



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

Facultad de Ingeniería en Mecánica y Ciencias de la Producción

**“Implementación de una Cultura de Seguridad con
Enfoque de Triple Meta para una empresa que presta
Servicios de Salud”**

INFORME DE PROYECTO DE GRADUACIÓN

Previo a la obtención del Título de:

INGENIERO INDUSTRIAL

Presentado por:

Marcos Antonio Zambrano Farías

GUAYAQUIL- ECUADOR

Año: 2014

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a mis padres y a mis hermanos por todo el esfuerzo y confianza que pusieron en mí, durante mi vida académica, brindándome su apoyo.

Agradezco a Dios por permitirme cumplir esta meta y llenar de orgullo a mis padres.

Al Dr. Hernando Baquero Villamil, por brindarme sus conocimientos de Seguridad del Paciente y del Enfoque de Triple Meta, y al Ing. Juan Calvo Urigüen, Director del Proyecto de Graduación por su colaboración en la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

La obtención del Título es dedicado a mis Padres, mis hermanos, mi Tía Alba García y mi Abuelita Aura Cedeño que en paz descansa.

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Dr. Kleber Barcia V., Ph.D.
DECANO DE LA FIMCP
PRESIDENTE

Ing. Juan Calvo U.
DIRECTOR

Ing. María Elena Murrieta O.
VOCAL

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de este Informe de Proyecto de Graduación, me corresponde exclusivamente; y el patrimonio intelectual del mismo a la ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL”

(Reglamento de Graduación de la ESPOL)

Marcos Antonio Zambrano Farías

RESUMEN

La implementación de este proyecto se llevó a cabo en una empresa que presta servicio médicos ambulatorio. En ésta empresa se realizó un diagnóstico a las áreas que conforman el proceso de Atención al paciente, donde se identificarán los principales problemas. Estos problemas han generado desperdicios de tiempos, uso de papelería innecesaria, atrasos en las entrega de resultados, en la puntualidad de la atención en la cita médica e inconformidad de los pacientes.

Implementar una hoja de ruta, permitió evolucionar hacia un modelo de atención ambulatoria que garantice al paciente y su familia una atención segura y una experiencia única, mediante la definición de lineamientos básicos de rediseño del modelo actual, creando una cultura de seguridad del paciente bajo el enfoque de la Triple Meta.

El enfoque mencionado anteriormente se aplicó en el desarrollo del proyecto de graduación iniciando con la identificación de los problemas existentes en el proceso de atención al paciente. Luego se seleccionó las áreas con los problemas más dominantes y se los priorizó para buscar la solución de las áreas que presenten los problemas en una mayor proporción.

Posteriormente se implementó el enfoque de Triple Meta con la finalidad de mejorar la atención del paciente, para minimizar el riesgo que se puedan

presentar durante la ruta del paciente en el servicio médico que se le aplicará. La propuesta de la implementación de la Cultura de Seguridad del Paciente con Enfoque de Triple Meta se llevó a cabo durante el proyecto.

Luego se estableció y midió los indicadores de mejora que den valores cuantificables de los resultados de las mejoras aplicadas al proceso, ésta medición se realizó en las áreas operacionales y administrativas de los Centros Médicos Ambulatorios.

El enfoque mencionado anteriormente concluyó con el análisis de los resultados obtenidos luego de la implementación de la Cultura de Seguridad del Paciente con Enfoque de Triple Meta, analizando el costo-beneficio del proyecto, a fin de presentar las respectivas conclusiones y recomendaciones del estudio realizado, elaborando una Ficha de Indicadores, donde se registró los resultados que deben alcanzar las metas establecidas, mediante la comparación de indicadores de medición antes de la implementación con los resultados, y después de la implementación, a fin de dejar constancia de los objetivos alcanzados.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN.....	II
ÍNDICE GENERAL.....	IV
ABREVIATURAS.....	VII
SIMBOLOGÍA.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS.....	X
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO 1

1. GENERALIDADES.....	2
1.1. Antecedentes.....	2
1.2. Planteamiento del Problema.....	4
1.2.1. Justificación.....	6
1.3. Objetivos.....	7
1.3.1. Objetivo General.....	7
1.3.2. Objetivos Específicos.....	7
1.4. Metodología de Estudio.....	8
1.5. Estructura del Proyecto de Graduación.....	10

CAPÍTULO 2

2. MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Triple Meta.....	13
2.1.1. Enfoque.....	14
2.1.2. Diseño del Concepto.....	15
2.1.3. Beneficios para un enfoque en línea con la Triple Meta.....	19
2.2. Seguridad del Paciente.....	20
2.2.1. Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente.....	23

CAPÍTULO 3

3. DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	31
3.1. Descripción General de la Empresa.....	31
3.2. Determinación y Análisis de los Problemas Críticos.....	34

CAPÍTULO 4

4. IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON ENFOQUE DE TRIPLE META.....	36
4.1. Elaboración del Plan de Implementación del Enfoque de Triple Meta.....	36

CAPÍTULO 5

5. RESULTADOS ESPERADOS.....	43
5.1. Medición y Evaluación de las Mejoras.....	43
5.1.1. Medición y Evaluación de las Mejoras en el Centro de Salud Ambulatoria.....	44
5.2. Análisis Costo – Beneficio.....	52
5.2.1. Análisis Costo – Beneficio del Centro de Salud Ambulatoria.....	52

CAPÍTULO 6

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	83
6.1. Conclusiones.....	83
6.2. Recomendaciones.....	83

APÉNDICES**BIBLIOGRAFÍA**

ABREVIATURA

IHI	Improvement Health Instituto (Instituto para el mejoramiento de la Salud)
JCI	Joint Commission International
SIG	Sistema de Información Geográfica
IPN	Indice Promotor Neto (Enamoramiento del cliente externo)
SP	Seguridad del Paciente.
TM	Triple Meta
VAN	Valor Actual Neto
VF	Valor Futuro
CAUE	Costo Anual Uniforme Equivalente

SIMBOLOGÍA

$\sum_{T=0}^n$ Sumatoria de valores desde un tiempo T, hasta n años.

T Tiempo

n Cantidad de años

i Tasa de interés

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1.1 Metodología de Estudio.....	8
Figura 1.2 Mapa de Procesos de la Empresa.....	9
Figura 2.1 Componentes del Enfoque de Triple Meta en una Empresa.....	15
Figura 2.2 Modelo de Gestión de Seguridad del Paciente.....	21
Figura 2.3 Identificación correcta del paciente.....	24
Figura 2.4 Mejorar la comunicación efectiva.....	25
Figura 2.5 Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.....	26
Figura 2.6 Garantizar la cirugía en el lugar correcto con el procedimiento y al paciente correcto.....	27
Figura 2.7 Reducción de riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.....	28
Figura 2.8 Reducción de riesgo de caídas.....	29
Figura 4.1 Sistema de Reporte de Fallas (incidentes) y/o Eventos Adversos.....	42
Figura 5.1 Reporte de Fallas (incidentes) y/o Eventos Adversos.....	45
Figura 5.2 Clasificación de Casos Reportados.....	46
Figura 5.3 Cumplimiento de Rondas de Seguridad.....	47
Figura 5.4 Índice Promotor Neto 2012.....	48
Figura 5.5 Índice Promotor Neto 2013.....	49
Figura 5.6 Consolidado Quejas Técnicas y de Servicio.....	50
Figura 5.7 Tiempo de respuesta de Quejas Técnicas y de Servicio.....	51
Figura 5.8 Causas Quejas de Servicio Región Sierra.....	52
Figura 5.9 Causas Quejas de Servicio Región Costa.....	52

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Plan de Implementación de Enfoque de Triple Meta.....	37
Tabla 2	Capacitación Implementación Proyecto.....	39
Tabla 3	Indicadores de la Empresa.....	41
Tabla 4	Presupuesto del Proyecto.....	54
Tabla 5	Análisis CAUE Primera Opción.....	56
Tabla 6	Primera Opción, Valor Actual Neto Escenario 1.....	57
Tabla 7	Primera Opción, Valor Actual Neto Escenario 2.....	58
Tabla 8	Primera Opción, Valor Actual Neto Escenario 3.....	59
Tabla 9	Primera Opción, Valor Actual Neto Escenario 4.....	60
Tabla 10	Primera Opción, Valor Actual Neto Escenario 5.....	61
Tabla 11	Análisis CAUE Segunda Opción.....	63
Tabla 12	Segunda Opción, Valor Actual Neto Escenario 1.....	64
Tabla 13	Segunda Opción, Valor Actual Neto Escenario 2.....	65
Tabla 14	Segunda Opción, Valor Actual Neto Escenario 3.....	66
Tabla 15	Segunda Opción, Valor Actual Neto Escenario 4.....	67
Tabla 16	Segunda Opción, Valor Actual Neto Escenario 5.....	68
Tabla 17	Primera Opción-Futuro, Valor Actual Neto Escenario 1.....	71
Tabla 18	Primera Opción-Futuro, Valor Actual Neto Escenario 2.....	72
Tabla 19	Primera Opción-Futuro, Valor Actual Neto Escenario 3.....	73
Tabla 20	Primera Opción-Futuro, Valor Actual Neto Escenario 4.....	74
Tabla 21	Primera Opción-Futuro, Valor Actual Neto Escenario 5.....	75
Tabla 22	Segunda Opción-Futuro, Valor Actual Neto Escenario 1.....	76
Tabla 23	Segunda Opción-Futuro, Valor Actual Neto Escenario 2.....	77
Tabla 24	Segunda Opción-Futuro, Valor Actual Neto Escenario 3.....	78
Tabla 25	Segunda Opción-Futuro, Valor Actual Neto Escenario 4.....	79
Tabla 26	Segunda Opción-Futuro, Valor Actual Neto Escenario 5.....	80

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una “Implementación de una Cultura de Seguridad del Paciente con Enfoque de Triple Meta para una empresa que presta Servicios de Salud” el cual permite mejorar los servicios de medicina pre-pagada de cara a la Seguridad del Paciente, con la finalidad de incrementar el enamoramiento al paciente. Para lograr la cultura de Seguridad del Paciente se lo realiza con un Enfoque de Triple Meta cuyas experiencias de Centros Médicos se encuentran resumidas en el libro “**Pursuing The Triple Aim: Seven Innovators show the way to better care, better health and lower cost**”. Escrito en Mayo 2012 por Maureen Bisognano y Charles Kenney, bajo el direccionamiento del entonces Presidente y CEO del Instituto para el mejoramiento de la Salud: Dr. Donald Berwick.

El Enfoque mencionado anteriormente es una herramienta que en los últimos 3 años se ha implementado en muchas entidades de salud de todo el mundo, para mejorar los servicios que ofertan. La inclusión de la Ingeniería Industrial es vital para efectos de innovación y desarrollo de herramientas con Enfoque de Triple Meta para flexibilizar los procesos de atención directa con el paciente y así disminuir la variabilidad de los resultados, cumpliendo los objetivos propuesto en el presente proyecto.

CAPÍTULO 1

1. GENERALIDADES

1.1. Antecedentes

Hoy en día el mercado de la salud posee alta demanda de pacientes por las enfermedades que surgen por los cambios climáticos y por la inadecuada nutrición, debido a los avances tecnológicos que se están dando en el ámbito de la salud a nivel mundial, las empresas tienen que migrar de la obsolescencia a la excelencia de manera rápida, por lo que el paciente exige mayores requerimientos y beneficios, productos y servicios de alta calidad al mínimo costo, lo cual no solamente depende de un proceso en sí, sino de todos los procesos que se integran con sus respectivos sistemas existentes en la Cadena de Valor de la empresa que oferta los servicios de salud.

Desde luego que el desorden y la desorganización de una empresa contribuyen en gran manera a que esta no alcance un alto nivel de

calidad, sin embargo es primordial crear una cultura de seguridad del paciente para poder abandonar completamente métodos y técnicas tradicionales que en la actualidad son obsoletas frente a los avances de rediseño en procesos de salud que se han creado, lo cual representa el paso principal para culturizar a los procesos con enfoque de triple meta incluyendo al personal involucrado.

Debido a que las empresas se ven inmersas en un entorno muy competitivo, se ven obligadas a desarrollar habilidades necesarias para hacer frente y competir al mismo nivel del mercado o a un nivel superior lo cual le permitirá liderarlo. El enfoque de Triple Meta describe tres dimensiones que ayudan a mejorar el rendimiento del sistema de salud. Según el Instituto para el mejoramiento de la Salud (IHI), el enfoque de triple meta es la creencia a que los nuevos diseños deben desarrollarse para perseguir simultáneamente tres dimensiones [1]:

- Mejorar la experiencia de los pacientes de la atención (incluyendo la calidad y la satisfacción);
- Mejorar la salud de las poblaciones, y
- Reducir el costo per cápita de la atención sanitaria [1].

Se busca mejorar la calidad del servicio al cliente y a reducir el tiempo de entrega ya que son los problemas que presenta la empresa en análisis, el enfoque de Triple Meta será el norte a seguir a fin de obtener mejoras.

Los Centros Médicos Ambulatorios en análisis se sitúan en distintos sectores de las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, con la finalidad de cubrir un mercado muy explorado en estos lugares. Cuenta con servicios de salud ambulatorio muy completo, en donde el personal médico, personal de enfermería y personal odontológico es altamente competente al poseer una amplia experiencia, además que constantemente está siendo capacitado por asesores externos relacionados con el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de Salud a nivel Mundial.

La problemática enunciada en el párrafo anterior, hace que la Alta Dirección de la empresa en análisis requieran que se den soluciones a estas deficiencias mediante un estudio profesional y técnico; para esto, la Escuela Superior Politécnica del Litoral, forma futuros profesionales con las competencias adecuadas y suficientes como para abordar la temática y establecer pautas de solución, por tanto se presenta la siguiente propuesta del proyecto de tesis: “IMPLEMENTACIÓN DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON ENFOQUE DE TRIPLE META PARA UNA EMPRESA QUE PRESTA SERVICIOS DE SALUD”.

1.2. Planteamiento del Problema

Los Centros Médicos Ambulatorios en el cual se está desarrollando el proyecto de graduación presenta falencias como: impuntualidad en la entrega de resultados, impuntualidad en la atención médica,

obsolescencia en el sistema tecnológico, comunicación inefectiva entre el personal de salud y cliente, omisión de actividades establecidas en los procesos documentados, falta de seguimiento al paciente después de ser atendidos en los Centros Médicos Ambulatorios, carecen de herramientas y de cultura de seguridad así como también desinterés por parte de quienes hacen posible el cumplimiento de la implementación de acciones de mejoras.

Los Centros Médicos Ambulatorios en el cual se está desarrollando el proyecto de graduación, cuenta con competidores directos por el lugar en donde se encuentra ubicado pero sus precios no exageran monetariamente en el mercado, son similares a las empresas competidoras del mismo mercado, lo cual genera una alta exigencia de sus clientes, existen retrasos en las entrega de los resultados e inconformidad con el servicio prestado debido a que no se obtiene la calidad deseada.

La industria ecuatoriana se ha vuelto más dinámica ya que las empresas que han ingresado al país en las últimas décadas, lo han hecho con la mentalidad de maximizar su productividad y disminuir sus costos, para esto el orden y la disciplina es un gran problema además de ser muy común en casi todas las empresas que se dedican a la prestación de servicios médicos, debido a que si en el proceso no se mantiene una cultura de seguridad del paciente adecuada, se puede caer en el error de

tener un Centro Médico Ambulatorio sin cultura de seguridad, insalubre en sus servicios médicos y desorganizado y al ser difícil de mantener los Centros Médicos Ambulatorios, los insumos médicos, entrega de resultados, se exceden en el retraso del tiempo atención al cliente y conlleva al incremento de las inconformidades o quejas de servicios y técnicas que son registradas por el cliente.

1.2.1. Justificación

Los Líderes de los Centros Médicos Ambulatorios son los encargados de la planificación, ejecución, supervisión y evaluación del cumplimiento de la implementación de los procesos rediseñados en conjunto con el Dpto. de Calidad, por ello el presente proyecto de graduación pretende que los centros en cuestión adquieran una nueva cultura relacionada con la mejora continua mediante el enfoque de Triple Meta, el presente proyecto busca crear una Cultura de Seguridad del Paciente que permitirá mejorar la calidad de los servicios de salud a nivel nacional; por lo tanto es necesario organizar, programar y gestionar los trabajos de implementación de procesos que se rediseñen aprovechando de la mejor manera los recursos, obteniendo resultados favorables para el personal que aquí labora y la ciudadanía en general.

Las dimensiones de la Triple Meta ayuda a crear una Cultura de Seguridad del Paciente en los Centros Médicos Ambulatorios a

nivel nacional mediante la implementación de las Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente según indica el **“Manual de estándares para Centros Ambulatorios Joint Commission International”**, previo a su correcta homologación a todo el personal administrativo y operacional de cada centro; esto conlleva a incrementar favorablemente la experiencia del usuario, mejorando los resultados de salud, al mínimo costo.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Crear una cultura de seguridad del paciente que permitirá mejorar la calidad de los servicios de salud a nivel nacional, elevando el enamoramiento y la fidelización de los pacientes a los Centros Médicos a fin de ganar posicionamiento en el mercado.
- Implantar el enfoque de Triple Meta a los Centros Médicos Ambulatorios.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Analizar la situación en la que se encuentra la empresa para localizar los problemas que afectan a los procesos misionales, generando una lista priorización de los problemas que se van a reducir o eliminar.

- Identificar la presencia y causa de inconformidades o quejas del cliente, obteniendo información del análisis e interpretación de entrevistas y encuestas del personal médico y de los clientes.
- Planificar la implementación del enfoque Triple Meta a fin de incrementar el enamoramiento y fidelización del cliente.

1.4. Metodología de Estudio

El enfoque de Triple Meta que se aplica durante el desarrollo del Proyecto de Graduación en los Centros Médicos Ambulatorios se detalla a continuación en la figura 1.

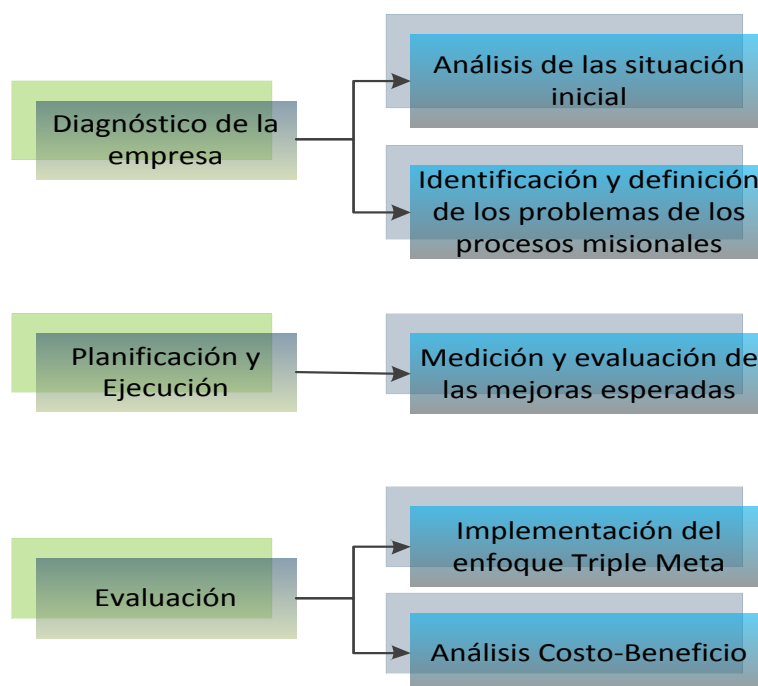


FIGURA 1.1 METODOLOGÍA DE ESTUDIO

En base al diagnóstico de la empresa la metodología que se aplica para el Proyecto de Graduación comienza con la identificación de los problemas existentes en los procesos misionales (figura 1.2 - Mapa de Procesos de la Empresa) que lo conforman Ingreso al Cliente, Salud Ambulatorio y Apoyo Diagnóstico Laboratorio. Después se selecciona el área con los problemas que se consideren más influyentes y se los prioriza a fin de buscar la solución de aquella área que presente los problemas en una mayor proporción en el proceso.

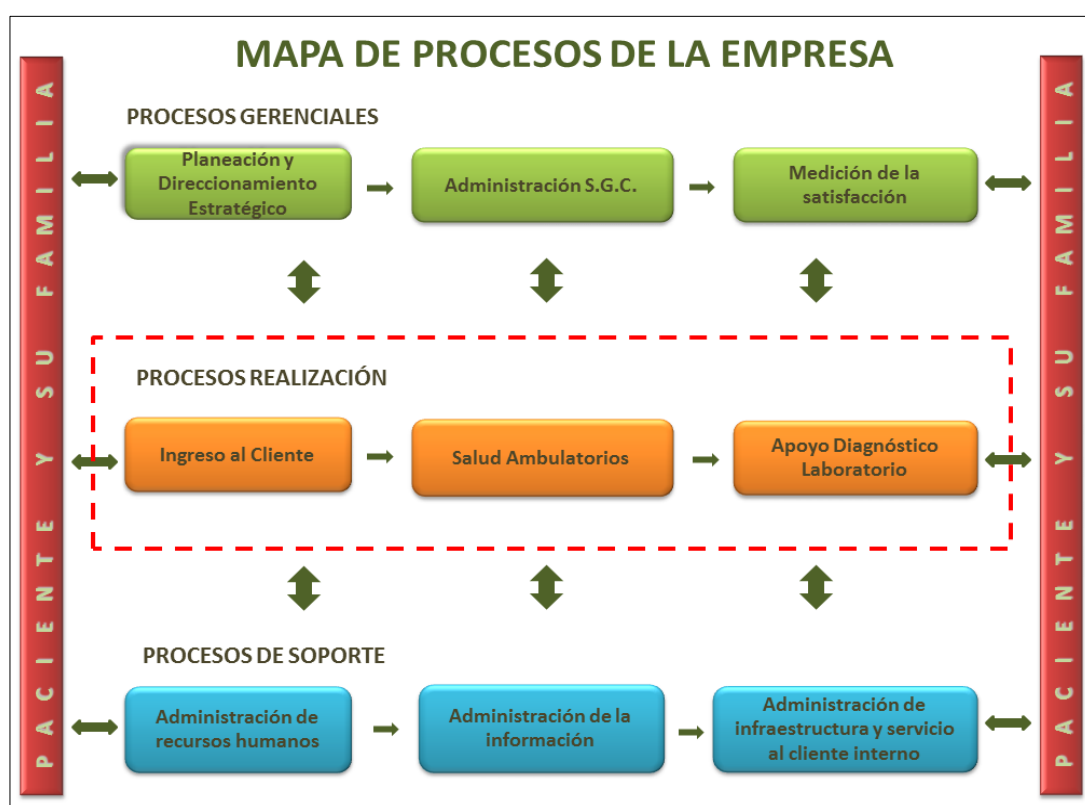


FIGURA 1.2 MAPA DE PROCESO DE LA EMPRESA [2]

Por otro lado se analizan los factores existentes que impidan el alcance de la eficiencia global de los equipos. Siguiendo con la comparación las inconformidades o quejas de los clientes.

Luego se identifican las etapas que necesitan ser ajustadas en los procesos establecidos y esta identificación se lleva a cabo mediante el uso de entrevista al personal involucrado en el proceso crítico a ser ajustado.

Se procede a establecer y medir los indicadores de mejora que den valores cuantificables de los resultados de las mejoras aplicadas a los procesos misionales.

Para la finalización del enfoque que se estudiará, se procederá con el análisis de los resultados obtenidos, incluyendo el análisis costo-beneficio que incurre el Proyecto de Graduación, luego de la aplicación del enfoque Triple Meta con la finalidad de presentar las respectivas conclusiones y recomendaciones del estudio realizado.

1.5. Estructura del Proyecto de Graduación

A continuación se muestra la estructura del proyecto de graduación la cual está compuesta en 6 capítulos que se puntualizan a continuación:

Capítulo 1: Generalidades

Se muestra el planteamiento del problema así como la justificación, los objetivos que se persiguen con el desarrollo del Proyecto de Graduación, tanto general como específicos, la metodología de estudio y la conformación del Proyecto de Graduación.

Capítulo 2: Marco Teórico

En este capítulo se muestran el marco teórico donde se especifican los detalles del Enfoque de Triple Meta para poder implementarlo en los Centros Médicos Ambulatorios, además se adicionan los Objetivos Internacionales de la Seguridad del Paciente que menciona el “Manual de Estándares para Centros Ambulatorios Joint Commission International (JCI)” que ayudará para la creación de una Cultura de Seguridad del Paciente en los Centros Médicos Ambulatorios.

Capítulo 3: Diagnóstico y Análisis de la Situación Actual.

Se muestran los antecedentes generales de la empresa, además de la identificación de los procesos misionales, se mencionan los problemas críticos a analizar, para dar a conocer el nivel de los problemas que afecten al proceso. Posterior se procede a definir un cronograma de trabajo relacionado a la Implementación de la Cultura de Seguridad del Paciente con Enfoque de Triple Meta para llevar a cabo la implementación del proyecto.

Capítulo 4: Implementación de una Cultura de Seguridad del Paciente con

Enfoque de Triple Meta para una empresa que presta Servicios de Salud

Se implementa el cronograma de trabajo establecido en el capítulo anterior y se puntualiza en las Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente, detallando cada una de las actividades del cronograma de trabajo.

Capítulo 5: Resultados Esperados

Se realiza una medición y evaluación de las mejoras logradas, comparando indicadores de medición antes de la implementación con los resultados después de la implementación. Posteriormente se realiza un análisis Costo-Beneficio del Proyecto de Graduación.

Capítulo 6: Conclusiones y Recomendaciones

En este capítulo se detalla las conclusiones del proyecto y se plantea recomendaciones.

CAPÍTULO 2

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Triple Meta

Hoy en día en Latinoamérica aumentan las exigencias de los pacientes en el servicio que ofertan cada una de las entidades de salud, mediante avances tecnológicos, disminución de costos en los servicios, y de tiempos en la entrega de resultados de la salud para cada paciente; no obstante un factor importante que influye en lograr cumplir las exigencias del cliente, parten directamente de la forma como se llevan a cabo los procesos de realización en cada entidad de salud, por ella se crean planes de mejora, estableciendo metas a cumplir con su respectiva metodología, simplemente seguir paso a paso el ciclo de mejoramiento continuo(PHVA-Ciclo Deming).

De acuerdo al Centro de Gestión Hospitalaria, el sistema de salud de EE.UU. es la más costosa en el mundo, representando el 17% del

producto interno bruto, con estimaciones que ese porcentaje crecerá a casi el 20% en 2020. Al mismo tiempo, los países con sistemas de salud que se obtienen mejores resultados que los EE.UU. también están bajo presión para obtener un mayor valor de los recursos destinados a los sistemas de atención de salud. Envejecimiento de la población y el aumento de la longevidad, junto con problemas crónicos de salud, se han convertido en un problema mundial, poniendo nuevas exigencias en materia de servicios médicos y sociales [1].

2.1.1. Enfoque

En la actualidad, la mayoría de los ambientes en la atención en salud, no poseen responsables de las tres dimensiones de la Triple Meta. Es por eso que por la salud de la población, para la salud de los sistemas escolares, y para la salud de todos los pacientes, se deben abordar las tres dimensiones Triple Meta al mismo tiempo [1].

Debido a que el enfoque de Triple Meta permite mejorar en todos los niveles del sistema en la entidad de salud, se apoya por un enfoque sistemático para cambiar la atención en la salud. A todo ello se podrá aplicar etapas para rediseñar los procesos con enfoque de Triple Meta, El Instituto para el mejoramiento de la Salud (Improvement Health Institute - IHI) recomienda un proceso de cambio que incluye: la identificación de las poblaciones

objetivo, la definición del sistema de objetivos y acciones, el desarrollo de una cartera de trabajo proyecto que es lo suficientemente fuerte como para mover el sistema, resultados de nivel y pruebas rápidas y ampliación progresiva que se adapta a las necesidades y condiciones locales [1].

2.1.2. Concepto del diseño

Si bien es cierto existen ejes fundamentales para el logro de las metas que se basan en el cumplimiento del enfoque de Triple Meta, por ello el Equipo de innovación del Instituto para el mejoramiento de la Salud (Improvement Health Institute - IHI) ha desarrollado un concepto de diseño y describe un conjunto inicial de componentes de un sistema que cumple el Enfoque de Triple Meta. Los cinco componentes se detallan a continuación mediante la figura 3 [1]:

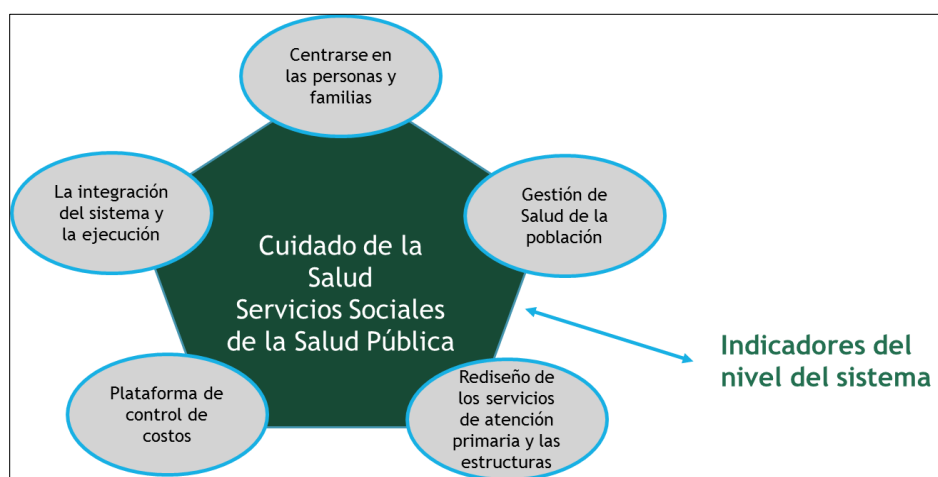


FIGURA 2.1 COMPONENTES DEL ENFOQUE TRIPLE META EN UNA EMPRESA [1]

1. Centrarse en las personas y familias.

- a) Para los pacientes médicamente y socialmente complejo, establecer asociaciones entre los individuos, las familias y los cuidadores, incluyendo la identificación de un familiar o amigo que será apoyado y desarrollado para coordinar los servicios entre varios proveedores de atención médica [1].
- b) Planificar conjuntamente y personalizar la atención a nivel del individuo [1].
- c) Aprender de forma activa del paciente y su familia para informarles de trabajo para la población [1].
- d) Permitir a individuos y familias a gestionar mejor su propia salud [1].

2. Rediseño de los servicios de atención primaria y las estructuras.

- a) Tener un equipo de los servicios básicos que pueden ofrecer al menos el 70% de los servicios sociales, médicos y de salud necesarias para la población [1].
- b) Construir deliberadamente una plataforma de acceso para una máxima flexibilidad para proporcionar servicios de salud a medida para las necesidades de los pacientes, las familias y los proveedores [1].
- c) Cooperar y coordinar con otras especialidades, hospitales y servicios comunitarios relacionados con la salud [1].

3. Gestión de salud de la población.

- a) Trabajar con la comunidad para promover y ofrecer incentivos para la prevención del tabaquismo, la alimentación sana, el ejercicio y la reducción del abuso de sustancias [1].
- b) Desarrollar alianzas multisectoriales, utilizar los recursos de interés clave (lugares de trabajo, escuelas, etc.) y alinear las políticas para proporcionar apoyo comunitario para todos los que deseen hacer un cambio de comportamiento relacionado con la salud [1].
- c) Integrar la salud y los datos a nivel comunitario a disposición del público mediante la utilización de la cartografía SIG para entender el contexto local para determinar dónde y para quién la prevención relacionada con la salud estratégica a nivel comunitario, la promoción de la salud y de las intervenciones de apoyo de gestión de la enfermedad serían más útiles [1].

4. Plataforma de control de costos.

- a) Lograr < 3 % de inflación anual de costo per cápita mediante el desarrollo de relaciones de cooperación con grupos de médicos y otras organizaciones de salud que se comprometan a reducir el desperdicio de los recursos sanitarios [1].

- b) Proveedores recompensa la salud, hospitales y sistemas de salud por su contribución a la producción de una mejor salud para la población y no sólo a producir más salud [1].
- c) Orientar cuidado con el tiempo - la "ruta del paciente" - dirigido a los mejores resultados posibles [1].

5. La integración del sistema y la ejecución.

- a) La capacidad y la demanda de atención sanitaria y los servicios sociales a través de los proveedores [1].
- b) Asegurar que la planificación estratégica y ejecución de todos los proveedores, incluidos los hospitales y consultorios médicos, se basen en las necesidades de la población [1].
- c) Desarrollar un sistema para el aprendizaje y la mejora continua.
- d) Instituto una gobernanza sostenible y la estructura financiera para el Enfoque de Triple Meta [1].
- e) Personalizar de forma eficiente los servicios basados en la segmentación adecuada de la población [1].
- f) Utilizar modelos de predicción y evaluación de los riesgos de salud que tengan en cuenta los factores de la situación, la historia clínica y la utilización de los recursos antes de desplegar los recursos a los individuos de alto riesgo [1].

- g) Establecer y ejecutar iniciativas estratégicas relacionadas con la reducción de la variación desigual en los resultados o la variación indeseable en la práctica clínica [1].

2.1.3. Beneficios para un enfoque en línea con la Triple Meta

Las entidades de Salud que logre implementar de forma correcta el Enfoque de Triple Meta tendrán poblaciones más saludables. Los pacientes pueden esperar una atención menos compleja y mucho más coordinado y la carga de la enfermedad disminuyen. Es importante destacar que la estabilización o reducción del costo per cápita de la atención a la población dará a las entidades de salud la oportunidad de ser más competitivos, reducir la presión sobre los presupuestos de salud financiados con fondos públicos, y proveer a las comunidades con una mayor flexibilidad para invertir en actividades como la escuela y la vida medio ambiente, que aumentan la vitalidad y el bienestar económico de sus habitantes [1].

Las entidades de salud podrán emular las experiencias de las entidades de salud externas que han logrado la correcta implementación del Enfoque de Triple Meta, mediante la lectura del Libro **“Pursuing The Triple Aim. Innovators Show the Way to Better Care, Better Health, and Lower Costs”**, escrito por

Maureen Bisognano, Charles Kenney bajo la patrocinio del entonces Presidente y CEO del Instituto para el mejoramiento de la Salud (Improvement Health Institute - IHI) Dr. Donald M. Berwick [6].

2.2. Seguridad del Paciente

Las entidades de salud, en la actualidad asumen con poca importancia algo tan fundamental lo que es la Seguridad del Paciente, el mismo que es una de las dimensiones de la calidad, lo cual debe competir a las entidades de salud en todo el mundo, a su vez deberán promover el mejoramiento continuo de la calidad de atención en salud.

Más aún, la interrelación que hay entre calidad y seguridad es tal, que puede afirmarse que cuando el trabajo en calidad se centra en la seguridad, las demás dimensiones de la calidad tienen que incorporarse. Es difícil, sino imposible, imaginarse una atención segura que no es efectiva, oportuna, equitativa o centrada en el paciente [3].

A todo esto es necesario asegurar la atención al paciente, en la cual se libre a los mismos de todo error y evento adverso, con la finalidad de garantizar que la atención en salud brindada a los pacientes es menos costosa y estrictamente necesaria tiene que ser prestada por profesionales competentes al cargo médico para las entidades de salud.

Dicho de otra forma, para que la atención sea segura, es condición que sea efectiva, oportuna, equitativa, centrada en el paciente, eficiente y prestada por profesionales competentes. Una atención en salud con estas características es la que el Centro de Gestión Hospitalaria (CGH) propone como meta para los sistemas de salud en el siglo XXI [5], y que los Centros Médicos Ambulatorios desean implementar mediante el presente proyecto [3].

El modelo propone partir de definir la seguridad de los pacientes como un objetivo estratégico de la institución, para luego identificar un foco de intervención adecuado, acorde con sus características [4].

Durante el proceso de formulación estratégica es igualmente necesario definir la cultura que se desea promover con el fin de garantizar un patrón de conducta de los colaboradores que sea expresión genuina del valor que la organización le confiere a la seguridad del paciente [4].

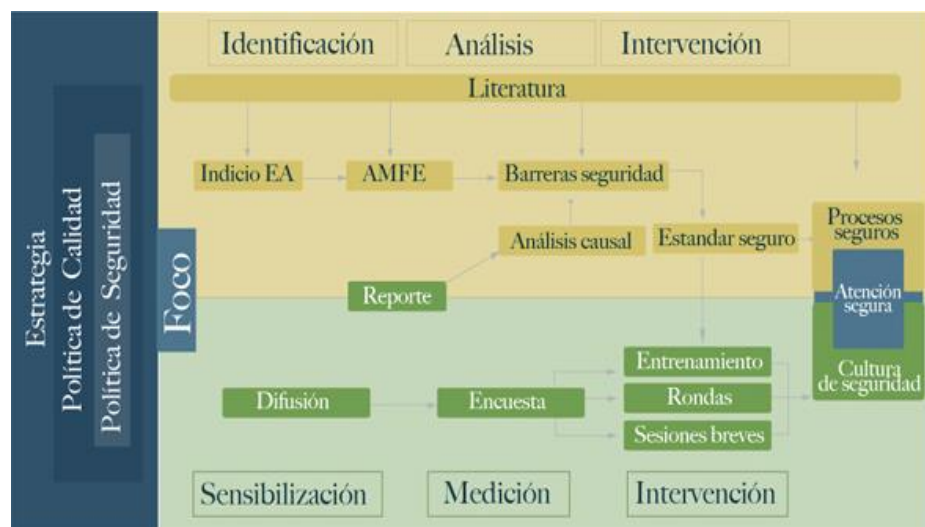


FIGURA 2.2 MODELO GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE [7]

De acuerdo con el modelo, a continuación deben trabajarse simultáneamente dos frentes:

1. Mejoramiento de procesos, cuyo resultado final son procesos rediseñados que garanticen una atención segura. Esto se hace con herramientas basadas en la evidencia, que se articulan entre sí mediante una secuencia lógica de identificación y análisis de eventos adversos, que busca, finalmente, diseñar barreras de seguridad que complementen los estándares de atención [4].

Las herramientas de análisis pertenecen a una de dos grandes categorías: análisis retrospectivo, es decir, a partir de un error o de un evento adverso que ya ocurrió; y análisis prospectivo, es decir, basado en una forma de pensamiento que identifica qué puede

fallar, por qué puede ocurrir la falla y qué efectos tiene dicha falla en caso de que ocurra [4].

2. Cambio cultural hacia una cultura de seguridad con las características definidas en la estrategia. Antes de implementar las herramientas sugeridas para promocionar la cultura deseada, debe medirse, mediante una herramienta confiable, es decir, válida y precisa, la cultura actual con respecto al tema de seguridad [4].

En la medida en que las entidades de salud diseñen e implementen procesos seguros y su cultura sea de seguridad, la atención que reciben los pacientes será segura [4].

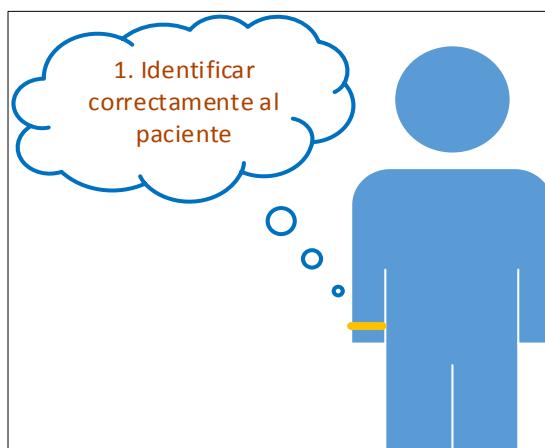
2.2.1. Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente se basan en acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente durante todo el proceso de atención. En este sentido las acciones encaminadas a garantizar el control del riesgo del paciente y su familia son prioritarias en una entidad de salud que busca implementar una cultura de seguridad del paciente.

Se presentan algunos de los lineamientos que permitan conocerlos mejor:

1. Identificar correctamente a los pacientes

Los errores referentes al paciente equivocado ocurren en prácticamente todos los aspectos del diagnóstico y tratamiento. Los pacientes pueden estar sedados, desorientados o no completamente alerta, puede que los cambien de cama, de habitación o de lugar dentro del centro de atención ambulatoria, pueden padecer discapacidades sensoriales o estar sujetos a otras situaciones que pueden conducir a errores en cuanto a la identificación correcta. La intención de este objetivo es doble: en primer lugar, identificar en forma fiable a la persona como aquella a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona [5].



**FIGURA 2.3 IDENTIFICACIÓN CORRECTA A LOS
PACIENTES [5]**

2. Mejorar comunicación efectiva

La comunicación efectiva, es decir, oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y mejora la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, verbal o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes de atención al paciente dadas verbalmente y aquellas dadas por teléfono, cuando así lo permiten las leyes o reglamentaciones locales. Otra comunicación propensa a errores es la información de resultados críticos de análisis, como por ejemplo que el laboratorio clínico llame a la unidad de atención al paciente para informar de un resultado crítico de una prueba de laboratorio [5].

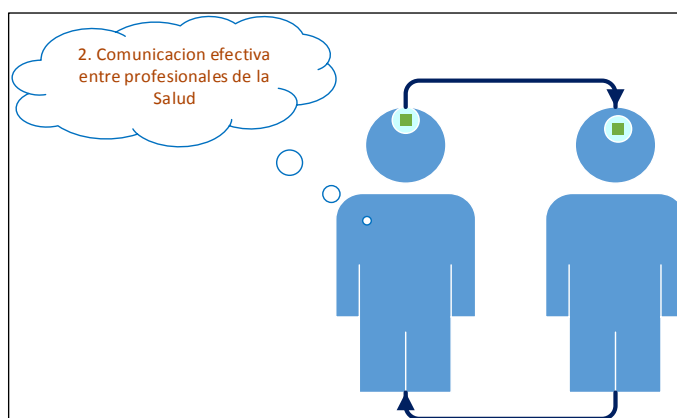


FIGURA 2.4 MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA [5]

3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento del paciente, es fundamental su gestión adecuada

a fin de garantizar la seguridad del paciente. Un problema de seguridad de la medicación mencionado con frecuencia es la administración involuntaria de electrolitos concentrados (por ejemplo, cloruro de potasio [concentración igual o mayor a 2 mEq/ml], fosfato de potasio [igual o mayor a 3 mmol/ml], cloruro de sodio [concentración mayor a 0.9%] y sulfato de magnesio [concentración igual o mayor a 50%]). Este error puede ocurrir cuando un miembro del personal no ha sido debidamente orientado a la unidad de atención al paciente, cuando se emplean enfermeros contratados que sin la debida orientación, o durante emergencias. El medio más efectivo para disminuir o eliminar estos incidentes es retirar los electrolitos concentrados de las unidades de atención al paciente y llevarlos a la farmacia [5].



FIGURA 2.5 MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO [5]

4. Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente equivocado es un problema inquietante en las entidades de salud. Estos errores son el resultado de una comunicación deficiente o inadecuada entre los miembros del equipo quirúrgico, de la falta de participación del paciente en el marcado del sitio y de la ausencia de procedimientos de verificación del lugar de la operación. Además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada de la historia clínica, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre los miembros del equipo quirúrgico, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores contribuyentes frecuentes [5].



FIGURA 2.6 GARANTIZAR LA CIRUGÍA EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y AL PACIENTE CORRECTO [5]

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria.

La prevención y el control de infecciones suponen un desafío en la mayoría de los entornos sanitarios y los índices en aumento de infecciones asociadas con la atención sanitaria representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Las infecciones comunes a todos los entornos de atención sanitaria incluyen infecciones de las vías urinarias asociadas con el uso de catéteres, infecciones sanguíneas y neumonía (a menudo asociadas con la respiración asistida).

Para erradicar estas y otras infecciones es fundamental una adecuada higiene de manos. Se pueden obtener guías aceptadas a nivel internacional para la higiene de manos en la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos y en varias otras organizaciones nacionales e internacionales [5].

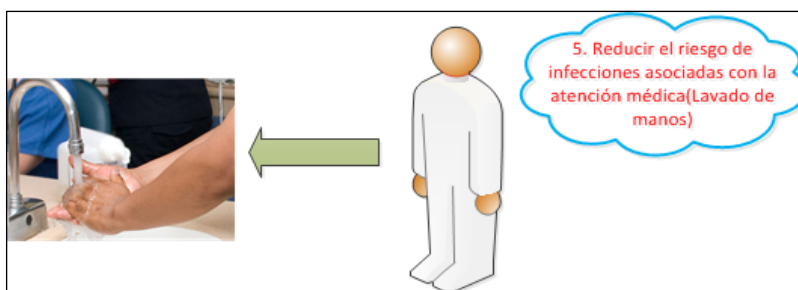


FIGURA 2.7 REDUCCIÓN DE RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA [5]

6. Reducir el riesgo de daño al paciente causado por caídas.

Las caídas constituyen una parte importante de las lesiones sufridas por pacientes ingresados. En el contexto de la población atendida, los servicios prestados y sus instalaciones, la organización debe evaluar el riesgo que corren sus pacientes de caerse y debe tomar medidas para reducir el riesgo de caídas y de lesiones en caso de ocurrir una caída. La evaluación podría incluir los antecedentes de caídas, una revisión del consumo de alcohol y medicamentos, una evaluación de movilidad y equilibrio y las ayudas para caminar empleadas por el paciente [5].

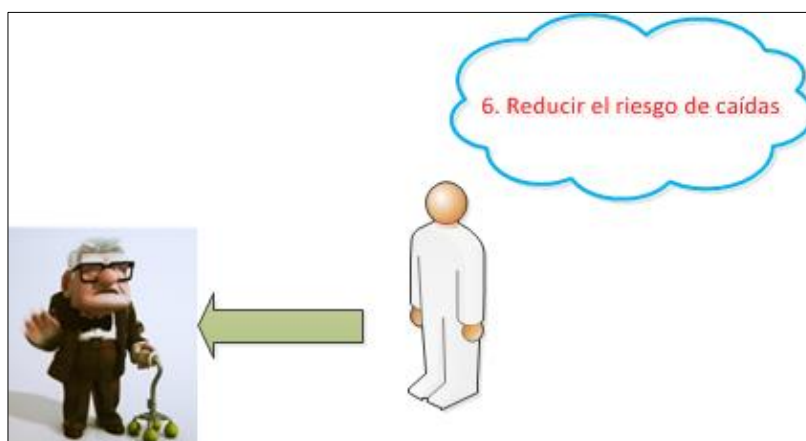


FIGURA 2.8 REDUCCIÓN RIESGO DE CAÍDAS [5]

CAPÍTULO 3

3. DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.

3.1. Descripción general de la Empresa

La Empresa donde se pretende implementar el proyecto de graduación, es una empresa que oferta servicios de medicina pre-pagada a los pacientes, cuyos servicios los oferta mediante Centro Médicos Ambulatorios distribuidos en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca, y. cuenta con alrededor de 900 empleados, a nivel nacional, cuya visión es ser reconocidos como la mejor red de prestación de servicios de salud , y misión es ser un equipo con vocación, que enamora a los usuarios brindando servicios de salud, de acuerdo a sus necesidades, con atributos de calidad, seguridad, eficiencia e innovación [2].

La oferta de servicios abarca múltiples especialidades en distintos Centros Médicos Ambulatorios y los pacientes son atendidos por profesionales de diversas especialidades.

Los primeros Centros Médicos Ambulatorios en abrirse fueron en la ciudad Quito, expandiéndose poco a poco localmente y aperturando mas centros en la ciudad de Guayaquil y en Cuenca respectivamente [2].

Los Centros Médicos Ambulatorios cuentan con especialidades de:

- Medicina Interna.
- Medicina General.
- Cirugía General.
- Cirugía Oncológica
- Cirugía Pediátrica
- Atenciones Prioritarias.
- Ginecología.
- Urología.
- Dermatología.
- Cardiología.
- Gastroenterología.
- Traumatología.
- Fisiatría
- Terapia de Rehabilitación Física
- Terapia Respiratoria

- Terapia de Lenguaje
- Otorrinolaringología.
- Oftalmología.
- Endocrinología.
- Geriatria
- Neumología.
- Urología Pediátrica.
- Optometría.
- Medicina Familiar.
- Cirugía Vascolar.
- Pediatría
- Neonatología
- Nutrición

También pueden recibir atención especializada en Odontología e Imágenes diagnósticas.

En cuanto al Laboratorio Clínico de los Centros Médicos Ambulatorios

Disponen de equipos con la mejor tecnología para realizar exámenes en distintas ramas y especialidades médicas a precios competitivos.

Los Laboratorios están ubicados en las ciudades de Quito, Guayaquil y Cuenca.

Los análisis son realizados garantizando seguridad en los resultados ya que los procesos están en manos de expertos profesionales que cuentan con equipos de última generación [2].

Exámenes que realizan en los Laboratorios Clínicos de los Centros

Médicos Ambulatorios:

- Hematología
- Química sanguínea
- Inmunología
- Enzimático
- Hormonales
- Marcadores oncológicos
- Electrolitos
- Serológicos
- Urológicos
- Coprológicos
- Microbiológicos
- Patología

Para ciertos procedimientos de apoyo diagnóstico tales como: pruebas especiales de laboratorio (incluye transporte) e imágenes diagnósticas, y la empresa donde se pretende implementar el presente proyecto contrata los servicios de prestadores externos [2].

3.2. Determinación y Análisis de los problemas críticos

Hoy en día los pacientes son exigentes (según los casos presentados en los diarios informativos del Ecuador que se asemejan a la realidad de los Centros Médicos Ambulatorios) en la pronta mejoría del estado de salud con los servicios de medicina prepagada que se ofertan en las entidades de salud en el Ecuador, debido a las constantes enfermedades que se han presentado por el cambio climático.

Las constantes quejas de los pacientes no varían, por lo general la mayoría es por la misma causa, dicha causa ocasionada por negligencia médica y del personal administrativo que son el primer punto de contacto con el paciente.

Para analizar los problemas críticos se procede a recorrer los procesos de cara al paciente y de cara al personal que está en contacto presencial con el paciente. Dichos procesos serán los misionales, los mismos que le compete al Área operacional, es decir los procesos que se llevan a cabo en los Centros Médicos Ambulatorios a nivel nacional

De acuerdo al mapa de proceso de la empresa que se muestra en la figura 1.2 -Mapa de Procesos de la Empresa.

Luego se analizará cada una de las actividades de los procesos, los mismos que serán ajustados acorde a la información obtenida mediante entrevistas que se realizan al personal involucrado en el proceso, y se realizarán los ajustes pertinentes a los procesos, por la cual se define qué actividades son necesarias en el proceso, si las mismas podrían derivarse a otros procesos concentrándose si éstas agregan o no valor al proceso en análisis, integrando las 3 dimensiones de la Triple Meta, con las Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente.

CAPÍTULO 4

4. IMPLEMENTACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON ENFOQUE DE TRIPLE META

4.1. Elaboración del Plan de Implementación del Enfoque Triple Meta

Después de haber definido el enfoque a utilizar con las respectivas herramientas de cara al paciente y al personal que es el punto de contacto con el paciente, se procede a elaborar el plan de implementación del enfoque Triple Meta, dicho plan se lo realiza con todas los líderes de los Centros Médicos Ambulatorios a nivel nacional y se realiza el comunicado del proyecto a cada gerencia para que consideren las necesidades que se presenten para cada Centro Médico Ambulatorio en el transcurso de la implementación del mismo.

A continuación se detalla el Plan de Implementación del proyecto

Despliegue Libro Triple Meta y Seguridad del Paciente

Después de establecer el cronograma de la Implementación del enfoque de Triple Meta se procede desplegar cada ítem al personal clave de la empresa, se lo realiza mediante capacitaciones interna organizadas por los departamentos de Calidad y Recursos Humano a nivel nacional. Las personas que dictan las capacitaciones son pertenecientes al área de Calidad puesto que son quienes manejan un nivel avanzado en lo que corresponde a las metodologías a implementar.

Finalizando la capacitación se realiza el envío del resumen del curso y los libros de forma digital vía correo electrónico como constancia de la existencia de la respectiva homologación de contenidos a ser aplicados en distintas áreas de la organización.

A continuación se adjunta listado de capacitaciones con horas de duración:

TABLA 2
CAPACITACIONES IMPLEMENTACIÓN PROYECTO [2]

CAPACITACIONES IMPLEMENTACIÓN PROYECTO		
CAPACITACIONES	HORAS IMPARTIDAS GUAYAQUIL	HORAS IMPARTIDAS QUITO
HERRAMIENTAS DE AUDITORÍA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (DIRIGIDO A GERENTES, SUBGERENTES, JEFES, COORDINADORES Y LÍDERES OPERACIONALES DE ÁREAS)	50	50
SESIONES DE TRABAJO TRIPLE META	70	70
HERRAMIENTAS DE AUDITORÍA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (DIRIGIDO ÁREAS DE APOYO)	24	24
MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA	8	8
ALERTAS Y BARRERAS DE SEGURIDAD PARA LAS TRES FASES DE LABORATORIO CLÍNICO	8	8
TOTAL	160	160

Creación y Despliegue de Indicadores

A medida que se despliegan el enfoque de Triple Meta al interior de cada área de la empresa, se procede a crear indicadores mediante sesiones con asistencia obligatorias de las Gerencias Regionales de los Centros Médicos Ambulatorios con sus respectivos líderes para poder evaluar y monitorizar los procesos y así comparar los resultados obtenidos frente a los propuestos y con ello establecer acciones de mejoras para alcanzar los objetivos planteados.

Después de definir las métricas, éstas son validadas en el Comité Gerencial por el Gerente General en conjunto con las Gerencias Regionales y nacionales que participaron en las sesiones, los mismos que son registrados en la Ficha de Indicador donde se detallan las metas, y fuentes primarias del indicador (Ver Apéndice)

A continuación se presentan los indicadores establecidos a medir distribuidos por cada dimensión del enfoque de Triple Meta.

TABLA 3
INDICADORES DE LA EMPRESA [2]

Niveles	Resultados de la Salud	Eficiencia	Experiencia del Usuario
Gerencias/Subgerencias	Morbilidad (Causas en la consulta)	Gestión de quejas técnicas y de servicio	IPN: Enamoramiento del cliente externo
	Reporte de Fallas(incidentes) y/o Eventos Adversos	Cumplimiento Plan Triple Meta	
Jefaturas Centro Ambulatorio	Cumplimiento de condiciones mínimas	Oportunidad en la Asignación de citas (medicina general y especialidades)	
Coordinación Centro Ambulatorio	Calidad del Registro de la Historia Clínica	Porcentaje de la puntualidad en la consulta	
	Cumplimiento de rondas de seguridad		
	Cumplimiento de sesiones breves		
Jefatura Laboratorio Clínico	Porcentaje de reprocesamiento de pruebas	Porcentaje de muestras rechazadas	
	Cumplimiento de rondas de seguridad	Porcentaje de áreas que ingresan a controles de calidad	
	Cumplimiento de sesiones breves		

e

Diseño del Sistema de Reporte de Fallas (incidentes) y Eventos Adversos

Para obtener una cultura de seguridad hacia el paciente, es vital el diseño de un sistema que reporte las fallas (incidentes) y Eventos

Adversos para analizar las causas de que originaron las mismas por parte del personal asistencial médicos.

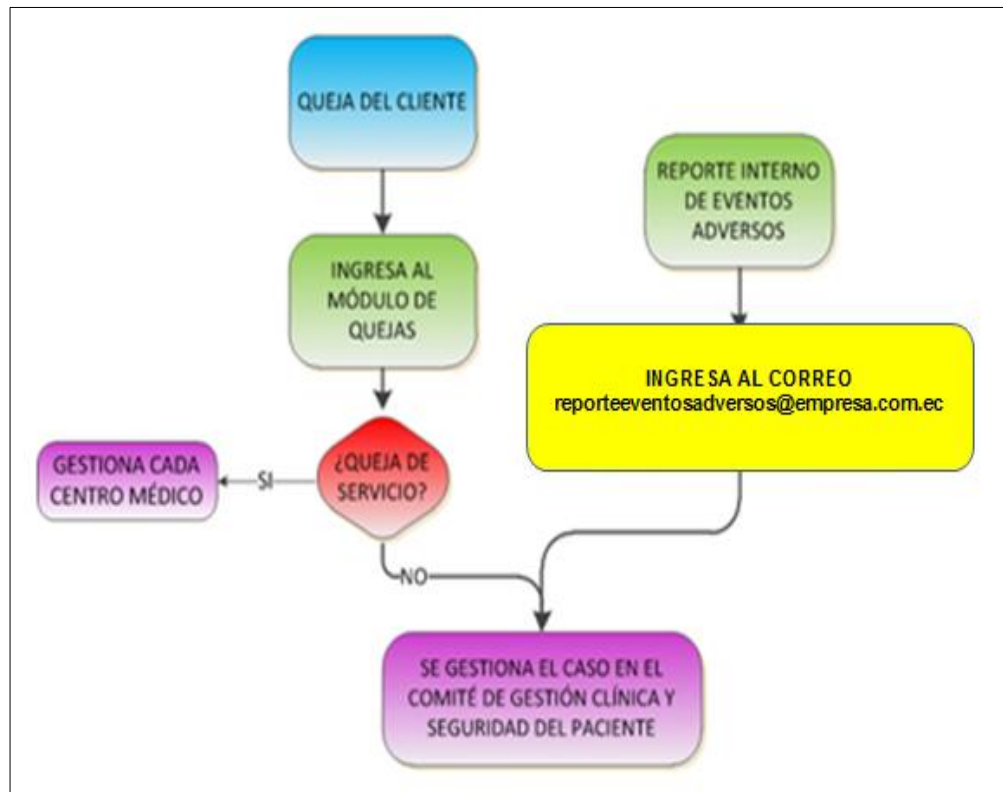


FIGURA 4.1 SISTEMA DE REPORTE DE FALLAS (INCIDENTES) Y/O EVENTOS ADVERSOS [2]

Creación, validación y despliegue campañas de Seguridad del Paciente.

Para la creación, validación y despliegue de las campañas de las Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente, se estableció una serie de pasos a cumplir mencionado a continuación:

- Documentar políticas de cada uno de los Objetivos Internacionales de la Seguridad del Paciente [2].
- Validar a nivel nacional con cada Jefatura de los Centros Ambulatorios [2].
- Establecer cronograma y metodología de implementación de las Campañas de los Objetivos Internacionales de la Seguridad del Paciente [2].
- Implementar los Objetivos Internacionales de la Seguridad del Paciente con asesoramiento de los líderes de la Seguridad del Paciente a nivel nacional [2].
- Evaluar (constantemente) cumplimiento a la Implementación de las Metas Internacionales de la Seguridad del Paciente [2].
- Retroalimentar los resultados, solicitando plan de acción de mejora frente a los resultados de la evaluación, y dar seguimiento al cumplimiento de los planes de acción [2].

CAPÍTULO 5

5. RESULTADOS ESPERADOS.

5.1 Medición y evaluación de mejoras.

Para la medición de los indicadores y evaluación de las mejoras de los mismos, se basó en analizar 4 indicadores, los principales que permiten descifrar si cada Centro Médico Ambulatorio es capaz de lograr: mejorar la experiencia del usuario, mejorar los resultados de la población y reducir el costo per-cápita de la población. Estos se mencionan a continuación:

- Reporte de Eventos Adversos.
- Cumplimiento de Rondas de Seguridad.
- IPN: Enamoramiento del cliente externo(paciente)
- Gestión de Quejas Técnicas y de Servicio.

Este capítulo menciona los resultados obtenidos con las causas producidas en dicho resultado, que ayudaran al personal de cada Centro Médico Ambulatorio en concentrarse en las áreas donde habrá q trabajar arduamente para alcanzar el objetivo que es: crear una cultura de seguridad del paciente que permitirá mejorar la calidad de los servicios de salud a nivel nacional, elevando el enamoramiento y la fidelización de los pacientes a los Centros Médicos a fin de ganar posicionamiento en el mercado.

5.1.1 Medición y Evaluación de Mejoras del Centro de Salud

Ambulatoria

A continuación se analizan los resultados obtenidos de los indicadores mencionados anteriormente.

Reporte de Fallas (incidentes) y/o Eventos Adversos

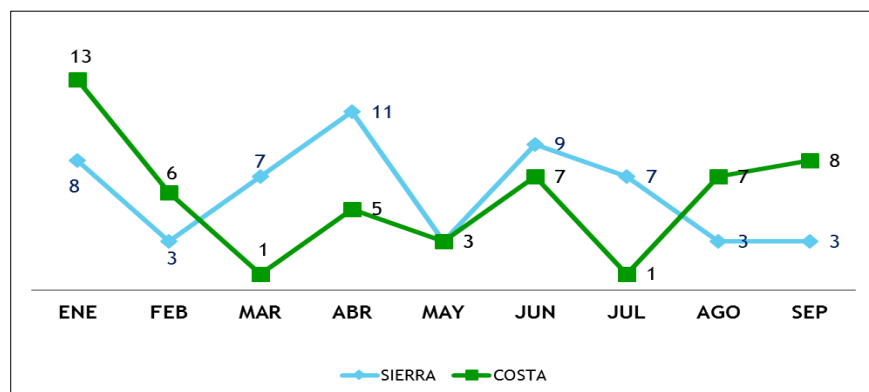


FIGURA 5.1 - REPORTE DE FALLAS Y/O EVENTOS ADVERSOS

[2]

Mediante un canal de comunicación (correo electrónico) se receipta la identificación del caso que se sospecha que implica una falla o evento adverso por parte del personal interno de cada uno de los Centros Médicos Ambulatorios a nivel nacional y se los clasifica por región.

Es una mina de oro tener gran cantidad de casos reportados, así se fomenta que el personal interno se sienta involucrado en la seguridad de la atención al paciente.

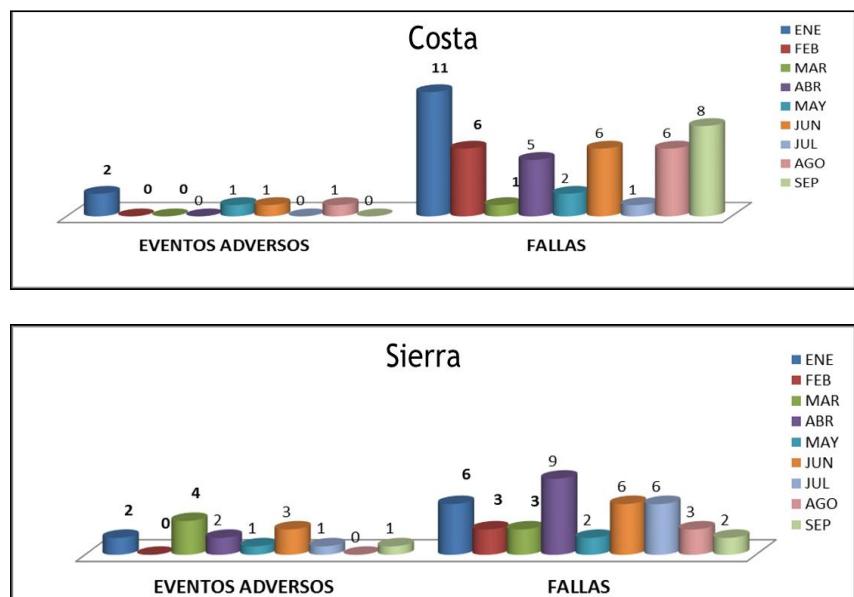


FIGURA 5.2 - CLASIFICACIÓN DE CASOS REPORTADOS [2].

Los líderes de la Seguridad del Paciente pertenecen al Dpto. de Calidad, los mismos son responsables en conjunto con los líderes de cada Centro Médico Ambulatorio de clasificar los casos en fallas o

eventos adversos, gestionarlos en un tiempo acordado con el cliente/paciente, y luego retroalimentar el caso en todos los Centros Médicos Ambulatorios a nivel nacional para evitar la reincidencia del mismo.

Cumplimiento de Rondas de Seguridad

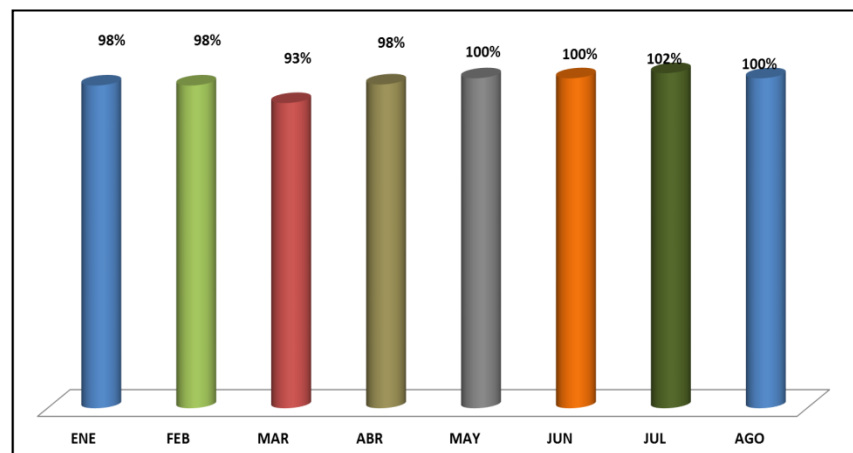


FIGURA 5.3 – CUMPLIMIENTO DE RONDAS DE SEGURIDAD

[2].

Se mide de forma mensual el cumplimiento de las Rondas de Seguridad cuyo objetivo es crear un espacio de comunicación y de transformación cultural en la empresa mediante la discusión permanente y sistémica de temas de seguridad, con lo que se espera la adopción y aplicación de patrones de comportamiento que

garanticen la creación de un entorno seguro para el paciente y su familia.

IPN: Índice Promotor Neto

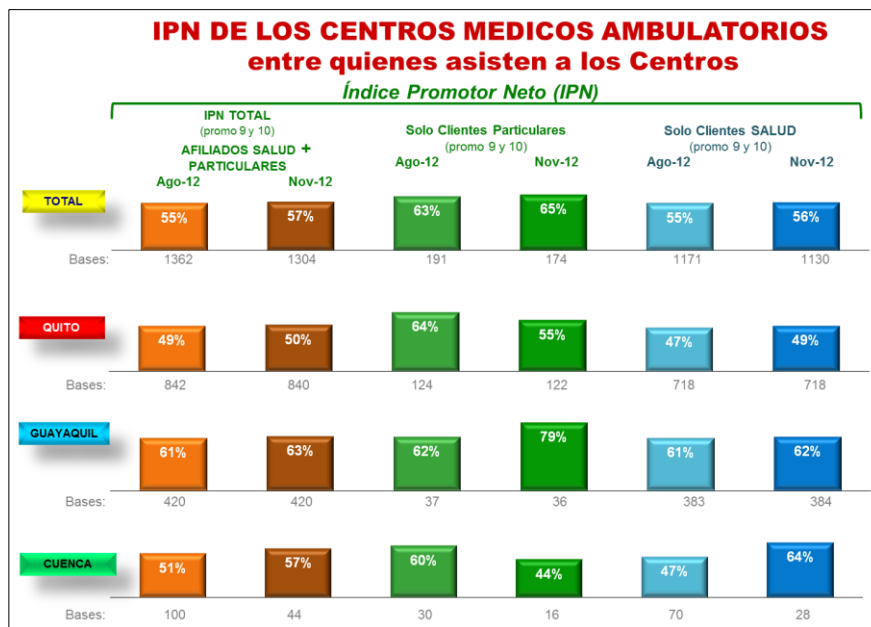


FIGURA 5.4 - ÍNDICE PROMOTOR NETO 2012 [2]

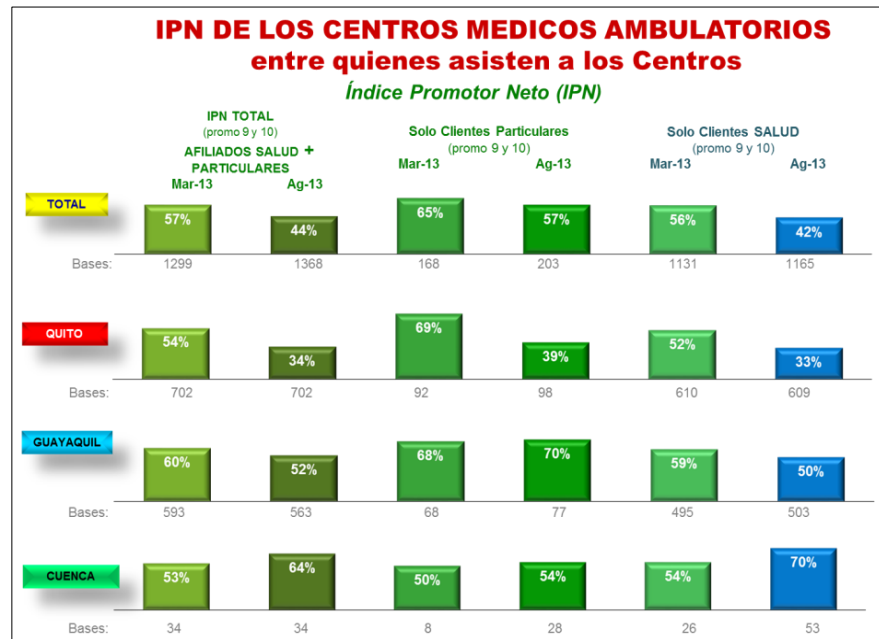


FIGURA 5.5 - ÍNDICE PROMOTOR NETO 2013 [2].

Mediante una empresa consultora que evalúa la satisfacción/enamoramiento del cliente(paciente) externo, se obtienen resultados poco alentadores (según figura 5.4 y figura 5.5) referente a las metas propuesta por la empresa, en base a ello se crean planes de acciones correctivas y preventivas para lograr el crecimiento de enamoramiento al cliente externo, donde se incluyen la mejora de actitud del personal que está en contacto con el paciente, optimizar los tiempos en el proceso, mejorando la calidad en la entrega de los resultados. No obstante al implementar proyectos con fines de mejorar los servicio de salud que ofertan los Centros Médicos Ambulatorios,

posiblemente exista un descuido en no cumplir de forma correcta las necesidades del cliente, pero solo se da en un corto plazo por motivos de implementación del mismo que en el camino se puede mejorar y así obtener los resultados deseados.

Gestión de Quejas Técnicas y de Servicios

El área de Servicio al Cliente es la responsable de monitorizar el cumplimiento de la gestión de las Quejas técnicas (Fallas y/o Eventos Adversos) y cumplimiento de la gestión de las Quejas de servicio, incluyendo el seguimiento en dar respuesta al cliente.

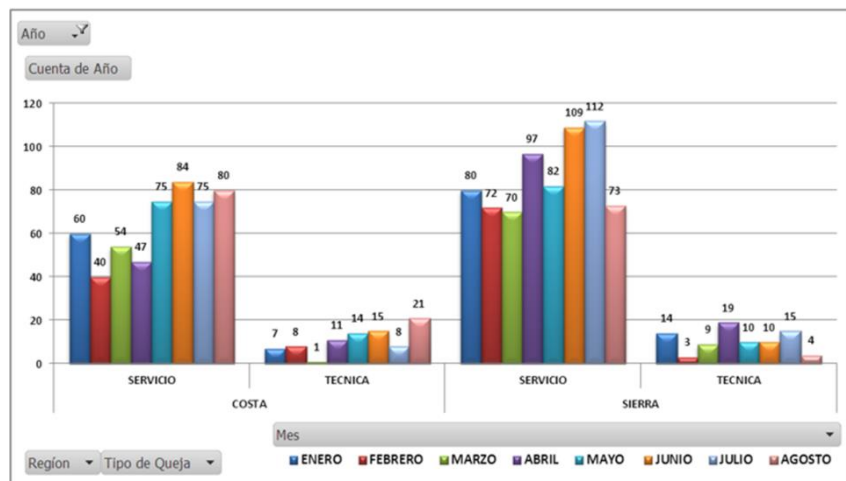


FIGURA 5.6 - CONSOLIDADO QUEJAS TÉCNICAS Y DE SERVICIO

[2]

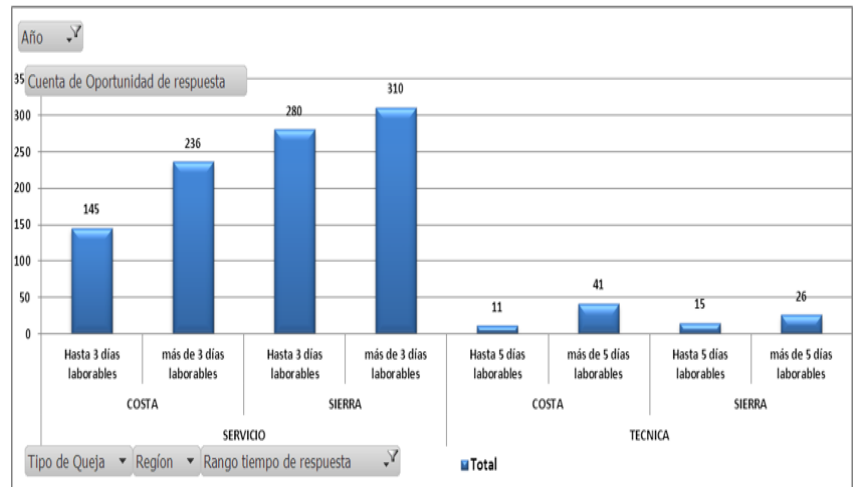


FIGURA 5.7 -TIEMPO DE RESPUESTA DE QUEJAS TÉCNICAS Y DE SERVICIO [2].

Es importante resaltar el tiempo de gestión (según indica la figura 5.7) que se demoró en la queja presentada, para tratar de disminuir el tiempo de gestión y respuesta al cliente.

De igual forma se categorizan las causas de las quejas de servicio (figura 5.8 y figura 5.9), para verificar cual es la falla común en el servicio brindado al cliente, y así evitar las reincidencias de las mismas causas, con ello se podrá disminuir las insatisfacción de los clientes.

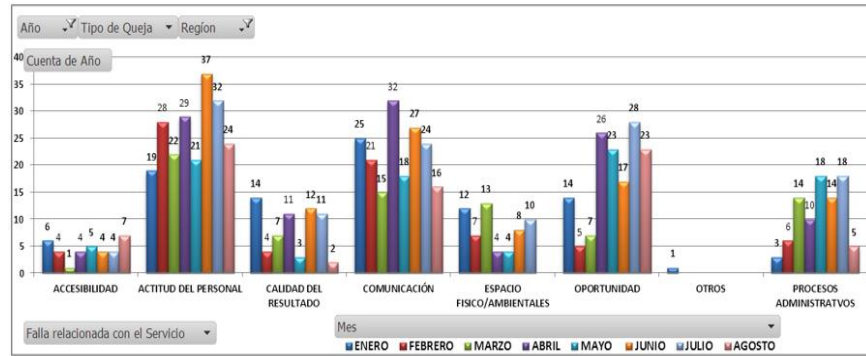


FIGURA 5.8 - CAUSAS QUEJAS DE SERVICIO REGIÓN SIERRA [2].

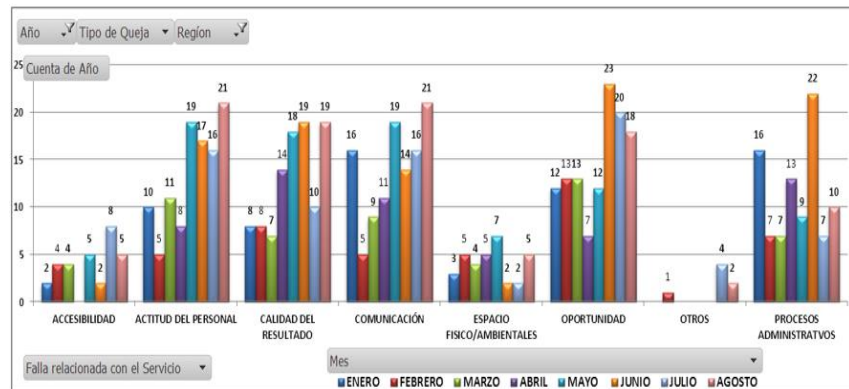


FIGURA 5.9 - CAUSAS QUEJAS DE SERVICIO REGIÓN COSTA [2].

5.2 Análisis Costo-Beneficio

En este punto se realiza el desglose de manera general de las herramientas que se necesita para lograr que se dé la mejor manera la Implementación de una Cultura de Seguridad del Paciente con Enfoque de Triple Meta.

5.2.1 Análisis Costo-Beneficio del Centro de Salud Ambulatoria.

Para lograr los resultados deseados como se indicó anteriormente se recurre a la necesidad de adquirir herramientas e insumos que generan gastos, y a su vez implican una inversión de forma externa e interna para la empresa, sin ellas no se puede lograr el objetivo del proyecto, para cumplir las tres dimensiones del enfoque de Triple Meta, a continuación se detallan los costos que incurren a la empresas a nivel nacional.

TABLA 4

PRESUPUESTO DEL PROYECTO [2]

GASTO TRIPLE META	CENTRO DE COSTO	TOTAL
CAPACITACIONES		\$44.800
HERRAMIENTAS DE AUDITORÍA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (DIRIGIDO A GERENTES, SUBGERENTES, JEFES, COORDINADORES Y LÍDERES OPERACIONALES DE ÁREAS)	NACIONAL	\$2.640
SESIONES DE TRABAJO TRIPLE META	CENTRO MÉDICO	\$3.960
HERRAMIENTAS DE AUDITORÍA Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (DIRIGIDO ÁREAS DE APOYO)	NACIONAL	\$1.320
MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA	CENTRO MÉDICO	\$440
ALERTAS Y BARRERAS DE SEGURIDAD PARA LABORATORIO CLÍNICO	CENTRO MÉDICO	\$440
ASESORIA IMPLEMENTACIÓN TRIPLE META	NACIONAL	\$36.000
PASANTIAS		\$8.000
PASANTIAS CENTROS QUE IMPLEMENTAN CSP CON TM	EQUIPO DE CALIDAD	\$8.000
GASTOS VARIOS		\$36.000
CAMPAÑAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	NACIONAL	\$36.000
TOTAL GASTO		\$132.800

Para ello existen 2 opciones, en la cual permite elegir la opción indicada para la ejecución del proyecto, mediante la herramienta financiera CAUE (Costo Anual Uniforme Equivalente).

Primera Opción:

Se requieren de 70 médicos de los Centros Médicos Ambulatorios a nivel nacional y 6 colaboradores de las áreas administrativas, por lo cual se desglosan el salario anual con su respectiva tasa de incremento salarial anual de cada uno de ellos (15%):

- Personal Médico = \$3000
- Personal Administrativo = \$2000

A su vez se tiene el costo de mantenimiento de aproximadamente \$50000 según los costos que puede ofrecer el proveedor, la misma que se incrementara anualmente según la inflación que posiblemente es un 5%.

Segunda Opción:

Por motivos de decremento de nómina, la empresa ahora requiere de 40 médicos de los Centros Médicos Ambulatorios a nivel nacional y 3 colaboradores de las áreas administrativas, y decide aumentar el

salario con la finalidad de disminuir costos de mano de obra que sobresale en la primera opción, por lo cual se desglosan el salario anual con su respectiva tasa de incremento salarial anual de cada uno de ellos (15%):

- Personal Médico = \$5000
- Personal Administrativo = \$4000

A su vez se mantiene el mismo costo de mantenimiento mencionado en la primera opción, debido a que el proveedor cumple los requisitos de calidad que requiere la empresa, estableciéndose la misma tasa de inflación anual del 5%.

Nota:

Se toma en cuenta el costo de la consulta que se le genera a los pacientes, tanto para particulares (\$36,00) como para los que están afiliados a aseguradoras que posean convenio con la empresa (\$9,00 - \$12,00 - \$15,00), indicando la cantidad de consultas en una jornada laboral que posiblemente el médico logre brindar a los pacientes, puesto que cada consulta tiene un tiempo aproximado de duración de 20 min por paciente y cada profesional de la Salud trabaja aproximadamente 5 horas diarias.

TABLA 5
ANÁLISIS CAUE PRIMERA OPCIÓN

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.664.000,00	3.063.600,00	3.523.140,00	4.051.611,00	4.659.352,65
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Flujo Neto	132.800,00	2.714.000,00	3.116.100,00	3.578.265,00	4.109.492,25	4.720.127,96

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{t=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

$$CAUE = \left[\frac{(1+i)^n * i}{(1+i)^n - 1} \right] * VAN$$

VAN= -10507909,09

CAUE= -3513631,525

TABLA 6**PRIMERA OPCIÓN****VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 1**

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.664.000,00	3.063.600,00	3.523.140,00	4.051.611,00	4.659.352,65
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		9.072.000,00	9.525.600,00	9.979.200,00	10.432.800,00	10.886.400,00
Flujo Neto	132.800,00	6.358.001,00	6.409.502,00	6.400.938,00	6.323.311,75	6.166.277,04

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{T=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN₁₁: 18.848.348,80

TABLA 7

PRIMERA OPCIÓN

VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 2

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.664.000,00	3.063.600,00	3.523.140,00	4.051.611,00	4.659.352,65
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		3.024.000,00	3.175.200,00	3.326.400,00	3.477.600,00	3.628.800,00
Flujo Neto	132.800,00	310.001,00	59.102,00	251.862,00	631.888,25	1.091.322,96

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{T=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN₁₂: 722.484,53

TABLA 8

PRIMERA OPCIÓN

VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 3

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.664.000,00	3.063.600,00	3.523.140,00	4.051.611,00	4.659.352,65
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		3.024.000,00	9.525.600,00	3.326.400,00	10.432.800,00	3.628.800,00
Flujo Neto	132.800,00	310.001,00	6.409.502,00	251.862,00	6.323.311,75	1.091.322,96

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{T=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN₁₃: 7.041.682,14

TABLA 9

PRIMERA OPCIÓN

VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 4

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.664.000,00	3.063.600,00	3.523.140,00	4.051.611,00	4.659.352,65
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		9.072.000,00	3.175.200,00	9.979.200,00	3.477.600,00	10.886.400,00
Flujo Neto	132.800,00	6.358.001,00	59.102,00	6.400.938,00	631.888,25	6.166.277,04

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{T=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN₁₄: 11.084.182,14

TABLA 10

PRIMERA OPCIÓN

VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 5

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.664.000,00	3.063.600,00	3.523.140,00	4.051.611,00	4.659.352,65
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		6.048.000,00	6.350.400,00	6.652.800,00	6.955.200,00	7.257.600,00
Flujo Neto	132.800,00	3.334.001,00	3.234.302,00	3.074.538,00	2.845.711,75	2.537.477,04

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{T=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN₁₅: 9.062.932,14

TABLA 11
ANALISIS CAUE SEGUNDA OPCIÓN

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.544.000,00	2.925.600,00	3.364.440,00	3.869.106,00	4.449.471,90
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Flujo Neto	132.800,00	2.594.000,00	2.978.100,00	3.419.565,00	3.926.987,25	4.510.247,21

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{T=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

$$CAUE = \left[\frac{(1+i)^n * i}{(1+i)^n - 1} \right] * VAN$$

VAN= -10047875,52

CAUE= -3359805,634

TABLA 12

SEGUNDA OPCIÓN

VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 1

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.544.000,00	2.925.600,00	3.364.440,00	3.869.106,00	4.449.471,90
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		5.184.000,00	5.443.200,00	5.702.400,00	5.961.600,00	6.220.800,00
Flujo Neto	132.800,00	2.590.001,00	2.465.102,00	2.282.838,00	2.034.616,75	1.710.557,79

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{t=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN₂₁: 6.727.132,38

TABLA 13

SEGUNDA OPCIÓN

VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 2

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.544.000,00	2.925.600,00	3.364.440,00	3.869.106,00	4.449.471,90
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		1.728.000,00	1.814.400,00	1.900.800,00	1.987.200,00	2.073.600,00
Flujo Neto	132.800,00	865.999,00	1.163.698,00	1.518.762,00	1.939.783,25	2.436.642,21

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{T=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN₂₂: 4.456.200,95

TABLA 14

SEGUNDA OPCIÓN

VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 3

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.544.000,00	2.925.600,00	3.364.440,00	3.869.106,00	4.449.471,90
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		1.728.000,00	5.443.200,00	1.900.800,00	5.961.600,00	2.073.600,00
Flujo Neto	132.800,00	865.999,00	2.465.102,00	1.518.762,00	2.034.616,75	2.436.642,21

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{t=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN₂₃: 19.534,29

TABLA 15

SEGUNDA OPCIÓN

VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 4

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.544.000,00	2.925.600,00	3.364.440,00	3.869.106,00	4.449.471,90
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		5.184.000,00	1.814.400,00	5.702.400,00	1.987.200,00	6.220.800,00
Flujo Neto	132.800,00	2.590.001,00	1.163.698,00	2.282.838,00	1.939.783,25	1.710.557,79

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{T=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN₂₄: 2.290.465,71

TABLA 16

SEGUNDA OPCIÓN

VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 5

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.544.000,00	2.925.600,00	3.364.440,00	3.869.106,00	4.449.471,90
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		3.456.000,00	3.628.800,00	3.801.600,00	3.974.400,00	4.147.200,00
Flujo Neto	132.800,00	862.001,00	650.702,00	382.038,00	47.416,75	363.042,21

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{T=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN₂₅: 1.135.465,71

Después de realizar operaciones numéricas con la finalidad de encontrar la opción factible que nos genere rentabilidad en el proyecto, se procedió a elaborar el análisis de Costo Anual Uniforme Equivalente para cada opción, por la cual nos damos cuenta que la Segunda Opción nos genera menos costo, posiblemente elegiríamos dicha opción, pero si bien es cierto existen varios escenarios para cada opción que se basan en los ingresos económicos que posiblemente genere el proyecto.

Para la Primera Opción nos genera más gastos que la Segunda Opción pero si analizamos cada escenario de la Primera Opción, nos damos cuenta que cada uno de los Valores Actuales Netos a recibir en su mayoría generan ganancias, a excepción del VAN_{12} debido a que fue calculado con el promedio del descuento que perciben los pacientes afiliados a aseguradoras de salud, en cambio el VAN_{11} sólo está incluido el costo de la consulta para pacientes particulares, es decir pacientes que no son afiliados a una aseguradora, el VAN_{13} y VAN_{14} son combinaciones de costos de consulta para afiliados y particulares turnándose cada año (pasando un año se toma en cuenta el costo de la consulta para pacientes particulares o afiliados) y el VAN_{15} se incluye el promedio del costo de la consulta de aproximadamente \$24 dólares (entre costo promedio de consulta para

afiliados \$12 dólares y el costo de la consulta para pacientes particulares \$36 dólares).

Por otro lado si bien es cierto la Segunda Opción nos genera menos gastos, pero tenemos únicamente 3 escenarios que nos generan rentabilidad y 2 escenarios que nos generan pérdidas por la cual VAN₂₂ y VAN₂₃ se descartan para elegir la Segunda Opción, se tiene el VAN₂₁ que solo incluye el costo de la consulta para pacientes particulares, el VAN₂₄ posee combinación de costos cada año similar al VAN₂₃ a diferencia que se incluye en 3 años el costo de la consulta para pacientes particulares, finalmente el VAN₂₅ posee el costo promedio del costo de la consulta para pacientes afiliados y particulares, pero comparando con el VAN₁₅, el VAN₂₅ genera menos rentabilidad.

A todo esto se enfatiza que en la Primera Opción utilizamos más personal médico y administrativo que nos ayudarán a desplegar la implementación de forma correcta, comparando con la Segunda Opción, el personal médico y administrativo a pesar que perciben mayor remuneración que en la Primera Opción posiblemente se desgasten por abarcar más actividades a realizar para lograr la correcta implementación del proyecto, posiblemente la disminución del

personal médico en la Segunda Opción se haya dado por la ley del código penal (COIP), por lo tanto se decide que la mejor opción a elegir es la **Primera Opción**, con la inclusión de los costos de consultas en promedio para los pacientes afiliados y particulares.

La empresa decide incrementar los precios de las consultas, según lo que posiblemente se acuerde en el convenio con las aseguradoras, a su vez incrementa \$10 dólares a las consultas para los pacientes particulares, debido a que han mejorado la calidad en el servicio de salud que se oferta a los pacientes.

TABLA 17
PRIMERA OPCIÓN-FUTURO
VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 1

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.664.000,00	3.063.600,00	3.523.140,00	4.051.611,00	4.659.352,65
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		11.592.000,00	12.171.600,00	12.751.200,00	13.330.800,00	11.390.400,00
Flujo Neto	132.800,00	8.878.001,00	9.055.502,00	9.172.938,00	9.221.311,75	6.670.277,04

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{t=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN: 25.990.131,21

TABLA 18
PRIMERA OPCIÓN-FUTURO
VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 2

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.664.000,00	3.063.600,00	3.523.140,00	4.051.611,00	4.659.352,65
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		4.284.000,00	4.498.200,00	4.712.400,00	4.926.600,00	5.140.800,00
Flujo Neto	132.800,00	1.570.001,00	1.382.102,00	1.134.138,00	817.111,75	420.677,04

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{t=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN: 3.354.772,41

TABLA 19
PRIMERA OPCIÓN-FUTURO
VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 3

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.664.000,00	3.063.600,00	3.523.140,00	4.051.611,00	4.659.352,65
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		4.284.000,00	12.171.600,00	4.712.400,00	13.330.800,00	5.140.800,00
Flujo Neto	132.800,00	1.570.001,00	9.055.502,00	1.134.138,00	9.221.311,75	420.677,04

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{t=0}^n \frac{VF_t}{(1+i)^t}$$

VAN: 12.736.473,80

TABLA 20
PRIMERA OPCIÓN-FUTURO
VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 4

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.664.000,00	3.063.600,00	3.523.140,00	4.051.611,00	4.659.352,65
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		11.592.000,00	4.498.200,00	12.751.200,00	4.926.600,00	13.910.400,00
Flujo Neto	132.800,00	8.878.001,00	1.382.102,00	9.172.938,00	817.111,75	9.190.277,04

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{t=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN: 17.621.161,30

TABLA 21
PRIMERA OPCIÓN-FUTURO
VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 5

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.664.000,00	3.063.600,00	3.523.140,00	4.051.611,00	4.659.352,65
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		7.938.000,00	8.334.900,00	8.731.800,00	9.128.700,00	9.525.600,00
Flujo Neto	132.800,00	5.224.001,00	5.218.802,00	5.153.538,00	5.019.211,75	4.805.477,04

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{t=0}^n \frac{VF_t}{(1+i)^t}$$

VAN: 15.178.817,55

TABLA 22
SEGUNDA OPCIÓN-FUTURO
VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 1

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.544.000,00	2.925.600,00	3.364.440,00	3.869.106,00	4.449.471,90
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		6.624.000,00	6.955.200,00	7.286.400,00	7.617.600,00	7.948.800,00
Flujo Neto	132.800,00	4.030.001,00	3.977.102,00	3.866.838,00	3.690.616,75	3.438.557,79

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{T=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN=11.386.854,60

TABLA 23
SEGUNDA OPCIÓN
VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 2

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.544.000,00	2.925.600,00	3.364.440,00	3.869.106,00	4.449.471,90
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		2.448.000,00	2.570.400,00	2.692.800,00	2.815.200,00	2.937.600,00
Flujo Neto	132.800,00	145.999,00	407.698,00	726.762,00	1.111.783,25	1.572.642,21

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{t=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN= 2.126.339,84

TABLA 24
SEGUNDA OPCIÓN
VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 3

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.544.000,00	2.925.600,00	3.364.440,00	3.869.106,00	4.449.471,90
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		2.448.000,00	6.955.200,00	2.692.800,00	7.617.600,00	2.937.600,00
Flujo Neto	132.800,00	145.999,00	3.977.102,00	726.762,00	3.690.616,75	1.572.642,21

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{T=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN= 3.234.632,38

TABLA 25
SEGUNDA OPCIÓN-FUTURO
VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 4

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.544.000,00	2.925.600,00	3.364.440,00	3.869.106,00	4.449.471,90
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		6.624.000,00	2.570.400,00	7.286.400,00	2.815.200,00	7.948.800,00
Flujo Neto	132.800,00	4.030.001,00	407.698,00	3.866.838,00	1.111.783,25	3.438.557,79

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{T=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN= 6.025.882,38

TABLA 26
SEGUNDA OPCIÓN-FUTURO
VALOR ACTUAL NETO ESCENARIO 5

Año	0	1	2	3	4	5
Inversión Inicial	132.800,00					
Mano de Obra		2.544.000,00	2.925.600,00	3.364.440,00	3.869.106,00	4.449.471,90
Costo de Mantenimiento		50.000,00	52.500,00	55.125,00	57.881,25	60.775,31
Ingreso Económico		4.536.000,00	4.762.800,00	4.989.600,00	5.216.400,00	5.443.200,00
Flujo Neto	132.800,00	1.942.001,00	1.784.702,00	1.570.038,00	1.289.416,75	932.957,79

Donde se utilizan las siguientes formulas:

$$VAN = \sum_{T=0}^n \frac{VF_n}{(1+i)^n}$$

VAN= 4.630.257,38

Se realiza el mismo análisis que se elaboró anteriormente y se llega a la conclusión de que la primera opción es la mejor a tomar, puesto que genera mayor ingreso, y para la implementación, el personal clave del mismo no sufrirá el desgaste que ocurre en la Segunda Opción.

CAPÍTULO 6

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este capítulo se detallan las conclusiones y recomendaciones surgidas en base al desarrollo del presente proyecto de graduación con título: “Implementación de una Cultura de Seguridad del Paciente con enfoque de Triple Meta para una empresa que presta servicios de salud”

6.1 Conclusiones

Mediante el correcto desarrollo del proyecto se lograra:

- Incremento de satisfacción/enamoramiento y fidelización del cliente.
- Incremento demanda del cliente y de especialidades que ofertar.
- Posiblemente disminuya inconformidades de servicio por la misma causa, gracias a rediseño de los procesos misionales de cara al cliente/paciente.
- Aumenta reporte de eventos adversos identificados por el personal interno de cada Centro Medico Ambulatorio.

6.2 Recomendaciones

Después de finalizar exitosamente el proyecto se recomienda:

- Elegir en la empresa un grupo selecto del personal interno para que solo se encarguen en desplegar la información a implementar en cada Centro Médico Ambulatorio.
- Empoderar a los líderes de cada Centro Médico Ambulatorio en la implementación del proyecto.
- Capacitar constantemente en temas de seguridad en la atención al paciente, al personal clave de cada Centro Médico Ambulatorio, para que brinde asesoramiento en su propio centro a todo el personal.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

ASPECTOS GENERALES

Nombre	
Código	
Propósito	
Dominio	

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Numerador	
Denominador	
Unidad de medición	
Factor	
Fórmula de cálculo	

VARIABLES

	Numerador	Denominador
Origen de la información		
Fuente primaria		
Periodicidad de la información		
Responsable de la gestión del indicador		

ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	
Consideraciones para el análisis y gestión del indicador	
Umbral de desempeño NO aceptable	
Estándar meta	
Referentes del indicador (externo o interno)	

Bibliografía	
---------------------	--

USUARIOS

Según tipo de Usuarios a la cual le sirve la información del indicador	
---	--

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>
2. Archivos pertenecientes a la Empresa
3. <http://www.oes.org.co/temas/seguridaddelpaciente.php>
4. <http://www.oes.org.co/temas/modelo.php>
5. Joint Commission International, Manual de Estándares para la Acreditación de Centros de Atención Ambulatoria de la Joint Commission International, 2da Edición, 1 Enero 2010.
6. Maureen Bisognano, Charles Kenney con direccionamiento del Dr. Donald Berwick, Pursuing The Triple Aim. Innovators Show the Way to Better Care, Better Health, and Lower Costs, Mayo 2012.
7. Sergio Luengas Amaya (Asesor del Centro de Gestión Hospitalaria), Libro Seguridad del Paciente: Un modelo organizacional para el control sistemático de los riesgos en la atención en salud, 2009.