuyo valor generalmente no se conoce” y que ocurre a consecuencia de disfuncionamientos al interior de la organización. La importancia de los CO se representa en un análisis que se realizó en la Unión Europea, en el que se refiere que estos han sido cuantificados en una cifra superior a los € 15, 000.00 por individuo; por otra parte, otros estudios mencionan que alcanzan de un 7.5 a un 12% del costo estándar de producción o hasta un 20 - 30% de la nómina de una organización. La detección de las disfunciones y de los CO permite identificar las fallas múltiples que retrasan la acción estratégica causando daño a los clientes o usuarios actuales. La estimación de los CO favorece la adecuada toma de decisiones estratégicas, gracias a que proporciona información sobre el alcance de los problemas actuales o de sus recurrencias.

Palabras clave: Costos ocultos, Hospital, disfunciones



ESTIMACIÓN DEL COSTO OCULTO (CO) ASOCIADO A LOS EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS GENERADOS A CONSECUENCIA DE ERRORES EN EL USO DE MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE ALTA ESPECIALIDAD

IMPORTANCIA DEL TEMA

Las unidades hospitalarias, como cualquier organización, se conforman de recursos humanos, materiales, financieros e infraestructura en general que son utilizados mediante la aplicación de procedimientos previamente establecidos.

Los recursos financieros, en las instituciones de Salud públicas, son provistos de manera parcial por la entidad Estatal o Federal a la que pertenecen; ya que, en la actualidad, la tendencia es que cada uno de los hospitales genere los recursos que posteriormente usará para otorgar la atención al usuario.

Lo anterior, obliga a las organizaciones a implementar estrategias en 2 vertientes: uso eficaz de los recursos y empleo eficiente de los mismos.

Aunque las Instituciones hospitalarias tienen el riesgo de ver mermados sus recursos financieros a consecuencia de un mal uso que hagan de los mismos o la existencia de costos que no han sido considerados en la contabilidad organizacional y; a los cuáles, se les ha denominado “ocultos” no es habitual que se realice el cálculo de los costos ocultos (CO) que se generan a consecuencia de la existencia de dichos errores.

Es por esto, que calcular la cantidad de recursos que son inadecuadamente erogados en un Hospital de alta especialidad, a consecuencia de errores en el uso de medicamentos, constituye el motivo y la esencia del presente proyecto de investigación.

Posterior al cálculo de dichos costos, se propondrán mecanismos para su disminución y, con ello, se plantearán propuestas de mejora para su implementación en las instituciones de Salud, con lo que se pretende limitar una problemática que se comparte en todo el sector.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La actual situación económica internacional, favorece la generación de incertidumbre en cuanto a los aspectos económicos que prevalecerán en los siguientes años. En nuestro país, se conjugan diversas circunstancias, de tipo económico, que obligan a tomar medidas que garanticen el suficiente aporte de recursos financieros para favorecer el funcionamiento de las Instituciones de Salud. Con base en los conceptos previamente referidos es conveniente delimitar el problema de investigación a través de la conceptualización de 2 variables.

La primera corresponde a los **CO**, definidos como: “Costo adicional que genera una transacción o proceso por no realizarse adecuadamente, cuyo valor generalmente no se conoce” y que ocurre a consecuencia de disfuncionamientos al interior de la organización. La detección de las disfunciones, y de los **CO**, permiten identificar las fallas que retrasan la



acción estratégica causando daño a los clientes externos o usuarios finales. La estimación de los **CO** favorece la adecuada toma de decisiones estratégicas, gracias a que proporcionan información sobre el alcance de los problemas actuales o de sus recurrencias. (Savall, H. & Zardet , V., 2001, pag. 6)

La segunda variable corresponde a los Eventos Adversos Hospitalarios (**EAH**) que se define como: “daño no intencionado provocado por el acto médico más que por el proceso nosológico en sí”. (Aranaz, J. & Aibar, C., 2010, pag.- 8)

Es por lo anteriormente referido que el presente estudio plantea una propuesta para la estimación de los **CO** generados a consecuencia de errores durante el uso de medicamentos en pacientes de una unidad hospitalaria de alta especialidad.

Los recursos necesarios para llevar a cabo esta investigación no implican una erogación que, por su cuantía, representen un riesgo para la adecuada conclusión de la misma, ni existe un conflicto ético por el desarrollo del presente proyecto.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

General

Explicar los costos ocultos relacionados a la presencia de Eventos Adversos Hospitalarios generados a consecuencia de errores en el uso de medicamentos en pacientes de una unidad hospitalaria de alta especialidad.

Específicos.-

- Conocer el tiempo de estancia intra hospitalaria de aquellos pacientes que solicitan la atención y su asociación en la presencia de costos ocultos asociados a los errores en el uso de medicamentos
- Correlacionar el diagnóstico del paciente con la presencia de costos ocultos asociados a los errores en el uso de medicamentos
- Identificar los procedimientos hospitalarios que favorecen o incrementan el riesgo para la generación de costos ocultos asociados a los errores en el uso de medicamentos
- Advertir el servicio, a través del cual ingresan los pacientes a hospitalización, que favorece la existencia de costos ocultos asociados a los errores en el uso de medicamentos

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo de la presente investigación se incluirán los servicios médicos de una unidad hospitalaria de alta especialidad. En ellos, se identificarán los **CO** asociados a la



presencia de Eventos Adversos Hospitalarios generados a consecuencia de errores en el uso de medicamentos y su correlación con factores inherentes a la condición propia del usuario externo, del personal que labora en los nosocomios y de aquellos directamente relacionados a la infraestructura y capacidad hospitalaria instalada, tanto de camas censables como no censables. Por lo anterior la pregunta de investigación es:

¿En cuánto se estima el costo oculto generado consecuencia de errores en el uso de medicamentos en pacientes de una unidad hospitalaria de alta especialidad. y que factores inherentes al usuario del servicio, y a la organización, participan con mayor frecuencia en su aparición?

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A través del desarrollo de esta investigación, me propongo colaborar con la Dirección hospitalaria, para resolver una problemática que requiere de una inmediata atención, esto debido a los efectos que se presentan al interior de la organización,; pero también, por su asociación con el impacto social que generan a los usuarios de los servicios de Salud. Lo anterior, a consecuencia de que las Instituciones del sector tienen el compromiso de ser eficaces y eficientes, pero además, de otorgar asistencia con calidad y seguridad al interior del nosocomio.

Con base en lo anterior es pertinente justificar el desarrollo del presente proyecto con base en 3 rubros: aporte al conocimiento, aporte a la disciplina y otras ventajas:

- Aporte al conocimiento.- A consecuencia de la información obtenida de este trabajo se obtendrán los siguientes beneficios:
 - Obtener información en cuanto a un rubro; del cual, prácticamente no existe datos en el Sector Salud Mexicano
 - Se generará información que permitirá desarrollar una metodología para la detección de los Costos Ocultos organizacionales con la posibilidad de extrapolarla a diversos sectores
 - Posibilidad de desarrollar líneas de investigación, en relación al tema de estudio, para beneficio de las organizaciones públicas y privadas a nivel Nacional
- Aporte a la disciplina.-
 - Fortalecer la figura del Administrador, ante el trabajador, por transmitir información relacionada al mal uso de recursos institucionales; así como, las repercusiones que ocasionan a la organización, con lo que se favorecerá la participación del personal a través de la comunicación efectiva



- Otras ventajas:
 - Favorecer la tendencia que actualmente se desarrolla a nivel Nacional, en relación al uso eficiente y eficaz de los recursos

A consecuencia de lo previamente referido, se tienen bases para mencionar que se impactará de manera positiva en la organización y en la sociedad; por lo que, se está en condiciones de afirmar que esta investigación aportará datos útiles al país en general y a las instituciones de Salud tanto públicas como privadas.

ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

El planteamiento de este proyecto de investigación en **CO**, implica una serie de beneficios para las Instituciones de Salud... particularmente en lo que se refiere al uso erróneo de medicamentos.

Con base en los estudios referidos en el presente texto, es posible mencionar que el uso incorrecto de fármacos, que incluye desde la detección de su faltante en los almacenes hasta su administración en el paciente, corresponde al motivo de estudio del presente proyecto.

Para ello, ha sido necesario considerar el análisis de diversos aspectos hospitalarios; tales como:

- Identificación de los fármacos solicitados, por cada servicio hospitalario, para dar cumplimiento con el proceso de licitación; pero también de los que realmente fueron utilizados durante el tratamiento de los usuarios.
- Análisis de prescripción y transcripción
- Establecimiento de un catálogo, real, de medicamentos con base en el uso diario de los mismos; así como la determinación de aquellos que son de alto, bajo y nulo movimiento.
- Inclusión de aspectos inherentes a la unidad hospitalaria que pueden favorecer la presencia de **CO** (tiempo de estancia intrahospitalaria, tiempo de estancia por servicio, servicio de ingreso del usuario al momento de la hospitalización y análisis de los procesos y políticas institucionales); pero también, circunstancia propias del paciente, tal es el caso del diagnóstico de ingreso.
- De manera simultánea se considera el análisis del Clima organizacional, para establecer las actitudes y motivaciones del personal con respecto a la Institución, a sus compañeros de trabajo, autoridades y por supuesto... los pacientes.



- Para finalizar, es necesaria la participación del trabajador a través de entrevistas. Con esto se detectarán los disfuncionamientos que afectan a la organización, las alternativas de solución y se desarrollarán las estrategias para intervención.

Todo esto contribuye para tener un panorama lo suficientemente completo, para que el interesado en el tema, obtenga información útil que le sirva al pretender llevar a cabo un análisis en su organización.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

- A mayor promedio de días de estancia intra hospitalaria mayor será la presencia de costos ocultos asociados a los errores en el uso de medicamentos
- La presencia de costos ocultos asociados a los errores en el uso de medicamentos cambiará con base en el diagnóstico del paciente.
- La generación de costos ocultos asociados a los errores en el uso de medicamentos incrementará a consecuencia de fallas en los procedimientos hospitalarios de carácter administrativo
- Los pacientes que ingresan a hospitalización a través de urgencias cursan, más frecuentemente, con errores en el uso de medicamentos que favorece la existencia de costos ocultos

VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Para el presente estudio se consideran las siguientes variables y escalas de medición: (Geoffrey, N. Streiner , D., 1996, pag. 3 – 5)

Variable dependiente

- Costos ocultos.- Corresponde al motivo de estudio modificado por las variables independientes

Variables Independientes

Tabla 1.- Definiciones conceptuales y operacionales de las Variables independientes consideradas para el proyecto de investigación

Variables Independientes				
<u>Nombre de la Variable</u>	<u>Nombre del Indicador</u>	<u>Construcción del indicador</u>	<u>Periodicidad del reporte</u>	<u>Se tiene acceso a la información?</u>



Estancia intra hospitalaria del paciente	Días de estancia por pacientes hospitalizados	Fecha de egreso – Fecha de ingreso	Mensual	Si
	Días de estancia por servicio	(Días de estancia por pacientes hospitalizados) (Número de días del periodo)	Mensual	
	Promedio de días estancia	Días de estancia por servicio / Total de egresos hospitalarios por servicio	Mensual	
Diagnóstico del paciente			Mensual	Si
Procedimientos administrativos hospitalarios que favorecen o incrementan el riesgo para la aparición de Eventos Adversos Hospitalarios			Mensual	Si
Servicio de ingreso del paciente a hospitalización			Diario	Si

Así mismo se considera incluir la evaluación de actitudes y motivaciones del personal a través de la aplicación de una evaluación de Clima organizacional.

MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.

En este capítulo, se concentran los estudios que aportan un panorama completo en relación a los **CO** y a los **EAH**.

Estudios asociados a los CO



La importancia de los **CO** se hace patente en un análisis que se realizó en la Unión Europea, en el que se refiere que estos alcanzan de un 7.5 a un 12% del costo estándar de producción o hasta un 20 - 30% de la nómina de la organización, mientras que otros autores proponen que cada trabajador incurre en la generación de € 13 000 hasta €50 000 en **CO** por año, lo que representa del 15 al 30% del total de la producción o del volumen de negocios (**Savall, H. & Zardet, V., 2006, pag 31**).

En otro estudio, Dahlgard et al. (1992) afirman que los **CO** podrían ascender al 10-15% de la facturación de la organización, y Chiadamrong (2003) sugirió que podría constituir hasta un 10% de los costos reales de producción. Algunos investigadores estiman que los **CO** son más de tres veces de los costos visibles (**Giakatis et al, 2001; Han y Lee, 2002**). (**Ching-Chow, Y., 2008. Pag. 181**)

Jarlier, Agnes, Charvet-Protat Suzanne (2000) llevaron a cabo una revisión de la literatura en la que revisaron 448 artículos de revistas que publicaron su información en medios electrónicos y de 106 de medios impresos... la mitad no fue útil. Todo esto para establecer la abundancia de información en relación a la asociación existente entre Calidad y costos.

Estos autores, refieren que únicamente 12 artículos reunieron los criterios estipulados para esta investigación (9 de los Estados Unidos de Norte América, uno del Reino Unido, uno de Australia y uno de Francia) 6 estuvieron enfocados a la administración en calidad total (**TQM**), 3 a eventos adversos y 3 a **CO**. En lo que respecta a costos ocultos se hace referencia a que cada empleado puede incurrir en \$15,850 dólares por año.

La reorganización de tareas y la promoción del intercambio de información y de la cooperación entre el personal ayudó a evitar el fracaso, pero con diversos grados de éxito según uno de los estudios consultados. Esta revisión también hace referencia, como se mencionó previamente, a los costos asociados a los eventos adversos. Estos se asocian a fallas en la calidad y se relacionan directamente con el incremento de la estancia intra hospitalaria y la tasa de mortalidad.

En el estudio de referencia se registró un aumento de estancia intra hospitalaria de 1.7 a 4 días, y se identifica que los pacientes más severamente enfermos al ingreso sufrieron, con mayor frecuencia, eventos adversos a consecuencia de su mayor estancia intra hospitalaria. Así mismo, se comenta el caso de 2 estudios que reportan un costo atribuible a los eventos adversos asociados al uso de medicamentos. En uno se obtuvo un "costo evitable" calculado a través de la comparación de una población con eventos adversos y otra que participó como control.

Los costos calculados fueron de \$ 2013 a \$ 5857 respectivamente. Es pertinente mencionar que los estudios tuvieron fallas en referir los costos basales de la atención; lo cual se considera un error del análisis debido a que no se conoce la erogación total de la atención y por ello no es posible determinar si el costo asociado a los eventos adversos es representativo o no.



En otro estudio **Burton Jo y Rajan Rashmi (2002)** estiman que la importancia de los **CO** se deriva del hecho de que no necesariamente son percibidos en pérdidas monetarias, por ejemplo, la pérdida de la intimidad entre los cónyuges o la ruptura de la unidad familiar, debido a una muerte inesperada, pueden ser incluidos en esta categoría. Los autores, analizan los costos y consecuencias económico/ sociales derivados de las lesión en el trabajo. Quince casos fueron seleccionados, los criterios a considerar fueron: la edad, situación familiar, nivel socioeconómico, ocupación, género, la naturaleza de la lesión o enfermedad y el medio ambiente. Todos los casos se caracterizaron por graves consecuencias directas en los participantes, sin que aparentemente ello se asociara a los costos visibles de la organización pero con importante repercusión en los **CO** a nivel socio económico familiar. (**Burton, J.& Rajan R., 2002, pag. 71 - 72**)

Estudios asociados a los EAH

Su importancia ha sido reportada en diversos estudios. Tal es el caso de Schimmel que en 1964 llamó la atención acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían algún tipo de iatrogenia y la quinta parte eran casos graves. Steel et al en 1981 situaron la cifra en un 36%, de los cuales, la cuarta parte eran graves. En ambos estudios, la principal causa era el error en la medicación. (**Aranaz, J. & Aibar, C., 2010, pag.- 11**)

El estudio más importante de este tipo fue el que se desarrolló en 1984 en Nueva York y se conoce como el Harvard Medical Practice Study (**HMPS**), que estimó una incidencia de **EAH** de 3,7%. En el 70% de estos pacientes el evento adverso condujo a discapacidad leve y transitoria, pero en el 3% de casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes, estos contribuyeron a la muerte. En dicho estudio los **EAH** más frecuente fueron las reacciones a los medicamentos (19%), seguido de las infecciones nosocomiales de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%). En esta evaluación se documenta un análisis llevado a cabo en Australia; el cuál, fue denominado “Quality in Australian Health Care Study” (**QAHCS**). En este, se realiza una argumentación que intenta explicar el motivo por el cual se presentan diferencias tan importantes en los resultados de las dos investigaciones, Nueva York y Australia, y que corresponden a los estudios con los resultados más dispares (2,9% vs. 16,6%). Esta diferencia, se menciona, podría deberse a las diferencias en la definición de **EAH** (mientras que **HMPS** considera que los eventos adversos sólo se presenta una vez, **QAHCS** propone que el **EAH** deben ser incluidos tantas veces como admisiones se produjeran durante un año). (**Brennan, t. A., et. al, 1981, pag. 371**)

La especialidad con más **EAH** fue cirugía general, con un porcentaje de 16,2% en los pacientes hospitalizados, seguido de Ortopedia (14.4%), Medicina General (9.2%) y Obstetricia (4%); los cuáles generaron costos por £ 80400; £ 181400, £ 20800 y £ 7600 (respectivamente) durante el año, a consecuencia de la atención asociada a los **EAH**. Así mismo, se observó un incremento en el promedio de días cama en los servicios referidos (6.07, 14.58, 4.87 y 3.57) (**Aranaz, J. & Aibar, C., 2010, pag.- 13**)



Entre otros datos presentados, el informe estima que, en los EE.UU., el 58% de las muertes relacionadas con errores médicos podrían haberse evitado. Por lo tanto, un nuevo cálculo se presenta en la que, en los hospitales en el Reino Unido, cada año cerca de 40 000 personas mueren debido a la falta de seguridad y calidad en la atención. **(Baylina, P., Moreira, P., 2011, Pag. 256)**

En España, **González (2012)** relaciona los **EAH** con otro indicador de calidad asistencial como es la mortalidad hospitalaria. En este estudio se determina la proporción de fallecidos en los que estuvo presente algún evento adverso y los factores que con mayor frecuencia participaron. La proporción de **EAH** encontrada fue del 19.8% (82/414), siendo la proporción de pacientes fallecidos, que padeció algún evento, del 15.5% (64/414). La razón de eventos adversos por persona era de 1.28 y el más frecuente fue la infección nosocomial.

Algunos estudios refieren que el 48.8% de los **EAH** son prevenibles. En dicho análisis no se encontraron diferencias asociadas a la edad o género. Entre los factores que se asociaron a la presencia de los eventos adversos destacan la intervención quirúrgica, tiempo de estancia y el servicio en el que ingresaron los pacientes. Por lo que, este estudio, sugirió la creación de medidas que reduzcan la estancia hospitalaria, así como, la difusión de medidas de prevención y control de la infección nosocomial. **(González Steinbauer, C., 2012, Pag. 114)**

MARCO REFERENCIAL. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio

- No experimental.- Debido a que se efectúa sin la manipulación de variables
- Longitudinal.- A consecuencia de que se extiende a través del tiempo dando seguimiento a un fenómeno
- Descriptivo/ Correlacional.- Trabaja sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta
- Prospectivo.- Debido a que el estudio se desarrolla al transcurso de un tiempo previamente estipulado
- Mixta.- Tanto por la investigación documental que se realiza como por las actividades en campo que serán desarrolladas

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Se procede a realizar una sesión informativa con autoridades hospitalarias para dar a conocer el propósito de la investigación. Posteriormente se lleva a cabo el diagnóstico hospitalario a través de la revisión de procesos, en conjunto con enfermería, el comité de farmacia y terapéutica, admisión hospitalaria y admisión hospitalaria, en relación a uso de medicamentos; así como, los ingresos y egreso hospitalario para identificar “fallas” en el proceso que favorecen la aparición de errores por uso de medicamentos. A continuación se trabaja en conjunto con el área de adquisiciones para identificar el catálogo de medicamentos de uso hospitalario y se procederá a su clasificación por el nivel de costo de



adquisición y por padecimiento. Al finalizar esta actividad se realizará trabajo de “campo” en área de hospitalización para la identificación de circunstancias asociadas a errores de medicación mediante desarrollo de entrevistas con el personal. Posteriormente se organizará la información con base en los disfuncionamientos existentes y se procederá a la cuantificación de **CO** hospitalarios en relación al número de errores por medicación presentados así como la cuantificación de costos ocultos familiares a consecuencia de la presencia de **EAH**.

RESULTADOS PRELIMINARES

Este hospital cuenta con 550 camas totales, 395 censables y 155 no censables, cuenta con una plantilla trabajadora superior a los 2500 trabajadores y de 350 médicos en capacitación... además de la presencia de estudiantes de enfermería.

Al ser un “hospital escuela” existe el riesgo para la presencia de **CO** y **EAH**.

Es considerada una unidad hospitalaria de alta especialidad debido al número de especialidades médicas con las que cuenta, cincuenta y cuatro, y por la cobertura asistencial que brinda a la población potencial y que aproximadamente es de 3, 000, 000 de usuarios. Su situación geográfica la coloca como la única alternativa asistencial para personas de bajos recurso económico en la zona nororiente de la capital del País.

En la fase de diagnóstico se encuentran los siguientes resultados: 1.3% de la compra total se caduca a consecuencia de la falta de previsión en cuanto al manejo de “primeras entradas – primeras salidas”, además de un control inadecuado de las existencias de fármacos en relación al bajo y nulo movimiento.

En esta unidad hospitalaria se dispone de un catálogo para la adquisición de 4888 distintos medicamentos; de estos, se realizaron compras de 1052 productos catalogados dentro del rubro de “medicinas y productos farmacéuticos” durante el 2012.

El 22% del total de adquisiciones se realiza por compra directa lo que incrementa el costo, esto a consecuencia de la falla en los mecanismos para la solicitud de los fármacos y carencia en la determinación de las cantidades a utilizar por servicio y por año.

El área asistencial está organizada por “Divisiones médicas”. Durante el 2012, la División de Cirugía registró un total de 8312 egresos hospitalarios, para la de Medicinas fueron 3785, la División de Ginecología tuvo 3319 y la de Pediatría 1937, lo que da un total de 17353.

Los servicios que reportaron la mayor cantidad de pacientes atendidos en hospitalización fueron: obstetricia con 2676 egresos, Oncología con 2590 y Cirugía general con 2205.

Es común que existan servicios médicos que no solicitan insumos, para su adquisición en la fase de licitación, pero reportan importantes consumos; ello implica, que utilizan los recursos adquiridos para otras áreas lo que afecta el uso oportuno de los recursos por el servicio solicitante.



Se observa que hay servicios hospitalarios que solicitan hasta 216 registros distintos en cuanto a medicamentos se refiere pero solo 156 son los solicitados al almacén, otros servicios médicos únicamente solicitan la adquisición de 2 fármacos pero realizan el consumo de 33. Por lo que el “sobre abastecimiento” en algunos servicios contrasta con la carencia en otros esto a consecuencia, de la falta de control en la entrega de los insumos. El grupo de medicamentos que representa una mayor importancia, por el costo de su adquisición, son los antineoplásicos seguido del oxígeno medicinal.

En lo que respecta a la existencia de **EAH**, del total que se presentan en el Hospital, el 17% corresponden a circunstancias asociadas al uso de fármacos. La falta de administración con oportunidad y la presencia de reacciones secundarias así como los eventos asociados a su uso, corresponden a los eventos adversos más comúnmente reportados.

Actualmente se realizan encuestas con los encargados médicos y de enfermería, en los diferentes servicios hospitalarios, como parte de la metodología correspondiente a la detección de los **CO**. Dichas entrevistas se llevan a cabo con el personal de los diferentes turnos laborales (matutino, vespertino, nocturno y fines de semana). Con base en los resultados obtenidos se establecerán las medidas que se plantearán a la Dirección general para la corrección de los disfuncionamientos observados y la disminución en los **CO** y de los **EAH** al uso de medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Geoffrey Norman, Streiner David. Bioestadística. 5 ed. España: Harcourt; 1996.

Revistas

- Aranaz, J. & Aibar, C. (2010). Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Extraído el 5 Diciembre, 2011 de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf.
- Baylina, P., Moreira, P. (2011). Challenging healthcare associated infections: a review of healthcare quality management issues. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*; 4, 4: 254 - 264
- Brennan, TA. (1981). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*; 304, 638-42.
- Bueno J.J., Requena Puche J., Aranaz Andrés J.M. (2011). Factores que contribuyen a la infección relacionada con la asistencia sanitaria: cómo evitarlos. *Rev Calidad Asistencial*; 26:367-75.
- Burton, J. & Rajan R. (2002). Revealing the hidden costs: research experiences from a case study evaluation. *Evaluation Journal of Australasia*, 2 (2), pag . 69 – 73. Extraído el 13 Enero, 2012 de http://www.aes.asn.au/publications/Vol2No2/revealing_the_hidden_cost.pdf



- Corrales Fernández, M.J., Gea Velázquez de Castro M.T., Limón Ramírez R., Miralles
- Ching-Chow, Y. (2008). Improving the definition and quantification of quality costs. *Total Quality Management*; 19, 3: 175–191.
- Giakatis, G., Enkawa, T. & Washitani, K. (2001). Hidden quality costs and the distinction between quality cost and quality loss. *Total Quality Management*; 12, 2: 179 – 190.
- González Steinbauer, C., Bautista Rentero, D., Saiz Sánchez, C., Zanón Viguer, V. (2012). Factores asociados a eventos adversos ocurridos en fallecidos en un hospital universitario. *Rev Calidad Asistencial*; 27:108-16.
- Jarlier, A. & Charvet-Protat, S. (2000). Can improving quality decrease hospital costs?. *International journal for quality health care*, 2 (12), 125 – 131. Extraído el 16 Enero, 2012 de <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/12/2/125.full.pdf>
- Saturno, Pedro J. (2009). Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Rev Calidad Asistencial*; 24:124-30.
- Savall, H. & Zardet , V. (2001). Evolution des outils de Contrôle et des criteres de Performance, face aux Defis de changement Strategique des Entreprises. Ponencia presentada en 22 Ème Congres de L'AFC, Paris, Francia. Extraído el 20 Diciembre, 2011 de <http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/58/46/52/PDF/SAVALL-ZARDET.PDF>
- Savall, H. & Zardet , V. (2006). Reciclar los costos ocultos durables: la gestión socioeconómica. Método y resultados. *Administración y organizaciones*. Extraído el 12 Diciembre, 2011 de <http://es.scribd.com/doc/36140194/articulo-veronique-2>
- Vincent, C., Neale , G. & Woloshyowych, M. (2001). Adverse events in British hospitals. Preliminary retrospective record review. *BMJ*; 322, 517-19.

