

**ANÁLISIS DE CAUSAS DE LA NO CALIDAD DEL SERVICIO DEL ÁREA  
QUIRÚRGICA DE LA CLÍNICA CARLOS ARDILA LULLE EN EL AÑO 2009**

**RUBY HELENA ACELA DIAZ  
DIANA MARIA ACERO SANCHEZ  
GEIDY DIANA GALLEGO MONTOYA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2010**

**ANÁLISIS DE CAUSAS DE LA NO CALIDAD DEL SERVICIO DEL ÁREA  
QUIRÚRGICA DE LA CLÍNICA CARLOS ARDILA LULLE EN EL AÑO 2009**

**RUBY HELENA ACELA DIAZ  
DIANA MARIA ACERO SANCHEZ  
GEIDY DIANA GALLEGO MONTOYA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
Especialista en Administración de Servicios de Salud**

**DIRECTORA  
DOCTORA NAYDU ACOSTA RAMIREZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2010**

## CONTENIDO

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>15</b>
<b>1. ANTECEDENTES</b>	<b>16</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>20</b>
<b>3. MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>22</b>
3.1 DIMENSIONES O PILARES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.	24
3.2 GESTIÓN DE LA CALIDAD.	27
3.3 PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PARA UN SERVICIO DE SALUD	29
3.4 ESTRATEGIAS QUE ACELERAN EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA CALIDAD	30
3.5 METODOLOGÍA DE GESTIÓN E INTERVENCIÓN PARA LA CALIDAD	32
3.6 LOS COSTOS DE LA NO CALIDAD	35
3.7 ANÁLISIS DE COSTOS	37
3.7.1 La calidad técnica	37
3.7.2 Costo total	39
3.7.3 Costo promedio	39
3.7.4 Costo marginal	39
3.7.5 El análisis del costo-efectividad	39
3.7.6 El método contable o directo	39
3.7.7 Costo variable o directos	39
3.7.8 Costos fijos o periódicos	40
3.7.9 Costos semivARIABLES	40
<b>4. MARCO LEGAL</b>	<b>41</b>
4.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD.	41
4.2 GESTIÓN INTEGRAL POR CALIDAD.	41

	<b>Pág.</b>
4.2.1 Sistema único de habilitación	42
4.2.2 Sistema único de acreditación	43
4.2.3 Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.	43
4.2.4 Mejoramiento continuo de la calidad.	43
4.2.5 El enfoque de atención centrada en el cliente:	44
4.3 ANTECEDENTES LEGALES RELATIVOS A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA.	44
<b>5. MARCO DE REFERENCIA</b>	<b>47</b>
<b>6. OBJETIVOS</b>	<b>49</b>
6.1 OBJETIVOS GENERALES	49
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
<b>7. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>50</b>
7.1 TIPO DE ESTUDIO	50
7.2 ÁREA DE ESTUDIO	51
7.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	51
7.4 FUENTES Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.	51
<b>8. RESULTADOS</b>	<b>53</b>
8.1 ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN	55
8.2 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO	61
<b>9. CONCLUSIONES</b>	<b>70</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>72</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>76</b>

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de Cirugías, FOSCAL 2008	20
Tabla 2. Aspectos que se tienen en cuenta al programar	62
Tabla 3. Dificultades más frecuentes en la programación	63
Tabla 4. Limitantes para la programación de las cirugías.	63
Tabla 5. Oportunidades de programación de cirugía	64
Tabla 6. Causas de cancelación de las cirugías	64
Tabla 7. Factor causante del costo de no calidad	66
Tabla 8. Comparativa de programación 2008-2009	67

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
Grafica 1. Percepción de familiares y usuarios de la planta física	56
Grafica 2. ¿Cómo es la atención del personal administrativo?	56
Grafica 3. ¿Cómo es la atención del personal de enfermería?	57
Grafica 4. ¿Cómo es la atención del personal médico de la unidad?	57
Grafica 5. Información recibida del médico sobre el procedimiento	58
Grafica 6. Opinión que le ha causado a su familia el servicio	59
Grafica 7. ¿Recomendaría el venir a esta institución a otras personas?	59
Grafica 8. Factores que generan inconvenientes en los procedimientos.	60
Grafica 9. Duración de los procesos	61

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Ejemplo aplicación diagrama de afinidad	34
Figura 2.	Diagrama de afinidad	68
Figura 3.	Diagrama de flujo	69

## **ANEXOS**

ANEXO A. FICHA BIBLIOGRAFICA No. 1

ANEXO B. FICHA BIBLIOGRAFIA No.2

ANEXO C. FICHA BIBLIOGRAFICA No.3

ANEXO D. FICHA BIBLIOGRAFICA No.4

ANEXO E. Encuesta a Pacientes y Familiares.

ANEXO F. Encuesta a Secretarias Administrativas Programadoras Cirugías CAL

## RESUMEN

**TITULO: ANÁLISIS DE CAUSAS DE LA NO CALIDAD DEL SERVICIO DEL ÁREA QUIRÚRGICA DE LA CLÍNICA CARLOS ARDILA LULLE EN EL AÑO 2009\***

**AUTOR: GEIDY DIANA GALLEGO MONTOYA  
DIANA MARÍA ACERO SÁNCHEZ  
RUGÍ HELENA ACELA DÍAZ\*\***

**PALABRAS CLAVES:** Proceso de Calidad, Servicio Quirúrgico, Factores de no Calidad.

Identificar las causas de la no calidad relacionadas de la atención quirúrgica en la clínica Carlos Ardila Lülle durante el año de 2009. Estableciendo para el proceso de atención quirúrgica las diferentes causas que generan cancelaciones, demoras, devoluciones, atrasos y detectar su origen, desde la perspectiva del personal directamente relacionado con la provisión del servicio.

El marco metodológico introdujo la manera como realizar el análisis de las principales causas que generan eventos de no calidad. Se tuvo en cuenta el conocimiento que los clientes poseen del tema, se identificó el procedimiento sistemático de las actividades requeridas para una adecuada programación quirúrgica, con el apoyo del personal asistencial y administrativo existente para la atención. Por medio de este abordaje se logró conocer las expectativas y necesidades de los clientes, el proceso de atención quirúrgica, los momentos de verdad recibidos y la interacción con los actores claves del proceso de atención.

Los pacientes y familiares del Servicio de Cirugía tienen un ambiente saludable y de higiene excelente y agradable. Un alto porcentaje de los familiares y pacientes encuestados así lo afirmaron; la atención del personal administrativo, médico y de enfermería es Buena, y la información que suministran los médicos a los pacientes respecto de las cirugías es completa, entonces se concluye que las causas que ocasionan la no calidad deben analizarse en los procesos y métodos de asignación y programación de las cirugías.

Se propone plantear pautas de control preventivo para evitar que factores ya identificados en este estudio como causantes de no calidad ocurran en el futuro en el servicio quirúrgico de la FOSCAL, como son: Cancelación por falta de materiales, cancelación de las cirugías por mala programación, inició tardío del procedimiento, retraso en el envío del paciente a la sala de cirugía, entre otros.

---

\* Trabajo de Grado

\*\*Universidad Industrial de Santander. Departamento de Salud Pública Especialización en Administración de Servicios de Salud. Directora. ACOSTA RAMIREZ, Naydu.

## SUMMARY

**TITLE: ANALYSIS OF CAUSES OF NON QUALITY OF SERVICE AREA OF THE SURGICAL CLINIC CARLOS ARDILA LULLE IN THE YEAR.\***

**AUTHOR: GEIDY DIANA GALLEGO MONTOYA  
DIANA MARÍA ACERO SÁNCHEZ  
RUBY HELENA ACELA DÍAZ\*\***

**KEY WORDS:** Process Quality, Surgical Service, Quality Factors no.

Identify the causes of non-related quality of surgical care at the clinic Carlos Ardila Lulle during the year 2009. Establishing the process of surgical care that generate the different causes cancellations, delays, returns, gaps and identify their origin, from the perspective of staff directly involved in service provision.

The methodological framework introduced how do the analysis of the major causes that generate non-quality events. It took into account the knowledge that customers have of the subject, identified a systematic procedure of activities required for proper surgical planning, with staff support and administrative assistance to universal attention. Through this approach we were able to the needs and expectations of customers, the process of surgical care, the moments of truth received and interaction with key actors in the process of care.

Patients and relatives of the Surgery Department have a healthy environment and excellent health and pleasant. A high percentage of family members and patients surveyed said so, the attention of the administrative, medical and nursing is good, and the information that physicians provide to patients for surgery is complete, then it is concluded that the causes not cause the quality to be analyzed in the processes and methods of allocation and scheduling surgeries.

Intended to raise standards of preventive control to prevent and factors identified in this study to cause no occur in the future as in the surgical service FOSCAL like: Cancellation by lack of materials, cancellation of surgeries due to poor programming, began late in the proceedings, delay in sending the patient to the operating room, among others.

---

\* Grade Work

\*\* Universidad Industrial de Santander. Department of Public Health Specialization in Health Services Administration. Directora. ACOSTA RAMIREZ, Naydu.

## INTRODUCCIÓN

En esta monografía se analizan las causas de la no calidad en la prestación del servicio quirúrgico en el departamento de cirugía de la clínica Carlos Ardila Lülle en la ciudad de Bucaramanga. Con este propósito se tiene en cuenta el proceso y la calidad del servicio prestado a los familiares y pacientes que asisten a la institución solicitando atención en dicho servicio.

Durante los últimos años se ha convertido en un reto la provisión de servicios quirúrgicos, debido al notable aumento en la solicitud de cirugías, lo cual está relacionado con el incremento de usuarios que se vincularon a las EPS a quienes la Clínica presta sus servicios; motivo por el cual es prioritario hacer un estudio y análisis del flujo de pacientes y los resultados obtenidos en la calidad del servicio, la oportunidad de servicio y la evaluación de las causas de los costos de no calidad. Como fuente de información para la investigación se realizaron encuestas a los usuarios, constituido por los familiares, pacientes o personas que frecuentan la institución, además de los proveedores del servicio representados por el personal interno encargado de la programación de cirugías, quienes son los dos actores claves que directamente intervienen en la atención y conocen los inconvenientes que se presentan.

La finalidad del presente trabajo sobre las causas incurridas en la no calidad del servicio prestado es contribuir con elementos analíticos que tiendan a mejorar la atención del servicio quirúrgico.

## 1. ANTECEDENTES

El sistema de calidad en salud en Colombia ha ido experimentando algunos cambios a través del tiempo, paralelo con el cambio en el tipo de sistema de salud. Así, el nuevo sistema de salud basado en el aseguramiento con mecanismos de mercado que implementó la ley 100 difiere con el modelo existente antes de la reforma, en que actualmente las instituciones hospitalarias deben ser autosuficientes y competitivas, con autonomía administrativa, técnica y financiera. Antes de la presentación de esta ley existía un monopolio de instituciones públicas para la seguridad social y una escasa prestación de servicios privados en el grupo de población con limitada capacidad de pago; como lo expresa Tafur Calderón (2002) en su análisis: la reforma en salud se basó en la terminación del monopolio público en salud, con la aparición de nuevas opciones de aseguramiento (sector privado y sector subsidiado), dando oportunidad a la libre escogencia por parte de los usuarios del servicio dependiendo de sus capacidades de pago.

El nuevo concepto en aseguramiento en salud se ha desarrollado dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS y la normatividad vigente, buscando el balance entre beneficios, riesgos y costos, a fin de lograr la atención en salud con satisfacción de los usuarios en aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención.

El desarrollo de un Sistema de Garantía de la Calidad en Salud bajo esas características, se ha convertido en un aspecto crítico de estos tiempos ya que la evolución tecnológica, los avances en la medicina y el desarrollo del talento humano en salud, han tornado complejo el sistema, haciendo necesario que los administradores en salud busquen las mejores y mas

eficiente herramientas que les permitan controlar en forma adecuada los procesos que se encuentran a su cargo.

En este contexto es necesario el control de calidad del servicio quirúrgico prestado al cliente, porque el incremento de pacientes inesperadamente puede ocasionar cuellos de botella en las citas médicas, demoras en las salas de cirugía, entre otros problemas; para poder subsistir en un mercado tan competitivo se requiere fomentar el principio de que lo importante es competir con calidad en la prestación de servicios.

Como parte del continuo movimiento del mercado, de la alta competencia y la exigencia de los clientes, las instituciones prestadoras de salud, han adoptado modelos y mecanismos que les permiten no sólo prestar asistencia médica y ofrecer servicios de alta calidad, sino analizar, mejorar, evaluar y controlar todos los procesos realizados al interior de la institución.

Una de estas herramientas de gestión es el Sistema de análisis de causas de no calidad, ya que permite estandarizar los procesos, optimizar los recursos y mejorar la calidad del servicio prestado, tanto en eficiencia como en oportunidad; permitiendo a su vez control sobre los costos operativos.

En el nororiente colombiano, Bucaramanga, capital santandereana se destaca La Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lülle, FOSCAL, institución privada de carácter fundacional, que presta servicios de alta complejidad, la cual por más de 25 años ha sido líder en el área de oftalmología y demás especialidades quirúrgicas.

En sus inicios la oferta del servicio de salud era muy limitada, la cobertura de mercado era insuficiente y los espacios de atención al público reducidos. Pero después de la ley 100 con la opción de libre elección y el traslado de

pacientes del seguro Social (ISS), a otras Entidades Promotoras de Salud (EPS), llegaron pacientes que requerían de servicios especializados con los cuales no contaba el ISS para prestar una atención adecuada y oportuna, teniendo que recurrir a otras entidades prestadoras del servicio de salud como la FOSCAL. Así se originaron nuevos contratos para la FOSCAL y por consiguiente un mayor flujo de pacientes y usuarios, lo cual exigió una reestructuración para la ampliación en infraestructura de planta física.

Desde sus inicios la FOSCAL ha tenido como su principal objetivo el mejoramiento continuo, la cobertura ampliada de la atención y al implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, ha logrado aumentar la satisfacción y cumplir las exigencias de sus clientes. Actualmente su área es de 4700 metros cuadrados, se ha levantando un vasto complejo médico que cuenta con 265 camas hospitalarias, 14 quirófanos para todas las especialidades, 22 camas de Unidad de Cuidado Intensivo adultos (UCI) y 12 camas de UCI pediátrica y neonatal; a esto se une una avanzada tecnología en imágenes diagnósticas, medicina nuclear, centro de cáncer y enfermedades hematológicas, laboratorio clínico especializado, banco de sangre y mas de 200 especialistas que brindan una excelente atención a sus usuarios. Todo esto respaldado con procesos que permitieron obtener el Premio a la Calidad otorgado por el Centro de Gestión Hospitalaria y la Certificación de Calidad para la Unidad de Esterilización.

Actualmente trabajan por la Acreditación Nacional dada por el Ministerio de la Protección Social y la Acreditación internacional dada por la Joint Comission Internacional.

Realizando un análisis comparativo en el interior de esta institución, desde el año 2004, se encuentra que se han incrementado las cancelaciones por diferentes causas, haciendo necesario el estudio de estas para minimizar en

lo posible los costos que se generan al realizar actividades sin una planeación correcta previa a cada procedimiento quirúrgico.

La no calidad es un tema relativamente nuevo, que se aplica a la calidad del servicio prestado para evaluar los sobrecostos que ocasiona la no prestación a tiempo de procedimientos programados como por ejemplo una cirugía. A su vez se evidencia la falta de estudios integrales que demuestren los sobrecostos que genera la ocurrencia de eventos considerados de no conformidad, tanto para la percepción propia del paciente, como el impacto económico en las instituciones de salud.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 2008 se realizaron 11508 cirugías programadas y 2001 cirugías de urgencias, con un total de 13509 procedimientos realizados en el año, con base en estos datos se observó la cancelación de 733 cirugías que ya se encontraban programadas con anterioridad (ver tabla 1), descubriendo la deficiencia en los procesos, la poca capacidad de lograr salas de cirugía listas de manera oportuna y la falta de capacidad instalada hospitalariamente para tales fines, todo esto dio como resultado la insatisfacción de los usuarios quienes perdieron su turno quirúrgico (y todo lo que esto conlleva) y para la institución significó reprocesos, es decir, nuevas programaciones de insumos, tecnología y personal.

**Tabla1. Distribución de Cirugías, FOSCAL 2008.**

MES	Nº CIRUGÍAS PROGRAMADAS	Nº CIRUGIAS URGENCIAS	Nº CIRUGIAS CANCELADAS
ENERO	856	209	46
FEBRERO	843	204	73
MARZO	827	207	66
ABRIL	1019	180	61
MAYO	914	198	64
JUNIO	924	151	53
JULIO	1084	163	84
AGOSTO	937	138	64
SEPTIEMBRE	1089	155	63
OCTUBRE	1024	148	67
NOVIEMBRE	969	133	49
DICIEMBRE	1022	115	43
	11508	2001	733
		<b>17,39%</b>	<b>6,37%</b>

Fuente: Base de Datos y estadísticas de la FOSCAL.

Realizando un análisis comparativo en el año 2004 el total de cirugías canceladas fueron 378, en el año 2008 fueron 733, indicando que se ha incrementado en un 93,92% en 4 años, lo que conlleva a realizar un análisis concreto de no calidad para llegar a la búsqueda de soluciones viables que permitan un mejor servicio.

### 3. MARCO CONCEPTUAL

Las empresas deben caracterizarse por los niveles de alta calidad del servicio que ofrece a los clientes cuando estos compran o contratan. La calidad de los servicios depende de las actitudes y aptitudes de todo el personal que labora en el negocio. El servicio es, en esencia, el deseo y convicción de ayudar a otra persona en la solución de un problema o en la satisfacción de una necesidad. El personal en todos los niveles y áreas debe ser consciente que el éxito de las relaciones entre la empresa y cada uno de los clientes, depende de las actitudes y conductas que se observen en la atención de las demandas de las personas, que son o representan al cliente. (Calderón, 2002).

La oferta de servicios debe estar proyectada hacia las necesidades y expectativas del cliente. El punto clave del análisis de la prestación de servicios esta en diferenciar a los clientes, ya que cada uno de ellos tiene expectativas propias; y tener la capacidad de brindarle a cada uno, una propuesta innovadora seria la manera más real de fidelizar al cliente con el servicio, dándole seguridad del producto que está recibiendo y convirtiéndolo en el mejor vocero de la calidad recibida. Esto exige conocer todas las cualidades y defectos del servicio para así mejorarlos según sea el caso, para ello se debe establecer estándares y evaluar en forma continua los siguientes componentes (Rey Taboada, 2009):

- **Fiabilidad:** consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Si se atiende a un usuario mal o no se le presta la debida atención en la primera consulta, esta será su impresión inicial la cual será muy difícil de modificarla con el tiempo, arriesgándose de esta manera a que no vuelva y no recomiende el servicio.

- **Rapidez:** se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro del tiempo estipulado para el usuario; no retener a un paciente mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por períodos muy largos.
- **Competencia:** está relacionado con el personal disponible para la atención, ya que es él, el que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio, este debe conocer todas las indicaciones del servicio para así poder transmitirlos claramente al usuario y evitarle molestias y trámites innecesarios. Por Ej. ¿Cuáles son los pasos a seguir para autorizar una orden de cirugía?
- **Cortesía:** expresada a través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el usuario.
- **Credibilidad:** es la honestidad del profesional que presta los servicios, viéndose reflejado en sus palabras y en sus actos.
- **Seguridad:** es la ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio.
- **Accesibilidad:** se traduce en la facilidad con la que el usuario puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.
- **Comunicación:** la información que se suministra al usuario debe ser clara, con un lenguaje entendible, eliminando vocablos técnicos que lo puedan llegar a confundir o asustar.
- **Conocimiento del paciente:** se relaciona con el esfuerzo realizado por el profesional para entender las necesidades de sus pacientes y poder así atenderlo según sea el caso.

Estudios recientes muestran que, el usuario es cada vez más exigente, sin embargo, la percepción de la calidad varía y no es la misma para el usuario que para el proveedor del servicio. Por otra parte, la calidad de un servicio se percibirá de forma diferente según sea un servicio nuevo o muy difundido. Según el análisis elaborado por Rey Taboada (2009) con base en la filosofía de calidad expuesta por Joseph Juran, se demuestra que de cada cien

pacientes insatisfechos sólo cuatro expresarán su insatisfacción de forma espontánea, además en caso de insatisfacción, el usuario se lo contará a once personas, mientras que si está satisfecho, sólo se lo dirá a tres.

La actitud del paciente con respecto a la calidad del servicio cambia a medida que va conociendo mejor al profesional y mejora su nivel de vida. Poco a poco, sus exigencias en cuanto a calidad aumentan para terminar deseando lo mejor; no haber comprendido este hecho ha llevado al fracaso a muchos profesionales. Otro problema adicional es que la calidad concebida y la calidad percibida rara vez marchan a la par; la superioridad de un nuevo servicio sólo en contadas ocasiones resulta tan evidente para un usuario potencial como para su creador. (Rey Taboada, 2009).

### **3.1 DIMENSIONES O PILARES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD**

La Calidad de Atención en Salud no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos (usuario, prestador, asegurador o entidad rectora) tiene una percepción diferente, que, sin ser opuestas con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más el valora. Para el usuario, su conformidad se encuentra basada en la calidez, la oportunidad y lo efectivo de la atención. Para el prestador del servicio, sin desconocer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se soporta en los aspectos que se pueden denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como credenciales y experiencia de los profesionales, tecnología disponible, etc. Para el pagador del servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más se valora. (Centro de Gestión Hospitalaria, 2009).

Los criterios de calidad más difundidos son:

- **Efectividad:** hace referencia a que todo lo realizado al usuario debe ser congruente con sus necesidades, basado en conocimientos científicos con el fin de generar un beneficio y disminuir efectos indeseados.
- **La oportunidad:** la atención debe ser brindada en el momento mismo de su solicitud según el estado clínico del usuario.
- **La seguridad:** el usuario debe recibir intervenciones a las necesidades expresadas sin generar daño o lesiones adicionales prevenibles.
- **Eficiencia:** el usuario debe obtener una atención de calidad sin que se generen sobrecostos ni desperdicios, optimizando los recursos con los que cuenta la institución para la prestación de dichos servicios.
- **Equidad:** se basa en la eliminación de barreras tanto físicas como psicosociales que limiten la prestación adecuada del servicio.
- **Atención centrada en el paciente:** el paciente es la razón de existencia de las organizaciones de salud, por lo tanto se debe tener en cuenta las necesidades, condiciones de salud, nivel de escolaridad y predisposiciones; para de esta manera brindar un servicio efectivo y preciso involucrándolo activamente en su tratamiento.
- **Eficacia:** Es la ciencia y el arte de la atención sanitaria, por medio de la cual se consiguen mejoras en la salud y en el bienestar de los usuarios.
- **Optimización:** La optimización hace referencia al aprovechamiento del servicio (insumos, personal, tiempo, etc.), no solo en relación a los costos sino también a los beneficios que estos traen consigo, todo esto sin caer al punto en donde los beneficios sean tantos que se conviertan en dañinos o perjudiciales para el sostenimiento institucional.
- **Aceptabilidad:** Se asume la aceptabilidad como la adaptación a los deseos, necesidades, expectativas y valores del usuario y su familia. Esto depende, en gran parte, de las valoraciones subjetivas del usuario y a su

vez entran otros criterios como información completa, relación humana, las preferencias del usuario, el confort y la accesibilidad a los servicios.

- **Legitimidad:** es el reconocimiento de los servicios por parte de la comunidad o de la sociedad. En una sociedad democrática, cabe esperar que todas las características de la atención, importantes para el individuo, sean también asunto de relevancia social.

Pero hay una dimensión o un aspecto de la calidad de la atención en salud que a pesar de ser la más importante, prioritaria y fundamental, ha sido por completo olvidada y relegada a un bajo nivel en esta ola de la teorías y gestión de la calidad de los servicios de salud. Esta dimensión es la dimensión humana, ya que la razón de ser de los servicios de salud es brindarle atención y garantizar la salud de un ser humano. (Dueñas, 2003).

El sistema de atención en salud debe hacer honor al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social, contexto familiar, y su estructura de preferencias y necesidades específicas, teniendo como pilares fundamentales en la atención la individualidad, la información (definida como la posibilidad de conocer el qué, entender el por qué y comprender el para qué), el respeto por la intimidad del paciente, sus valores culturales y sociales, su etnia, los cuales hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno, concomitantes con su proceso salud - enfermedad, lo que conlleva a tener necesidades y expectativas diferentes al momento de acudir a los servicios de salud.(Dueñas 2003)

En conclusión calidad es cumplir con los requisitos siempre, ser oportuno, eficiente, hacer el trabajo a tiempo y bien hecho. En la prestación del servicio es necesario definir pruebas de control sustantivas y de cumplimiento. Sustantivas porque se debe evaluar si el proceso seguido o

realizado contribuyó con la recuperación del paciente y el médico acertó con el tipo de enfermedad que tenía el paciente y logra tratarlo de acuerdo a su patología, por que es oportuno y eficaz el procedimiento que siguió, dando pruebas de control de cumplimiento excelentes, y así la calidad del servicio poco a poco mejora, viéndose reflejado por los resultados obtenidos y la satisfacción del cliente.

Entonces: Requisitos= necesidades + expectativas.

Cuando no se cumplen los requisitos, estamos frente a una situación de no conformidad o no calidad. Los costos de la calidad son los costos del conjunto de actividades que se realizan para prevenir situaciones de no calidad.

### **3.2 GESTIÓN DE CALIDAD**

Para llegar a una calidad total en un servicio se debe tener en cuenta tres fases: la primera es de inspección con el fin de determinar como se encuentra la prestación de la atención; la segunda es el aseguramiento de la calidad que persigue garantizar una calidad constante en el servicio que se brinda; y por ultimo promover una mejora continua de los procesos que se efectúan. Los principios fundamentales de este sistema de gestión son los siguientes: (Del Rivero, 2002).

- Consecución de la plena satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente (interno y externo).
- Desarrollo de un proceso de mejora continua en todas las actividades y procesos llevados a cabo en la empresa (implantar la mejora continua tiene un principio pero no un fin).

- Total compromiso de la Dirección y un liderazgo activo de todo el equipo directivo.
- Participación de todos los miembros de la organización y fomento del trabajo en equipo hacia una Gestión de Calidad Total.
- Involucrar al proveedor en el sistema de Calidad Total de la empresa, dado que él posee un papel fundamental en la consecución de la Calidad de la empresa.
- Identificación y Gestión de los Procesos Claves de la organización, superando las barreras departamentales y estructurales que esconden dichos procesos.
- Toma de decisiones de gestión basada en datos y hechos objetivos sobre gestión. Dominio del manejo de la información.

De acuerdo con Rivero, se requiere de un sistema que gestione la calidad de los servicios. Aquí es pertinente establecer un ciclo de servicio para identificar los momentos de verdad que corresponden a cada punto de contacto con el cliente. La gestión de calidad se fundamenta en la retroalimentación al cliente sobre la satisfacción o frustración de los momentos de verdad propios de un ciclo de servicio.

Una completa gestión de los procesos permite planificar, controlar y mejorar las actividades asistenciales y da pautas para la mejora continua de los servicios, se precisa poner en práctica un sistema que permita la planificación y el desarrollo estructurado, según los criterios de la calidad total.

Para lograr un adecuado programa de calidad institucional se debe contar con el apoyo del grupo de dirección, del personal operativo y administrativo de los diferentes servicios; además de formación básica y asesoramiento del grupo de calidad; el sistema de información debe ser amplio y confiable con

el fin de ejecutar los procesos necesarios para lograr los objetivos y políticas planteadas por la organización. El programa debe cumplir etapas como creación del grupo de gestión de calidad, grupos focales en cada área de servicio, coordinadores y auditores internos de calidad para la monitorización de indicadores y actividades de autoevaluación (Del Rivero, 2002).

### **3.3 PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PARA UN SERVICIO DE SALUD**

En la actualidad las organizaciones de salud han iniciado un proceso de cambio con el fin de lograr mejoramiento continuo en todos sus niveles de atención, teniendo en cuenta tanto el área asistencial como la administrativa; haciendo que estas se sientan comprometidas con la nueva misión de servicio y atención, por lo cual actualmente las personas que conforman estas áreas, realizan especializaciones, diplomados, talleres, que sirven de apoyo para desarrollar y fortalecer las propuestas gerenciales en cada servicio. (Hoyos Mejía, 1996)

Por esta razón es necesario incorporar al trabajo diario un sistema de mejoramiento continuo y así dirigir la atención, y los esfuerzos a satisfacer las expectativas de los clientes internos y externos; identificando a su vez las necesidades y expectativas, para de esta manera establecer procesos de información, desarrollar indicadores, monitorear el rendimiento operacional y utilizar esta información para planear y ejecutar oportuna y permanentemente acciones efectivas, prácticas y correctivas.

Refuerzo de la calidad en el cuidado de la salud: Para alcanzar y mantener unos niveles altos de satisfacción, los esfuerzos deben estar orientados en la calidad y en el mejoramiento continuo, según Hoyos Mejía (1996) estos

tópicos son indispensables tanto a nivel ético como comercial. Teniendo en cuenta lo siguiente:

- Los usuarios de servicios de salud, depositan su confianza totalmente en el momento de la atención y es por esto, que cualquier servicio recibido que no se desempeñe con calidad será entendido como un mal servicio.
- La calidad ayuda a los usuarios a lograr óptimos resultados de salud en un ambiente de buen servicio, y cuando son superadas sus expectativas, estos valoran la calidad de una manera más objetiva.
- La organización de salud que en estos momentos no concentre todos sus esfuerzos en el desarrollo de la calidad, está condenada a desaparecer, ya que provoca descontento entre los clientes internos y externos, aumentan los problemas relacionados con la calidad, aumentan los tiempos de servicio, aumentando los costos y la insatisfacción de los usuarios.
- El compromiso con la calidad reduce costos. Entre el 20 y 30% de los rubros de una organización se consumen en los reproceso, conllevando al aumento de costos que pudiesen ser utilizados en la búsqueda de una mejor calidad.
- Una organización comprometida con la calidad logra que su talento humano permanezca comprometido y fiel a las políticas establecidas para tal fin.

### **3.4 ESTRATEGIAS QUE ACELERAN EL MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA CALIDAD.**

Para lograr el mejoramiento continuo se deben implementar estrategias a largo plazo por medio del liderazgo, teniendo en cuenta los siguientes criterios (Hoyos Mejía, 1996):

- Partir del cliente o usuario, ya que a la vez que se propicia la satisfacción de sus expectativas se aumentan los esfuerzos hacia el mejoramiento continuo.
- Incrementar el mejoramiento del desempeño, elevando los estándares de rendimiento por parte de las personas y dependencias.
- Mejorar el proceso con el desarrollo de iniciativas, incentivando al personal a crear herramientas de mejoramiento y haciéndolo parte activa del proceso.
- Crear una cultura organizacional que apoye el mejoramiento continuo por medio de cambio de actitudes y comportamientos, alcanzando un compromiso institucional.

Siempre se debe tener en cuenta los principios en los que se fundamenta la calidad para iniciar el mejoramiento continuo, como punto de partida se puede utilizar los catorce puntos de W. Edwards Deming.

- Establecer constancia en el propósito de mejoramiento del producto y del servicio, con miras a ser competitivo y a crear empleos.
- Adoptar una nueva filosofía, eliminando los paradigmas y otros impedimentos que bloqueen el alcance de los logros.
- No continuar dependiendo de la información en masa para alcanzar la calidad; estimule la prevención antes de iniciar los procesos.
- Terminar con la práctica de fijar e incrementar únicamente precios a los servicios prestados.
- Mejorar constantemente el sistema de producción y servicio a fin de mejorar la calidad y la productividad, ello contribuye a disminuir notoriamente los costos.
- Institucionalizar la capacitación con el entrenamiento permanente en el sitio de trabajo.
- Institucionalizar el liderazgo.

- Dominar y desterrar el temor al cambio.
- Derribar barreras entre los diferentes departamentos, servicios o unidades.
- Eliminar consignas, eslogan, exhortaciones y objetivos para la fuerza laboral tales como la excelencia, la pertenencia, cero defectos y nuevos niveles de competitividad en el servicio.
- Eliminar las evaluaciones basadas en números y no en resultados.
- Eliminar los elementos que despojen al trabajador del orgullo de realizar su trabajo bien hecho, por ejemplo cuando se eliminan incentivos verbales, económicos, entre otras.
- Establecer un vigoroso programa de educación y de supervisión de si mismo.
- Liderar la transformación de su organización.

### **3.5 METODOLOGÍA DE GESTIÓN E INTERVENCIÓN PARA LA CALIDAD**

La metodología que comprende el Ciclo de Gestión de Calidad se aplica cuando se detecta una característica deseable no cumplida o una característica indeseable respecto a algún requisito de calidad observado, detectado o explicitado por los clientes externos o internos de los servicios de salud. Por lo tanto, el primer paso es la identificación del problema que señala específicamente la discrepancia entre lo que es y lo que debería ser. Metodológicamente, cuando se define correctamente un problema ya se tiene la mitad de la solución; si el resultado de dicha definición rebasa las competencias funcionales, organizacionales y tácticas de los actores, no es un problema de calidad que merezca el análisis y el esfuerzo de un equipo de trabajo. Las características que definen un problema de calidad en un servicio, unidad administrativa o de salud son las siguientes:

- Es medible y por lo tanto susceptible de ser valorado numéricamente
- Tiene solución, ya que de lo contrario el problema se encuentra mal definido o por sus características inherentes a su solución requiere un tipo de tratamiento diferente al de la metodología del Ciclo de Gestión de Calidad.
- Debe ser estratégico, ya que involucra a más de un actor en el proceso de atención (Salud Global, 2005).

**Herramientas de calidad para medir el problema:** teniendo definido el problema, se debe conocer como se intervendrá. La escogencia del instrumento esta dada por la factibilidad y el contacto cercano que se tiene con los diferentes clientes internos y externos de la institución. Para lo anterior se recomienda la aplicación de alguno de tres instrumentos:

**Encuestas de satisfacción**, que miden la percepción de los pacientes en relación con el servicio que se les proporciona; para determinar el grado de satisfacción, se debe utilizar una escala de Liker, dicho instrumento debe considerar factores como la edad, sexo, nivel cultural, etc., para posteriormente poder hacer un análisis estratificado (ámbito subjetivo).

**Cédulas de verificación (inspección)**, se revisan aspectos concretos de la atención e indican el grado de cumplimiento y adherencia a algún procedimiento médico en donde solamente se determina si cumple o no con el criterio evaluado (ámbito objetivo).

**Grupos focales**, esta técnica permite identificar el déficit de satisfacción y las expectativas de los usuarios en relación con un servicio determinado. (Investigación cualitativa).

Las encuestas dependen del tipo de clientes a los que se les realice la encuesta (secretarias o pacientes), se realiza inspección del cumplimiento y

adherencia a estándares médicos establecidos, con el fin de determinar su cumplimiento o no (objetivo). Posterior a la aplicación del instrumento se debe realizar un análisis ya sea utilizando Diagrama de Afinidad o Diagrama Causa efecto o espina de pescado. El diagrama de afinidad es una herramienta muy usada por la versatilidad en el análisis de los datos encontrados. Este método permite agrupar la información obtenida de los clientes y relacionarla con la causa y el actor que genera la no calidad y así poder minimizar o ajustar los costos incurridos cuando se deja de prestar un servicio o se realiza deficientemente.

El siguiente es un ejemplo de cómo se puede realizar un diagrama de afinidad:

Figura 1. Ejemplo de aplicación del diagrama de afinidad.



Fuente: Salud global, 2005

A su vez son importantes los análisis retrospectivos de costos dentro de las instituciones, ya que ellos generan información sobre los cambios realizados a corto plazo, contribuyendo con datos valiosos para la toma de decisiones a futuro sobre las actividades realizadas, ya sea para modificar, cambiar o tomar direcciones nuevas de atención.

### **3.6 LOS COSTOS DE LA NO CALIDAD**

Philip Crosby (1953) nos dice: ***“La Calidad no cuesta, cuestan las cosas desprovistas de Calidad”*** Los costos de la no calidad son los costos que se generan cuando no se hacen las cosas bien desde la primera vez, son los costos de tiempo, esfuerzos, y materiales perdidos, provocados por las situaciones de no calidad.

El conocimiento de los costos de la no calidad debe generar un análisis verdadero y de él derivar una medición de calidad actual y la evolución de la misma en el tiempo (Vásquez, 2009).

Además de estos, se encuentran los costos intangibles de la no calidad, los cuales son difíciles de expresar en cifras por que no son fácilmente identificables y pueden pasar desapercibidos al realizar el costeo general de un servicio.

Elementos que conforman los costos de la no calidad:

- Atención de Reclamos
- Reproceso
- Stocks Excesivos
- Trabajos Incompletos
- Devoluciones

## ➤ Retrasos

Según Garbey Chacón (2009), los costos de fallos o de mala calidad, dependiendo del momento en el que se detectan, pueden dividirse en costos de fallos internos y costos de fallos externos; además estos conceptos se pueden clasificar también en costos tangibles y costos intangibles. Un fallo interno es aquél en que el cliente no se siente perjudicado, ya sea porque no llega a percibir el servicio, o porque no le afecta. Lo que hace que estos fallos no sean percibidos por los clientes depende en gran medida de las actividades de evaluación que realiza la empresa. Los fallos externos son los que llegan a afectar a los clientes, ya que ellos los perciben directamente. Las actividades ocasionadas por los fallos externos son las mismas que se necesitan para corregir los fallos internos, más todas aquellas que intervienen para satisfacer al cliente solucionando el problema causado como consecuencia del fallo.

El principio básico para obtener calidad en nuestros días es el “Principio de la Prevención”, es prevenir ante todo, ya que prevenir es mejor que rehacer; a su vez se debe tener en cuenta a los clientes internos, porque si se educa a los empleados hacia el cliente como el principal objetivo de proceso, se logrará que cada uno de los procesos sea eficaz y eficiente, alcanzando calidad con eficiencia, objetivo que deberá proponerse toda organización que pretenda competir en el mercado de hoy y contar con clientes fidelizados. (Chacón, 2009).

Los costos tangibles o costos explícitos son aquellos que se pueden calcular con criterios convencionales de costos, análisis retrospectivos, normalmente siguiendo principios de contabilidad generalmente aceptados. Por lo general estos costos van acompañados de un desembolso de efectivo por parte de la empresa, se trata básicamente de costos de personal, materia prima e insumos medico quirúrgicos. Los costos intangibles, también denominados

costos implícitos son aquellos que se calculan con criterios subjetivos y que no son registrados como costos en los sistemas de contabilidad. La mayoría de los costos intangibles se sitúan en la categoría de costos de fallos externos, como por ejemplo la pérdida de imagen de la compañía. No obstante también pueden aparecer cuando la empresa incurre en fallos internos, como por ejemplo la desmotivación de los empleados (Chacón 2009).

En términos cuantitativos, la importancia relativa de los costos intangibles es mayor que la de los costos tangibles. Algunos autores usan el ejemplo del iceberg, señalando que la mayoría de los costos intangibles se sitúan en la parte oculta del mismo, siendo ignorados por los sistemas convencionales de contabilidad, ubicándose los costos tangibles en la parte visible, dando a entender que los mismos están perfectamente localizados en el sistema contable.

### **3.7 ANALISIS DE COSTOS**

El Análisis de Costos debe ser exhaustivo, y tomar en consideración tanto los costos incurridos por la Institución Prestadora del Servicio, IPS, los incurridos por el paciente y sus familiares, y los incurridos por terceros.

El Costo de una intervención puede ser el resultado del valor de los recursos utilizados en la realización de esta. Dentro de este análisis se incluye los costos de oportunidad que invierten ante la necesidad de mantener un servicio disponible para la atención, ejemplo de esto son los servicios de cirugía y urgencias. (Mendoza 1995)

**3.7.1 La calidad técnica.** Se juzga por medio del grado en que las mejoras de la salud obtenibles puedan ser logradas sin llegar a costos innecesarios.

Se cree que mientras se aumenta la asistencia, las mejoras en la salud correspondientes se hacen progresivamente más pequeñas a la vez que los costos continúan creciendo de modo constante. Si esto es verdad llegará un punto más allá del cual los aumentos en la asistencia aportaran mejoras tan mínimas que los costos añadidos no merecerán la pena. Podemos ignorar los costos y decir que la mayor calidad está representada por la asistencia que se prevé que logre la mayor mejora en la salud; esta es una especificación “maximalista” de la calidad. Por el contrario, si creemos que los costos son importantes, diríamos que la asistencia debe abstenerse de incluir elementos que sean desproporcionadamente costosos en comparación con las mejoras en la salud que producen; esta es una especificación “óptima” de la calidad.

Los facultativos de la asistencia sanitaria tienden a preferir el estándar maximalista porque solo tiene que decidir si cada elemento de la asistencia que se añade es posiblemente útil. Por el contrario, la práctica de una asistencia optimalista requiere un conocimiento aparte de los costos, y también un método de sopesar cada parte de la utilidad prevista con su correspondiente costo. Aún así, la práctica de la asistencia óptima es tradicional, legítima e incluso necesaria siempre que los costos y los beneficios se sopesen conjuntamente por el facultativo y por el paciente que debe estar bien informado. Un problema difícil, quizá insoluble, se plantea al ser el asegurador quien define la calidad de la prestación del servicio, siendo este un observador evaluador del proceso, por medio de la apreciación realizada a todos los procesos que se desarrollan en la institución desde el momento en que se asigna la cita hasta la salida del paciente.

En general, los Costos pueden ser de tres tipos: Costos Totales, Costos Promedio, y Costos Marginales. La elección del tipo de costo a usar dependerá de la naturaleza y propósito del análisis.

**3.7.2. Costo Total.** Es el valor total de lo requerido para prestar un servicio.

**3.7.3 Costo Promedio.** Es el resultado de dividir el costo total por la producción total.

**3.7.4 Costo Marginal.** Son los costos adicionales que no están directamente relacionados con la prestación de un servicio, pero si son útiles en el momento de decidir la expansión o disminución de un determinado servicio.

**3.7.5 El Análisis de Costo-Efectividad.** Es la técnica de evaluación económica en Salud más empleada, y se basa en la medición de resultado en unidades naturales, y la comparación del Costo por Unidad de Resultado entre dos o más programas o intervenciones.

**3.7.6 El Método Contable o Directo.** Son los costos directamente relacionados con la producción de una actividad específica en salud, informa el valor real de un procedimiento (procedimiento quirúrgico, farmacológico, de enfermería, etc.) Los ejemplos típicos de este enfoque pueden ser de tres tipos: costeo por establecimientos, costeo por programas y costeo por actividades.

**3.7.7 Costos Variables o directos.** Son aquellos que tienden a fluctuar en proporción al volumen total de la producción, de venta de artículos o la prestación de un servicio; se incurre en ellos debido a la actividad propia de la empresa.

- **Características de los costos variables o directos:**
  - No existe costo variable si no hay producción de artículos o servicios.
  - La cantidad de costo variable tenderá a ser proporcional a la cantidad de producción.

- El costo variable no está en función del tiempo. El simple transcurso del tiempo no significa que se incurra en un costo variable.

**3.7.8 Costos fijos o periódicos.** Son aquellos que en su magnitud permanecen constantes o casi constantes, independientemente de las fluctuaciones en los volúmenes de producción y/o venta. Resultan constantes dentro de un margen determinado de volúmenes de producción o venta, por ejemplo: depreciaciones (método en línea recta), primas de seguros sobre las propiedades, rentas de locales, honorarios por servicios, etc.

- **Características de los costos fijos:**

- Tienden a permanecer igual en total dentro de ciertos márgenes de capacidad, sin que importe el volumen de producción lograda de artículos o servicios.
- Están en función del tiempo.
- La cantidad de un costo fijo no cambia básicamente sin un cambio significativo y permanente en la potencia de la empresa, ya sea para producir artículos o para prestar servicios.
- Estos costos son necesarios para mantener la estructura de la empresa.

**3.7.9 Costos semivARIABLES.** Son aquellos que tienen una raíz fija y un elemento variable, sufren modificaciones bruscas al ocurrir determinados cambios en el volumen de producción o venta. Como ejemplo de estos: materiales indirectos, supervisión, agua, fuerza eléctrica, etc.

## **4. MARCO LEGAL**

### **4.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD**

El sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) se encuentra sustentado en un marco conceptual adoptado por el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1011 de 2006:

- El enfoque de gestión integral por calidad.
- El mejoramiento continuo de la calidad.
- El enfoque centrado en el cliente.
- El enfoque sistémico.

Operativamente se concentra en cuatro componentes:

- A. Sistema Único de Habilitación
- B. Sistema Único de Acreditación
- C. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, PAMEC
- D. Sistema de Información para la Calidad

Cada uno de los componentes opera autónomamente, pero se encuentra articulado con los demás, en un modelo de incentivos para la calidad de la atención en salud.

### **4.2. GESTIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD**

El precio y la calidad son determinantes claves para que un producto sea competitivo; así, un precio bajo puede impulsar su consumo pero si además el producto brinda mayor calidad, será el preferido. En consecuencia, el mercado competitivo incentiva al mejoramiento del sistema en dos aspectos:

- Eficiencia (Costos)
- Calidad

Existe un sistema de incentivos para la garantía de la calidad permitiendo estimular una buena atención en salud, un buen ejemplo es que al mejorar la calidad de un servicio este puede generar mayores ganancias al propiciar un mayor número de clientes que prefieran los servicios; también existen los incentivos legales, los cuales fomentan procesos de calidad y desestimulan su no aplicación por medio de sanciones. Adicionalmente, en el caso particular de la prestación de servicios de salud existen incentivos para el mejoramiento de la calidad propios del sector, de carácter ético y profesional, así la calidad se mantiene o se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad al representar los intereses del paciente.

**4.2.1 Sistema Único de Habilitación.** Este es el punto de partida de la calidad, el cual consiste en un conjunto mínimo de requisitos que permiten la entrada de un prestador de servicios al sistema (Ministerio de la protección social, 2009). Este sistema debe cumplir competencias en cuanto a:

- Libre concurrencia
- Establecer igualdad de condiciones en la prestación de los servicios de salud
- Evitar competencias injustas de instituciones que no cumplen con los requisitos mínimos
- Disponibilidad de información
- Estandarizar las condiciones mínimas para la prestación de los servicios.

Este paso da la entrada al sistema y se complementa con los instrumentos que promueven el mejoramiento de instituciones, como son la acreditación y la auditoría.

**4.2.2. Sistema Único de acreditación.** El Sistema Nacional Único de Acreditación, es un proceso voluntario que forma parte del Sistema de Garantía de Calidad, donde los prestadores de salud demuestran altos niveles de calidad, siendo competitivos beneficiando así a sus usuarios. A lo largo de todo este proceso se incluye la participación ciudadana como control social del sistema, como miembro de la Junta de Acreditación y como agente que suministra sus expectativas de calidad, que serán tenidas en cuenta dentro del proceso de acreditación. Esto fortalece los incentivos legales.

**4.2.3. Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.** Se define la auditoría de la calidad de la atención en salud como la evaluación sistemática de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios. Ello significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud. Este instrumento contribuye a la competencia por calidad de la siguiente manera: fortaleciendo la capacidad de vigilancia y control al promover a que las instituciones definan autónomamente guías de atención, procedimientos y estándares, los cuales generan mecanismos autorreguladores.

**4.2.4. Mejoramiento continuo de la calidad.** Este es un conjunto de principios encaminados a establecer guías o protocolos de seguimientos en pro del mejoramiento continuo, donde se busca involucrar a todas las personas, desde el gerente hasta los trabajadores, aunque implica un gasto dentro de la organización, este proceso arroja resultados a largo plazo. El principal compromiso es el mantenimiento o aseguramiento, este se refiere a conservar los estándares tecnológicos, gerenciales y operacionales actuales en la organización y a sostenerlos a través del entrenamiento y actividades que van dirigidas a elevar los actuales estándares.

**4.2.5 El enfoque de atención centrada en el cliente.** El principal objetivo de un sistema de salud además de identificar las necesidades y problemas de una población, es tratar de darles la mejor solución efectiva posible. Los servicios de salud en su mayoría tienen equipos, como los computadores personales, lectores de códigos de barras, los cuales van disminuyendo los momentos de interacción cálida entre el paciente y el personal de salud, que en otros tiempos fue una característica de la prestación de los servicios y en buena medida contribuía a la recuperación del paciente.

Por lo cual, la gestión de los servicios en el enfoque actual tiene como objetivo poner todos sus recursos a trabajar de manera armónica y coordinadamente para suplir las necesidades y expectativas del usuario quien es la razón principal de su labor.

En vista de lo anterior varios países del mundo buscan soluciones innovadoras para responder a las necesidades de los usuarios en un marco de calidad y equidad, El resultado de esta búsqueda no sólo serán pacientes más sanos y más satisfechos, sino instituciones con una población de usuarios sanos donde sus derechos y deberes estén en el lugar que deben estar y cumplir con los principales propósitos del esquema de acreditación.

### **4.3. ANTECEDENTES LEGALES RELATIVOS A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA.**

Entre los principales antecedentes legales que regulan el tema de la calidad en salud en nuestro país después de la reforma de 1993, pueden mencionarse los siguientes:

## **LEY 100 DE 1993 Y LA REFORMA**

La ley 100 reúne en su interior un conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de calidad de vida, cobertura integral, goce del respeto a sus derechos por medio de normas que regulan la calidad del servicio y son de obligatorio cumplimiento.

Para las IPS incluyen incentivos con el fin de estimular la calidad y la eficiencia en los costos.

También se organizó un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud, la cual incluye auditoría médica en las entidades promotoras, veedurías comunitarias, las cuales ejercen control con el fin de garantizar cobertura, eficiencia y calidad de los servicios.

Específicamente dentro de la ley 100, base fundamental para la salud en Colombia, no se encuentran pautas ni legislaciones acerca de los costos de la no calidad, se observa el control sobre la calidad y los costos para el desarrollo de esta, pero es solo hasta cuando una institución entra en la implementación de el PAMEC (programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad) y procesos como la Certificación (ISO 9001) se empiezan a manejar términos de costos de no calidad.

## **DECRETO 2309 DE 2002**

En el presente decreto se especifican las disposiciones que se aplicara a las empresas prestadoras de salud, entidades promotoras de salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales,

Distritales y Municipales de Salud. Las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## 5. MARCO DE REFERENCIA

En la búsqueda de bibliografía en catálogos de tesis de bibliotecas universitarias (UIS, UNAB de la ciudad de Bucaramanga) y en bases de datos electrónicas de referencia, se encontraron pocos estudios relacionados con el tema específico de “causas de costos de no calidad” que se pretende abordar en esta monografía, los estudios identificados fueron realizados en los últimos 5 años y se desarrollaron en el país. Estos estudios aportan desde diferentes puntos de vista a análisis de los costos de no calidad en la prestación de los servicios de salud, observándose perspectivas, en su mayoría, desde el ámbito correspondiente a la afectación institucional y las posibles herramientas para disminuir su daño, pero en ningún momento se establece el daño posible que puede llegar a recibir o percibir el usuario receptor del servicio de salud. A continuación se resumen los estudios más relevantes.

En el estudio denominado: Sistema de un diseño de costos día cama ocupada para el servicio de hospitalización de la ESE Hospital Francisco Canossa de Pelaya, Cesar (Florez, 2005); se estimó el costo día cama de hospitalización, ayudando a la dirección administrativa de dicha institución a tomar decisiones importantes relacionadas directamente con su centro de costos y su aprovechamiento. (Ver anexos). El aporte de este estudio tiene que ver con la orientación para definir y valorar los costos en que se incurre al brindar atención en un servicio asistencial y obtener bases para plantear alternativas de mejoramiento del servicio.

El estudio: Modelo de auditoría de la calidad de la atención en salud, para la IPS Clínica REVIVIR SA.: estructura técnica y metodología básica (Argel y Jaimes; 2005); se basó en el análisis directo de los procesos técnico-

administrativos para promover la calidad y seguridad en la atención del paciente e instaurar un Sistema de Garantía de la Calidad como elemento primordial para el cambio que se genere en el proceso asistencial de dicha institución, mejorando la competitividad del sector, simplificando, y a su vez añadiendo, un distintivo de calidad en el momento de la prestación de los servicios.

Y por último el estudio: Programa de Auditoría de costos de la mala calidad en el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón (Ortiz, y otro, 2006); (el más cercano al tema principal de esta monografía), muestra como, de manera minuciosa, se realizó un análisis estricto del proceso de atención en el servicio de urgencias, auditando las actividades asistenciales como administrativas y obteniendo información de cómo era la atención y cuáles podrían ser las causas de costos de mala calidad derivadas de esa atención, buscando de esta manera, competitividad y eficiencia en las mismas y disminuyendo así los costos derivados de atenciones no óptimas. Los resultados se basaron en la sumatoria y posterior promedio de las actividades que causaban costos innecesarios, para llegar a realizar un análisis basado en cifras que ayudaran a la correcta toma de decisiones administrativas.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar las causas de la no calidad relacionadas con la atención quirúrgica en la clínica Carlos Ardila Lülle durante el año de 2009.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer para el proceso de atención quirúrgica las diferentes causas que generan cancelaciones, demoras, devoluciones, atrasos con el fin de detectar su origen, desde la perspectiva del personal directamente relacionado con la provisión del servicio.
- Determinar desde la perspectiva de los usuarios los eventos y las causas de no calidad en la prestación del servicio quirúrgico.
- Realizar un análisis de las causas de no calidad que permita aportar elementos claves que puedan contribuir a una toma de decisiones adecuadas para el mejoramiento continuo.
- Desarrollar recomendaciones que permitan formular un plan de contingencias con pruebas de control preventivo, con el fin de tener soluciones oportunas que minimicen la no calidad y mejore el servicio prestado.

## **7. DISEÑO METODOLOGICO**

El marco metodológico nos introdujo en la manera como realizar el análisis de las principales causas que generan eventos de no calidad. Para realizarlo, tuvimos en cuenta el conocimiento que los clientes poseen sobre el tema e identificamos el procedimiento sistemático de las actividades requeridas para una adecuada programación quirúrgica, apoyándonos en el personal asistencial y administrativo existente para la atención. Por medio de este abordaje se logró conocer las expectativas y necesidades de los clientes, el proceso de atención quirúrgica, los momentos de verdad recibidos y la interacción con los actores claves del proceso de atención.

La recolección de la información se obtuvo por medio de encuestas, con la cual logramos obtener datos de la población. Como fueron sus opiniones como puntos clave que nos permitió tomar decisiones acerca de las necesidades propias de los usuarios.

Por otra parte el análisis de causas de no calidad en el proceso de atención del servicio quirúrgico aporta datos puntuales sobre el comportamiento del área y realizando comparaciones retrospectivas, da pautas en las decisiones que se deben tomar para el buen direccionamiento del servicio, observándose si efectivamente las actividades se encuentran encaminadas a aportar en la calidad de la prestación del servicio.

### **7.1 TIPO DE ESTUDIO.**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo donde los resultados se encaminaron a opciones de mejoramiento dirigidos a la prestación del servicio del área quirúrgica de la FOSCAL.

## **7.2 ÁREA DE ESTUDIO**

Área administrativa y quirúrgica de la FOSCAL.

## **7.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

En ella se encuentran incluidas todas las secretarías de los médicos cirujanos que realizan programación en las salas de cirugía de la FOSCAL y la secretaria propia del área de la institución; las cuales en total suman 20 personas. No se tuvo en cuenta la parte asistencial: médicos y enfermeras, ya que ellos no son los directamente responsables de la programación ni del trámite administrativo correspondiente a cada procedimiento.

A su vez se tuvo en cuenta un número total de 30 usuarios que recibieron atención en la institución en el último mes del año 2009, con el fin de analizar los factores que inciden en la no calidad de la prestación del servicio quirúrgico, todo esto relacionado con prestación del servicio quirúrgico durante su preparación administrativa.

Cabe recalcar que en el año 2009 se realizó un total de 14.663 procedimientos quirúrgicos con un promedio mensual de atención a usuarios de 1.222, siendo un promedio alto para medir alcances de calidad en los usuarios, por lo cual se toma una muestra a conveniencia limitada y viable de realizar en un tiempo corto.

## **7.4 FUENTE Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS**

La información fue obtenida de fuentes primarias, constituidas por el grupo de secretarías que realizan programación diaria en el área de cirugía, con la secretaria propia del servicio y usuarios que recibieron atención quirúrgica.

Los demás datos son de fuentes secundarias y se obtuvieron directamente de la información resultante de los servicios de atención al cliente, estadísticas e indicadores del área. Al grupo de secretarías y usuarios se aplicó una encuesta (ver anexos E y F) autoadministrada con preguntas de selección múltiple con el fin de extraer la información necesaria para efectuar el análisis, siempre con un acompañamiento cercano, con el fin de resolver inquietudes que pudiesen alterar los resultados del estudio.

## 8. RESULTADOS

En el año 2008 se realizaron en el servicio de cirugía de la FOSCAL, 13.500 procedimientos a 11.000 usuarios aproximadamente. El número de usuarios atendidos mensualmente, supera los 1000 pacientes; estos procedimientos le generaron a la institución altos ingresos; ventas de materiales e insumos que superan los diez mil millones de pesos; costos de producción que, consume el 40% aproximado de las ganancias. Teniendo en cuenta la cantidad de pacientes atendidos, y el aumento significativo de aproximadamente 1600 procedimientos más que en el año 2009, se hace necesario que se revise el costo, el tiempo, el proceso, el reproceso y los costos de la no calidad que se derivan por múltiples causas inherentes a la prestación de un servicio quirúrgico.

Revisando la estadística desde el 2004 a 2009 existentes en el área quirúrgica de la FOSCAL, se encuentran factores generadores de no calidad en la prestación del servicio, evidenciado por la falta de oportunidad en las solicitudes o requerimientos de cada uno de los procedimientos, o información insuficiente y necesaria para los mismos; además de la falta de oportunidad en el ingreso de los médicos para el inicio oportuno del programa quirúrgico diario; planeación deficiente de los procedimientos quirúrgicos que requieren material o insumos especializados y de alto costo demostrado en que no tengan las autorizaciones necesarias o que deban ser devueltos por no ser necesarios; la insuficiencia de las camas de UCI para el alto volumen de cirugía de alta complejidad y los contratos efectuados por la institución.

Los eventos y causas de no calidad identificados, pueden resumirse en los siguientes:

- Cancelaciones: por cirugías mal programadas, falta de información al paciente sobre requisitos mínimos para la ejecución del procedimiento, programación quirúrgica con autorizaciones vencidas, incumplimiento en la preparación quirúrgica, falta de cama UCI.
- Inicio tardío del programa quirúrgico por llegada tarde del cirujano, anestesiólogo, de instrumental solicitado sin anticipación, diligenciamiento de la historia clínica electrónica, demora en la admisión del paciente,
- Menor oportunidad en la asignación de camas.
- Retraso en el envío de pacientes a cirugía ambulatoria por complicaciones quirúrgicas prevenibles,
- Devolución de injertos óseos por mala planeación de la cirugía .

Los problemas generadoras de no calidad en el servicio quirúrgico de la FOSCAL, se encuentran en las manifestaciones escritas encontradas en el Buzón de sugerencias por parte del paciente, referente a la insatisfacción por retraso en la programación quirúrgica, ingreso a la institución y posterior cancelación por fallas administrativas que ellos consideran previsibles; o lo evidenciado día a día por la gerencia del área en cuanto a falta de oportunidad en el inicio del programa quirúrgico y cancelación por falta de materiales que se usaron en otro procedimiento, entre otros. Se requieren análisis que permitan definir propuestas de mejoramiento encaminadas a disminuir los reclamos, evitar el reproceso, mejorar la satisfacción del usuario, racionalizar y optimizar recursos, disminuir los retrasos y las cancelaciones de los procedimientos y mejorar la oferta de servicios por el nivel de confianza expresada por los usuarios.

Al realizarse un análisis corto de los ingresos y egresos de la unidad funcional de quirófanos entre los años 2008 y 2009 (información confidencial, PyG, FOSCAL), se encuentra un incremento de aproximadamente un 27% de la utilidad neta de esta unidad funcional, dando razón a la aplicabilidad de

los sistemas de calidad en el área en el último año y a la preocupación de los profesionales por el buen funcionamiento de los procesos, recalando que aún falta énfasis en algunos puntos álgidos de atención denominados de no calidad.

A pesar de las fallas encontradas en los procesos, se hace necesario realizar un análisis de los mismos para evitar que el servicio decaiga en calidad y oportunidad. Igualmente existe la necesidad de la autosostenibilidad de la unidad funcional.

## **8.1 ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN**

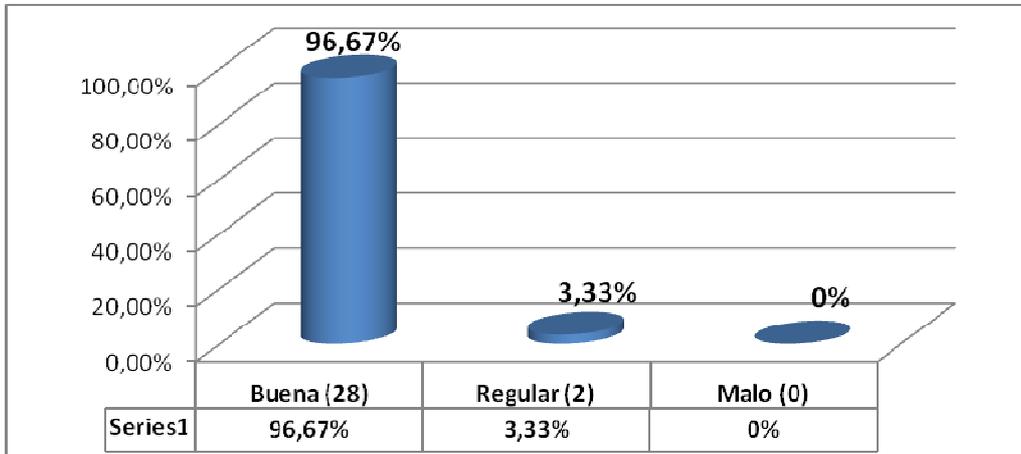
Las encuestas a los usuarios se realizaron en el último mes del año 2009, cabe resaltar que se atendieron 1136 usuarios en el mes de diciembre, la mayoría con el 55.10% (626 usuarias) corresponden al género femenino y el 44.89% (510 usuarios) al género masculino; las edades se encuentran en un rango entre los 15 y 80 años en general.

En cuanto a la procedencia de los usuarios en su mayoría son del área urbana pertenecientes al régimen contributivo, ya que la contratación por capitación es la fuente principal de los ingresos institucionales.

A continuación se presentan en detalle los resultados de las encuestas aplicadas para el presente estudio a una muestra de la población descrita.

Uno de los aspectos evaluados fue el grado de satisfacción de los pacientes y familiares con la planta física de la FOSCAL, en cuanto a las instalaciones, limpieza e higiene de las áreas que la conforman, la cual fue calificada por la mayoría de los encuestados como buena, como se presenta a continuación en la gráfica 1.

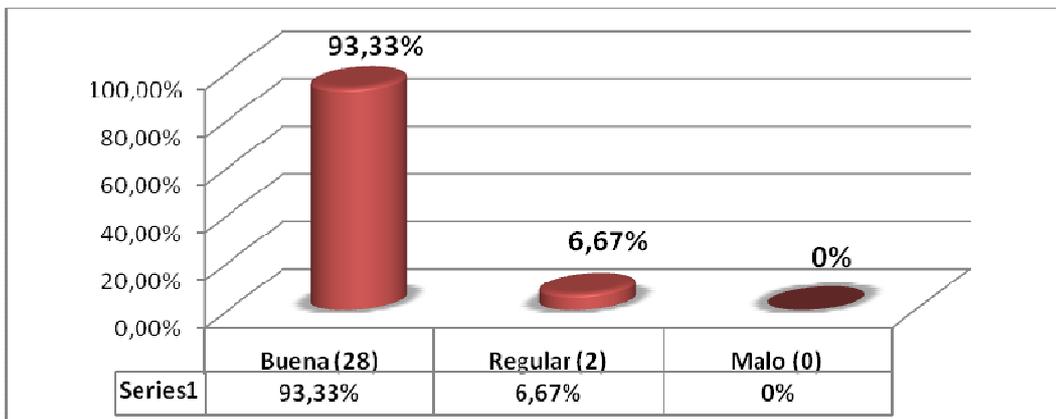
**Gráfica 1. Percepción de familiares y usuarios de la planta física de la FOSCAL**



Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras

A su vez, El mayor porcentaje de usuarios califica como buena la atención del personal administrativo, de acuerdo a las encuestas aplicadas a los pacientes y familiares que se pueden observar en la gráfica 2.

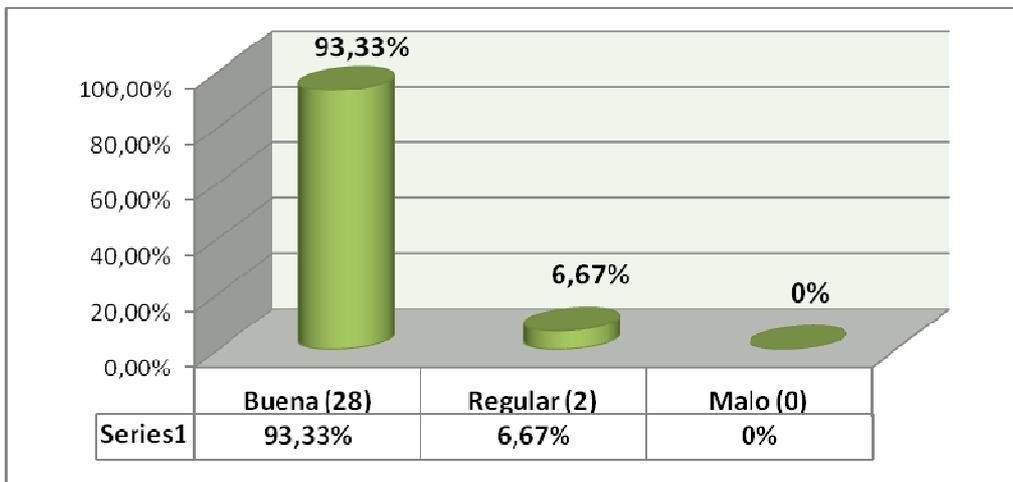
**Gráfica 2. ¿Cómo es la atención del personal administrativo**



Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras

En la gráfica 3 se presenta el porcentaje de satisfacción con el personal de enfermería de acuerdo a la encuesta realizada a los pacientes y familiares.

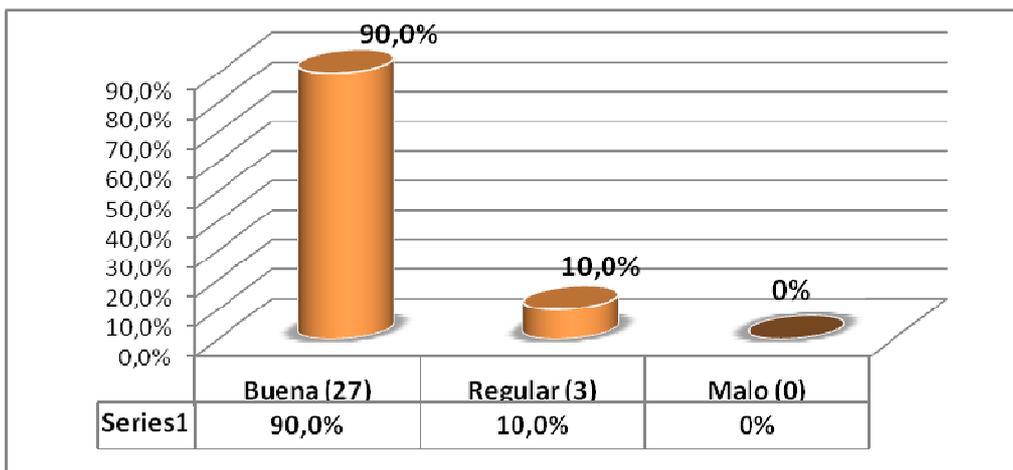
**Gráfica 3. ¿Cómo es la atención por parte del personal de enfermería?**



Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras.

Similar al hallazgo anterior, la evaluación de la atención médica considerada por los pacientes y familiares, también es considerada por la mayoría de los encuestados como buena, como se presenta en la gráfica 4.

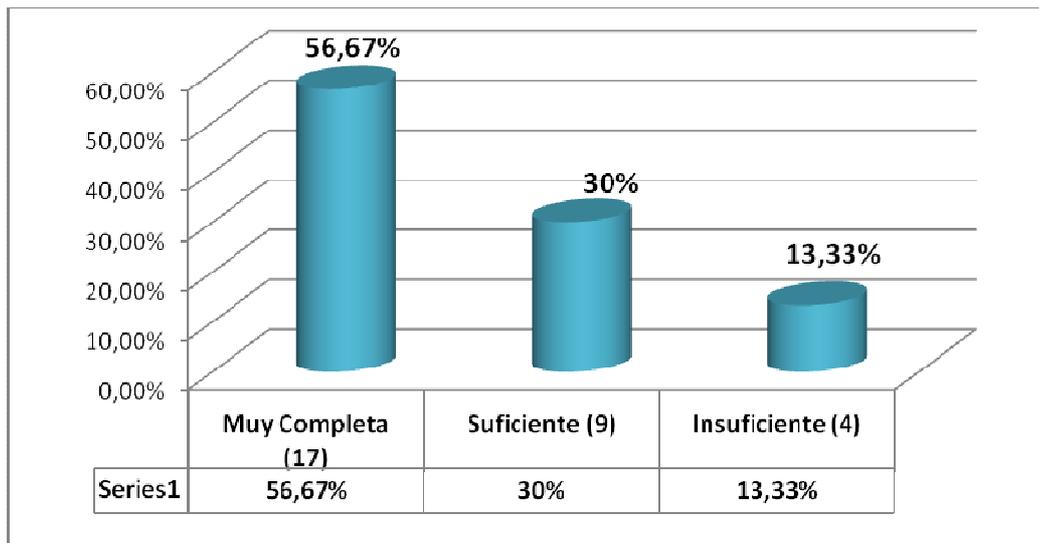
**Gráfica 4. ¿Como es la atención del personal médico de la unidad?**



Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras.

La información recibida por parte del médico sobre el procedimiento a realizar de acuerdo a las encuestas realizadas a los familiares y pacientes se presenta en la gráfica 5.

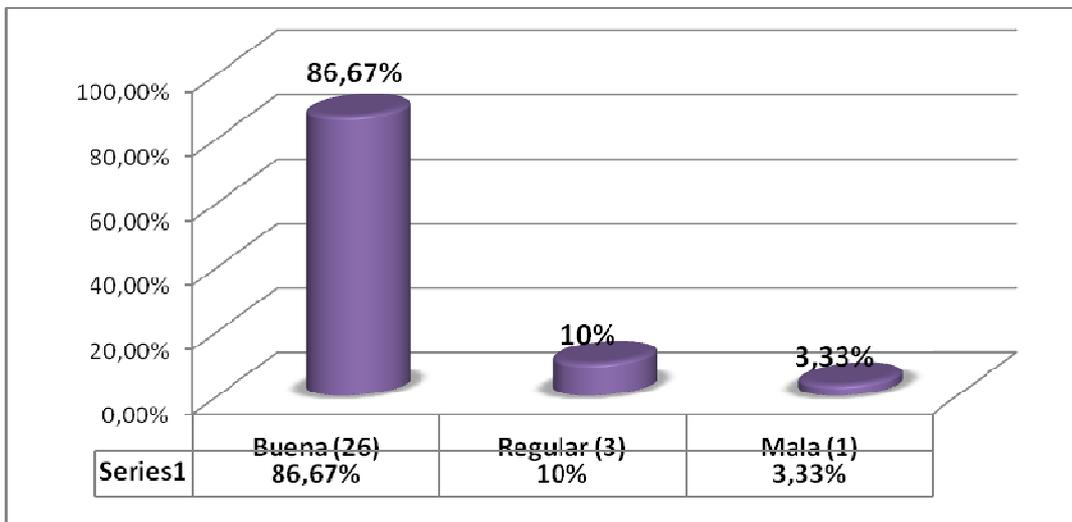
**Gráfica 5. Información recibida del médico sobre el procedimiento**



Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras.

En la grafica 6 se presentan los resultados encontrados de los encuestados sobre el servicio ofrecido en donde se evidencia un alto grado de aceptación del mismo.

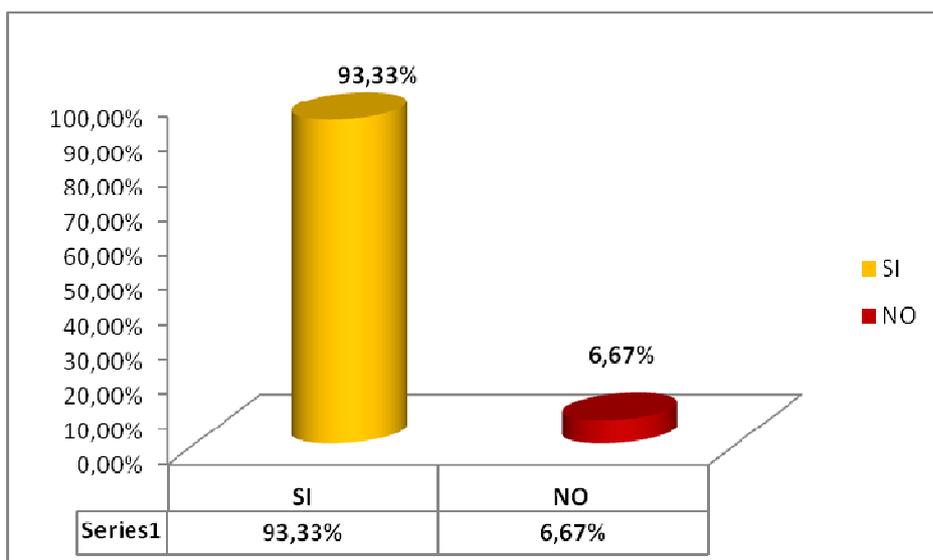
**Gráfica 6. Opinión que le ha causado a su familiar el servicio**



Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras.

En la gráfica 7 se presentan los resultados de la opinión de los pacientes y familiares sobre ¿Recomendaría el venir a esta institución a otra persona?.

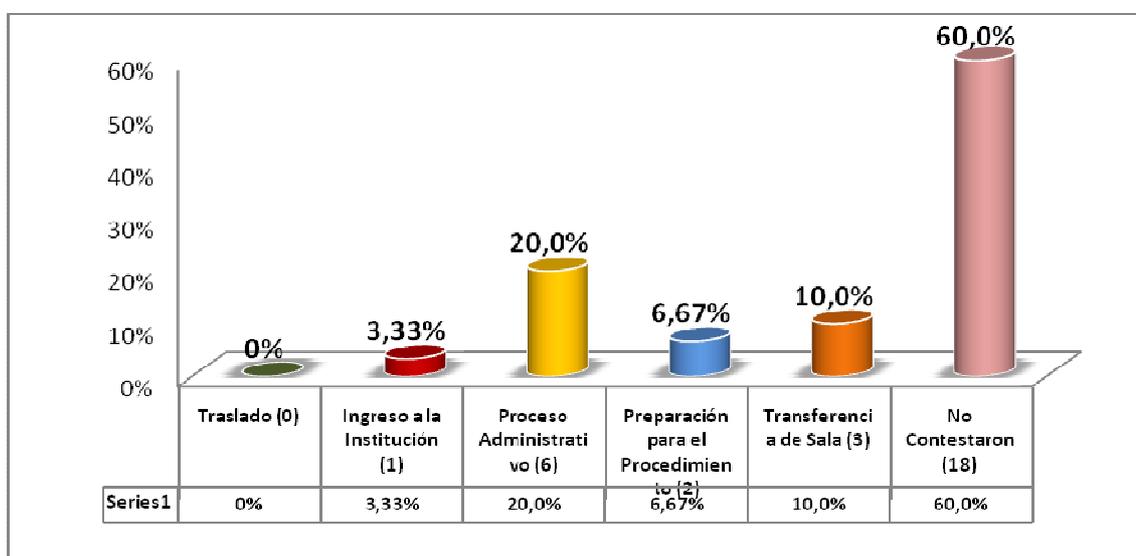
**Gráfica 7. ¿Recomendaría el venir a esta institución a otras personas?**



Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras.

Los factores que ocasionan inconvenientes en el procedimiento quirúrgico, se encontró en la encuesta que los usuarios y familiares perciben en primer lugar el generado por el proceso administrativo 20%, en segundo lugar el tiempo de espera 10%, en tercer lugar la preparación para el procedimiento 6.67%, y en cuarto lugar el traslado hacia la institución 3.33% el 60% no contestó, ver gráfica 8.

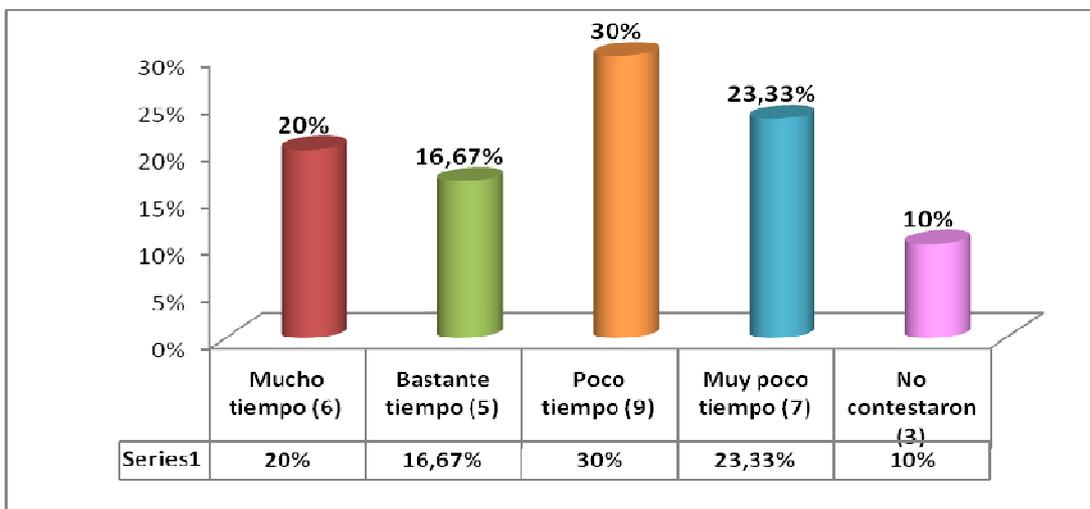
**Gráfica 8. Factores que generan inconvenientes en los procedimientos**



Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras.

Los familiares y pacientes que fueron encuestados califican la duración del proceso como: mucho tiempo 20%, bastante tiempo el 16.67%, poco tiempo el 30%, muy poco tiempo el 23.33%, y el 10% no contestó. Datos que se pueden detallar en la gráfica 9.

**Gráfica 9. Duración de los procesos**



Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras.

El 93,33% de los encuestados entre familiares y pacientes están contentos con la atención recibida y el 6,67% no encontró agradable la atención.

En resumen, para los pacientes y familiares el Servicio de Cirugía tiene un ambiente saludable y de higiene excelente y agradable. Un alto porcentaje de los familiares y pacientes encuestados así lo afirmaron; la atención del personal administrativo, médico y de enfermería es Buena, y la información que suministran los médicos a los pacientes respecto de las cirugías es completa, entonces se concluye que las causas que ocasionan la no calidad deben analizarse en los procesos y métodos de asignación y programación de las cirugías.

## **8.2 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO**

A continuación se presentan los resultados de la percepción de personal administrativo el cual se obtuvo de las encuestas aplicadas al personal que realizan actividades administrativas en el área de consultorios y sala de

cirugía (secretarías administrativas y programadoras de cirugía). En total se encuestaron 20 personas.

En la tabla 2 se presentan los aspectos que se tienen en cuenta para la realización de la programación de cirugía.

**Tabla 2. Aspectos que se tiene en cuenta al programar**

CONCEPTOS A TENER EN CUENTA	No. Encuestados	% Encuestados
Autorizaciones	2	10,00%
Vigencia de la orden	2	10,00%
Tiempo de plazo estipulado por la institución	0	0,00%
Solicitud de turno con los requerimientos completos	0	0,00%
Todas las anteriores	16	80,00%
<b>TOTALES</b>	<b>20</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras.

El 80% de las secretarías encuestadas tiene en cuenta todos los requisitos exigidos para programar a un paciente. Un 10% exigen la autorización y el 10% restante exige que la orden esté vigente.

En la tabla 3 se detallan las dificultades más frecuentes a la hora de programar, en donde el porcentaje más alto lo encontramos en las franjas asignadas de acuerdo a la encuesta aplicada a las secretarías de la institución.

**Tabla 3. Dificultades más frecuentes en la programación**

<b>DIFICULTADES</b>	<b>No. Encuestados</b>	<b>% Encuestados</b>
Acceso al servicio	0	0,00%
Horarios de atención	1	5,00%
Franjas asignadas	12	60,00%
Hospitalización	3	15,00%
Ninguna	3	15,00%
Otros diagnósticos	1	5,00%
<b>TOTALES</b>	<b>20</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras.

Las ordenes mal diligenciadas, representan el 35% de las causas por las cuales se cancelan las cirugías, y un 20% de las encuestadas contestaron que las justificaciones NO POS son un gran obstáculo, y un 15% consideran que los copagos son el motivo de cancelación de cirugías. Entre otras causas se encuentra con un 10% la demora de las autorizaciones por parte de las EPS y los horarios de valoración preanestésica. Ver tabla 4.

**Tabla 4. Limitantes para la programación de las cirugías**

<b>LIMITANTES</b>	<b>No. Encuestados</b>	<b>% Encuestados</b>
EPS	2	10,00%
Ordenes mal diligenciadas	7	35,00%
Justificaciones de NO POS	4	20,00%
Copagos	3	15,00%
Horario para valoración preanestesia	2	10,00%
Otras Cuales	2	10,00%
<b>TOTALES</b>	<b>20</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras.

La oportunidad en el momento de programar cirugías se hace con mayor frecuencia, coincidiendo en 48 horas, equivalente a un 50%, un 20% afirman que cada 24 horas se puede programar, un 15% afirman que a 72 horas y el restante 15% a más de 72 horas. Ver tabla 5.

**Tabla 5. Oportunidad de programación de cirugía**

<b>OPORTUNIDAD</b>	<b>No Encuestados</b>	<b>% Encuestados</b>
24 Horas	4	20,00%
48 Horas	10	50,00%
72 Horas	3	15,00%
Más?	3	15,00%
<b>TOTALES</b>	<b>20</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras.

La causa de enfermedades por otros diagnósticos en un 23% es la de mayor frecuencia de cancelación de cirugía, siguiendo la falta de camas en un 16.67%. En la tabla 6 se detallan las demás causas que se generan en menor proporción.

**Tabla 6. Causas de cancelación de las Cirugías.**

<b>CAUSAS</b>	<b>No. Encuestados</b>	<b>% Encuestados</b>
Contrato Con las EPS	1	3,33%
Camas	5	16,67%
Falta de Habitaciones	5	16,67%
Enfermedad (Virus, Infecciones, accidentes inesperados, etc.)	7	23,33%
UCI	2	6,67%
Urgencias	1	3,33%
Problemas Respiratorios	1	3,33%
Copagos	2	6,67%
Toman Aspirina sin avisar	1	3,33%
Calamidad Doméstica	1	3,33%
Muerte	1	3,33%
Viaje	1	3,33%
Falta de Dinero	2	6,67%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras

En resumen, analizando los resultados obtenidos en la encuesta de las secretarías, el 80% de las encuestadas siguen todos los pasos necesarios para programar una cirugía pero al programar con franjas asignadas el 60% de las secretarías manifestaron tener dificultad, destacándose el cupo limitado para la hospitalización, el cual representa un 15% de las causas de no programación oportuna.

Otras causas que limitan la programación de las cirugías son: Las ordenes médicas mal diligenciadas las cuales representan un 35% las limitantes. Esta variable o factor que causa costos de no calidad puede ser controlado, mediante un proceso de control, de tal manera que la corrección sea inmediata, un 20% de las causas son las justificaciones de no POS, los copagos representan un 15% de las cancelaciones o no programación de las cirugías porque los pacientes no cuentan con el dinero para cancelar el servicio. Este factor se minimiza si oportunamente las EPS informan a los pacientes del costo que debe pagar por la cirugía.

Si el departamento quirúrgico contara con un sistema integrado de programación de cirugías, optimizaría el servicio prestado, replantearía la programación de cirugías dado el caso que ocurra un evento o imprevisto; además que puede ser manejado y controlado por las secretarías desde el punto de atención a los pacientes.

Las EPS demoran el trámite de documentos que permita la oportuna programación de cirugías, al no autorizar las órdenes con tiempo. Otro factor importante es el horario de atención pre anestésica. Este factor tiene solución inmediata al ampliar la oferta de servicio, asignando un número mayor de anesthesiólogos al departamento quirúrgico o ampliando los horarios de atención al público.

Un dato importante en la encuesta realizada a las secretarías es que el 50% de oportunidad en la programación de cirugías es de 48 horas. Estos datos son coherentes con la eficiencia que los clientes manifestaron en la encuesta anterior del servicio administrativo y del personal de cirugía, ya que los tiempos de oportunidades de las cirugías programadas son relativamente cortas.

La no prestación del servicio oportunamente ocasiona gastos para los clientes, quienes tienen que pagar transporte, costos de documentación mal diligenciada, reproceso, hospedaje si el paciente no reside en la ciudad. Ver tabla 7.

**Tabla 7. Factor causante del costo de no calidad**

FACTOR CAUSANTE DEL COSTO	No VECES	% DE OCURRENCIA	EFECTO
Ordenes mal diligenciadas	7	35,00%	No Programacion de la cirugía
Enfermedad	7	23,33%	Cancelación de la Cirugía
Justificaciones de NO POS	4	20,00%	No Programacion de la cirugía
Camas	5	16,67%	Cancelación de la Cirugía
Falta de Habitaciones	5	16,67%	Cancelación de la Cirugía
Copagos	3	15,00%	No Programacion de la cirugía
EPS	2	10,00%	No Programacion de la cirugía
Horario para valoración preanestésica	2	10,00%	No Programacion de la cirugía
UCI	2	6,67%	Cancelación de la Cirugía
Copagos	2	6,67%	Cancelación de la Cirugía
Falta de Dinero	2	6,67%	Cancelación de la Cirugía
Contrato Con las EPS	1	3,33%	Cancelación de la Cirugía
Urgencias	1	3,33%	Cancelación de la Cirugía
Problemas Respiratorios	1	3,33%	Cancelación de la Cirugía
Toman Aspirina sin avisar	1	3,33%	Cancelación de la Cirugía
Calamidad Doméstica	1	3,33%	Cancelación de la Cirugía
Muerte	1	3,33%	Cancelación de la Cirugía
Viaje	1	3,33%	Cancelación de la Cirugía

Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras.

En tabla 8 se puede observar que durante el primer semestre del año 2009, las cancelaciones de cirugías programadas tuvo un aumento de 5 Cirugías;

pero el volumen de cirugías se incrementó en 462 Cirugías, equivalente a un 7.07%, en relación al primer semestre del año 2008. Por tal motivo las 368 cirugías canceladas representan menor porcentaje en el año 2009 de 5.26% mientras que en el año 2008 fue de 5.56%.

**Tabla 8. Comparativa de programación 2008 – 2009**

DISTRIBUCIÓN PROGRAMACIÓN AÑO 2008 - PRIMER SEMESTRE (Cantidades)					DISTRIBUCIÓN PROGRAMACIÓN AÑO: 2009 - PRIMER SEMESTRE (Cantidades)				
MES	Nº CIRUGÍAS PROGRAMADAS	Nº CIRUGÍAS URGENCIAS	TOTAL CIRUGÍAS	Nº CIRUGÍAS CANCELADAS	MES	No CIRUGÍAS PROGRAMADAS	Nº CIRUGÍAS URGENCIAS	TOTAL CIRUGÍAS	Nº CIRUGÍAS CANCELADAS
ENERO	856	209	1065	46	ENERO	897	170	1067	43
FEBRERO	843	204	1047	73	FEBRERO	1022	151	1173	71
MARZO	827	207	1034	66	MARZO	1018	235	1253	68
ABRIL	1019	180	1199	61	ABRIL	1097	124	1221	46
MAYO	914	198	1112	64	MAYO	966	156	1122	67
JUNIO	924	151	1075	53	JUNIO	953	205	1158	73
TOTALES	5383	1149	6532	363	TOTALES	5953	1041	6994	368
%	82,41%	17,59%	100,00%	5,56%	%	85,12%	14,88%	100,00%	5,26%

Fuente: cálculos propios del estudio, realizado por las autoras

A continuación se presenta el análisis de causas de no calidad en las diferentes fases del proceso de atención, mediante un diagrama de afinidad, con las correspondientes sugerencias de soluciones. A su vez se presenta un diagrama de flujo con el fin de que se inicie un plan de mejoramiento.

**Figura 2. DIAGRAMA DE AFINIDAD**

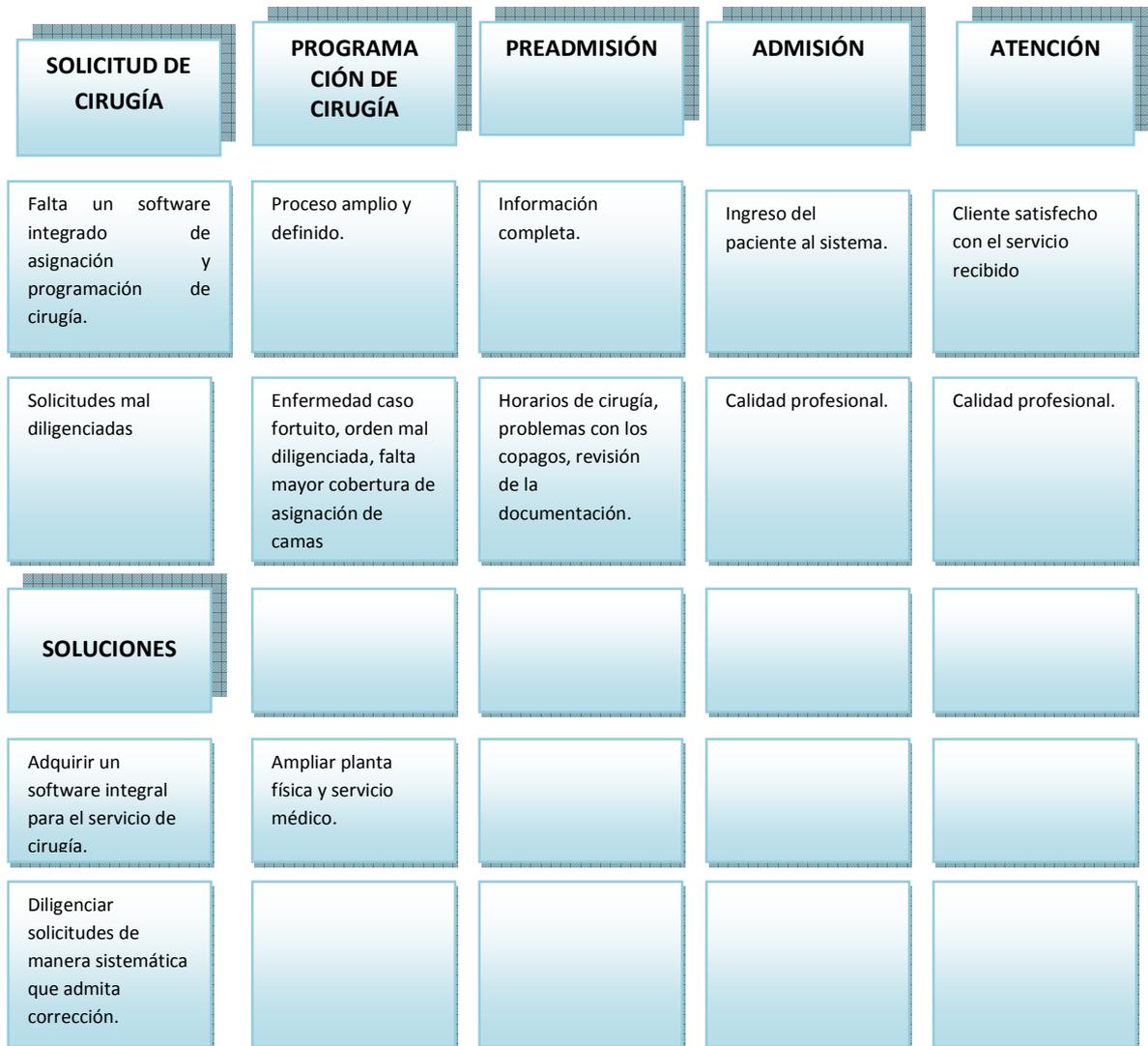
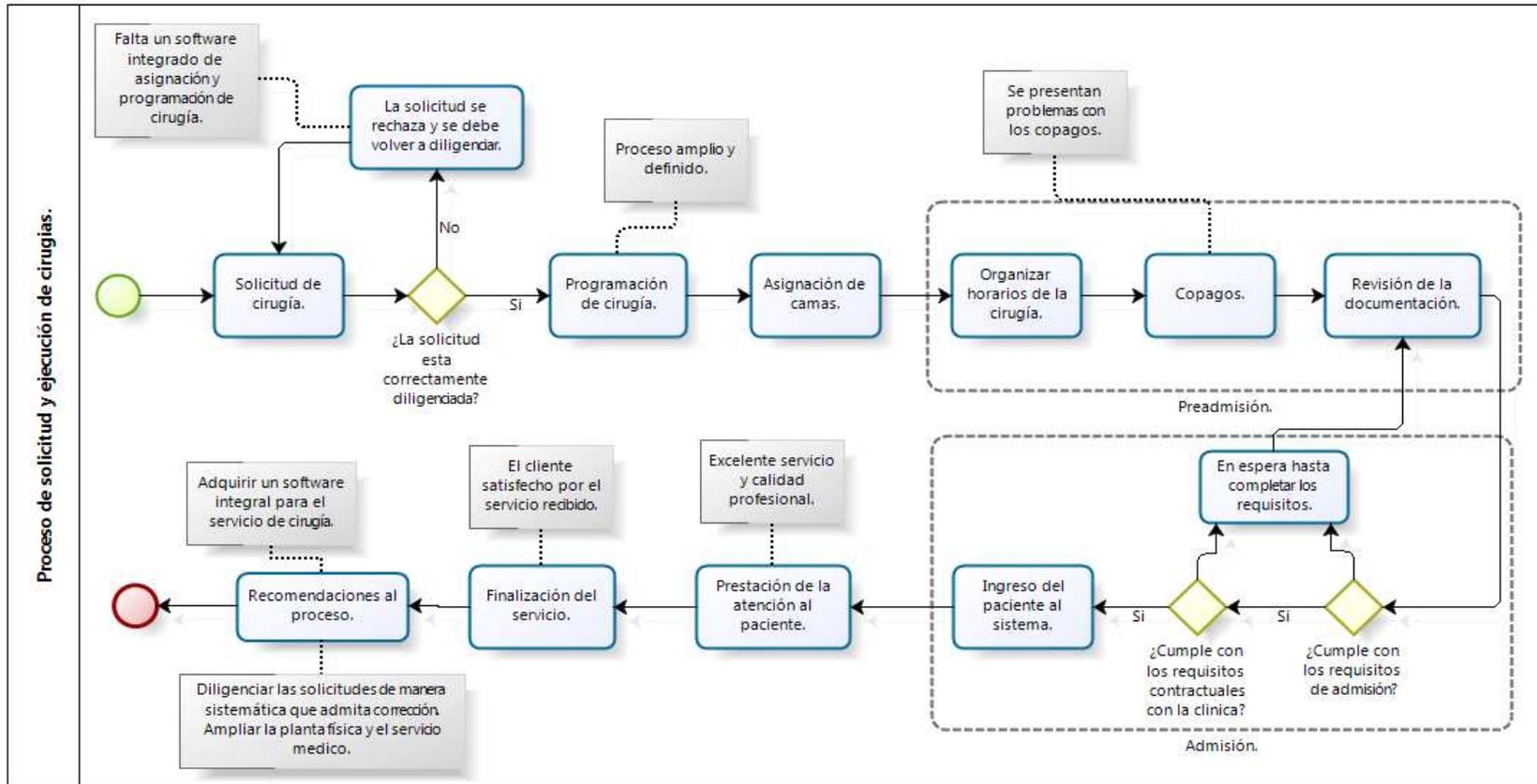


Figura 2. DIAGRAMA DE FLUJO



## 9. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

- Debido a que los procesos son manuales, y aunque el servicio se percibe de buena calidad, se hace la propuesta de la sistematización de la programación de cirugías en la FOSCAL, con el fin de optimizar el proceso, reducir el índice de ocurrencia de cada factor influyente en los costos de no calidad y controlar sistemáticamente la calidad de servicio prestado.
- Para analizar los factores que ocasiona la no calidad, se propone hacer evaluaciones periódicas y elaborar una tabla de matriz de afinidad.
- En la sistematización se debe incluir una lista de chequeo con el fin de detectar deficiencias, errores y aplicar pautas de controles correctivos oportunamente evitando así retrasos en los procesos predeterminados.
- Plantear pautas de control preventivo para evitar que factores ya identificados en este estudio como causantes de costos de no calidad ocurran en el futuro en el servicio quirúrgico de la FOSCAL, como son: Cancelación por falta de materiales, cancelación de las cirugías por mala programación, inicio tardío del procedimiento, retraso en el envío del paciente a la sala de cirugía, entre otros.
- Se propone el aumento de la capacidad instalada en relación a las camas (UCI y hospitalización), con el fin de abarcar cirugías programadas, cirugías de urgencia e ingresos de pacientes por otras causas.

- Se propone fortalecer el área de admisiones y el personal de programación de cirugía creando un compromiso de apoyo a fin de prever la necesidad o requerimientos hospitalarios buscando así optimizar la programación de la ocupación del servicio quirúrgico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARGEL G. Juan C., Jaimes R. Juan C.; Modelo de auditoría de la calidad de la atención en salud, para la IPS Clínica REVIVIR SA.: estructura técnica y metodología básica. 2005. UIS. TESIS DE GRADO. (Administración en Servicios de Salud).
- CALDERÓN, Neyra; Servicio al cliente. (en línea) Madrid, España. Disponible página Web, 1996-2002. [www.gestiopolis.com/servicioalcliente](http://www.gestiopolis.com/servicioalcliente). Septiembre 12 de 2009, 22:12.
- CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA, Dimensiones de Calidad. (En línea). Bogotá, D.C., Colombia, 21 de Enero de 2009. Disponible página web, <http://www.cgh.org.co/temas/dimensionesdecalidad.php>. Consultado el 20 de Abril de 2009, 21:00.
- DEL RIVERO, Elvira. Gestión de la calidad 2002. (en línea). México. Disponible en página Web, [www.gerenciasalud.com/art12.htm](http://www.gerenciasalud.com/art12.htm). diciembre 10 de 2009.
- DUEÑAS Araque, Oscar Alonso. La Dimensión Humana 2003. (en línea). Colombia. Disponible en página Web, [www.gerenciasalud.com/art260.htm](http://www.gerenciasalud.com/art260.htm). diciembre 10 de 2009.
- FLOREZ J. Luis E.; Sistema de un diseño de costos día cama ocupada para el servicio de hospitalización de la ese Hospital Francisco Canossa de Pelaya de Cesar. Bucaramanga, 2005. UIS. TESIS DE GRADO. (Administración en Servicios de Salud).
- HERVAS Maldonado, Francisco. EL HOSPITAL EMPRESA Y LA SANIDAD ASISTENCIAL: CALIDAD Y RENTABILIDAD. Madrid: Díaz de Santos, 2007.

- HOYOS Mejía, Inés. LA CALIDAD A TRAVES DE LA GERENCIA EN SALUD: MODULO DE AUTOINSTRUCCION. Manizales: Universidad de Caldas, 1996.
- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Calidad en Salud en Colombia: Los Principios. (En línea). Bogotá, Colombia, 2008. Disponible página web, <http://ww.minprotecciónsocial.gov.co>. Septiembre 19 de 2009, 21:30
- MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Redes, políticas y calidad. (En línea). Bogotá, Colombia, 2009. Disponible página web. <http://ww.minprotecciónsocial.gov.co>. Agosto 12 de 2009, 20:00
- CHACON, Norge Garbey. Sistema de costos de calidad para instalaciones turísticas. (En línea), La Habana, Cuba. Disponible página Web, <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/fin/siscostocalidad.htm> Octubre 15 de 2009, 19:30.
- MENODZA A. Pedro. Evaluación económica en salud: análisis de costo y análisis de costo efectividad. Perú. 1995. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=163609&indexSearch=ID>
- ORTIZ C. José A., Palomino M. Juan C., Soler R. Giovanna.; Programa de auditoría de costos de la mala calidad en el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón. 2006. UNAB. TRABAJO DE TESIS. PROGRAMA DE POSTGRADO.
- REY TABOADA, Avril. Análisis de la filosofía y metodología de Joseph M. Juran y su aplicación a la cirugía general. (En línea), México, DF. Disponible en página Web, <http://www.amcg.org.mx/htmls/boletin/contenidos.php?ID=49>. Noviembre 1 de 2009, 21:00.

- SALUD GLOBAL; Metodologías de identificación, gestión e intervención para la calidad, (En línea). Disponible página web.  
[www.saludgob.mx/unidades/dgces/gestion/page/03.html](http://www.saludgob.mx/unidades/dgces/gestion/page/03.html). Octubre 10 de 2009, 22:30.
- VASQUEZ, Ana María; La Calidad no Cuesta (En línea). Buenos Aires, Argentina, Disponible en página Web.  
<http://www.estrucplan.com.ar/articulos/00097.asp>. 15 de Abril de 2009, 24:09.
- TAFUR CALDERON, Luis Alberto. El Sistema de Salud de Colombia después de la Ley 100. (En línea), Colombia. Disponible en pagina web, <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL27NO1/sistemasalud.html> Noviembre 16 de 2009, 20:00.
- Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social ISSN 1409-1259 *versión impresa (31)*
- Congreso de la República. Ley 100 de 1993
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006

# **ANEXOS**

## ANEXO A. FICHA BIBLIOGRAFICA No. 1

**TITULO:** Sistema de un diseño de costos día cama ocupada para el servicio de hospitalización de la ESE Hospital Francisco Canossa de Pelaya, Cesar.

**AUTOR:** Luis Eduardo Flórez Jácome.

**AÑO:** 2005

**OBJETIVO:** Diseñar un sistema de costos día cama ocupada para el servicio de hospitalización del hospital francisco Canossa que le permitan controlar los gastos.

**METODOLOGIA EMPLEADA:**

Recolección de información mediante registros contables de cada actividad de producción.

Los costos indirectos se calculan con el método ABC (costeo basado en actividades) en el cual se hace el prorrateo del costo administrativo y logístico hacia los centros operativos, para este caso hospitalización.

Se utiliza como fuentes secundarias las estadísticas como el registro individual de atención para hospitalización con el respectivo consolidado mensual, día cama ocupada mes, día cama disponible, giro cama, porcentaje ocupacional, promedio estancia, los registros de los costos administrativos y logísticos de la ESE como estados financieros, inventarios, nomina, salidas del almacén, soportes de servicios generales, contratos con EPS, ARS y similares, decreto 2423 de diciembre 30 de 1996 (Art. 47 tarifa estancia).

Evaluación y análisis de datos.

La evaluación esta orientada a la obtención de datos oportunos, reales y confiables de los procesos para la elaboración del producto de hospitalización, para analizar los datos como herramienta de apoyo en las decisiones de la dirección.

Para encontrar el costo del producto se aplicaron las cuatro fases propuestas en la metodología del Ministerio de Salud (diseño del sistema, cálculo de costos, indicadores y gerencia de costos y novedades).

## **RESULTADOS:**

Este estudio permitió obtener resultados del costo del centro, el costo del producto, productividad, margen de rentabilidad y punto de equilibrio.

Se identificó un producto único día cama ocupada y su costo promedio ochenta y dos mil trescientos cuarenta y dos pesos (\$82.342 pesos).

Llegaron a la conclusión que existe un gran número de camas no utilizadas que generan aumento en el centro de costos de hospitalización y con un costo indirecto pues la nomina genera pagos de personal que no labora estrictamente en dicho centro de costos.

Se debe analizar los costos directos y recursos de cada actividad ya que estos deben estar equilibrados para la obtención de un centro de costos real.

## **ANEXO B. FICHA BIBLIOGRAFIA No.2**

**TÍTULO:** Desarrollo y utilización de una escala de valoración de calidad construida específicamente para evaluar estudios que comparan modalidades de hemodiálisis.

**AUTOR:** María R. Lagoa Vigo; Carlos Elvira.

**AÑO:** 2008.

**OBJETIVO:** Desarrollar una escala específica para medir la calidad de los estudios incluidos en la revisión y su aplicabilidad.

**METODOLOGIA EMPLEADA:** Se fijaron una serie de criterios de inclusión y exclusión para los estudios obtenidos. La escala se dividió en tres apartados: características generales de los estudios incluidos, características específicas de los estudios y características de los pacientes. La escala permitió una clasificación más precisa en cuanto a la calidad global de los estudios analizados y fue además reproducible.

La utilización de una escala de calidad específica proporciona una información más adecuada sobre la calidad de la evidencia que aporta cada uno de estos estudios.

Un método de medición de la calidad debe centrarse en el análisis de los resultados y no del proceso. Una lectura real de la situación y una menor exigencia de tiempo y recursos son los principales activos de este procedimiento.

Para analizar los resultados de mortalidad a partir del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) del hospital, la herramienta utilizada en Estados Unidos es

un programa informático denominado APR-GRD, que clasifica y agrupa la casuística de un centro en grupos homogéneos de patologías utilizando los grupos relacionados de diagnóstico (GRD).

También estratifica cada grupo en dos ejes: la gravedad y el riesgo de mortalidad, cada uno de los cuales tiene cuatro niveles: bajo, moderado, alto y extremo. Existen otros programas informáticos para estudiar las complicaciones (PPC) y los reingresos (PPR), que ya se están usando en algunos estados de Norteamérica como el de Nueva York y la Florida.

**RESULTADOS:** En España, el Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, comenzó a trabajar con APR-GRD a finales del pasado año: "En nuestro hospital hemos demostrado que se puede hacer y estamos muy satisfechos porque nos pone sobre la realidad", ha afirmado Carlos Elvira, quien también ha subrayado que los resultados están disponibles de manera inmediata para la gestión de calidad.

Elvira ha abogado por que el procedimiento se extienda y ha coincidido con Berlinguet en destacar el papel primordial que la calidad debe tener en el sistema sanitario como un elemento necesario para la seguridad de los pacientes.

### ANEXO C. FICHA BIBLIOGRAFICA No.3

**TITULO.** Modelo de auditoría de la calidad de la atención en salud, para la IPS Clínica REVIVIR SA.: estructura técnica y metodología básica.

**AUTOR.** Juan Carlos Argel González, Juan Carlos Jaimes Román.

**AÑO:** 2005

**OBJETIVO.** Diseñar los aspectos técnicos y metodológicos básicos de un modelo de auditoría de la calidad de la atención en salud para la Clínica REVIVIR S.A., que le ayuden a evaluar, con el propósito supremo de contribuir a mejorarlos, sus procesos técnico-administrativos prioritarios y que sea replicable a otras instituciones.

Identificar los principales problemas de calidad que se presentan en el proceso de prestación de servicios de la Clínica REVIVIR S.A., así como las causas que la determinan.

**METODOLOGIA EMPLEADA.** Se realizó el rediseño de aquellos procesos que requerían un ajuste, para la cual se tuvo en cuenta las necesidades de las partes involucradas en la ejecución, así como los resultados de la evaluación de los mismos, haciendo énfasis de que ellos fueran simples y ágiles, por lo tanto, garantizaran la operatividad de la Clínica Revivir S.A.

**RESULTADOS.** De acuerdo con la metodología que se estableció para la ejecución de este proyecto y con el ánimo de evitar caer en el error de trabajar sobre procesos que pudieran tener fallas en el diseño o en la operación, se analizó cada uno de los diferentes procesos del área asistencial de la Clínica Revivir S.A.

Para el efecto, no solo se estudio con detenimiento el diseño, el cual se hizo evidente en el levantamiento que se ejecuto sino que efectuó una detenida observación de las condiciones que se ejecuta y de la forma como se llevan a cabo con las diferentes actividades que componen cada uno de los procesos así como los resultados de la operación de los mismos, revisiones que se adelantaron haciendo especial énfasis en la sencillez y en la operatividad de los procesos.

#### **ANEXO D. FICHA BIBLIOGRAFICA No.4**

**TITULO.** Programa de auditoría de costos de la mala calidad en el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón.

**AUTORES:** José Alexander Ortiz Caballero, Juan Carlos Palomino Mendoza y Giovanna Soler Rodríguez.

**AÑO:** 2006.

**OBJETIVOS:** **Planificar** un Programa de Auditoria de Costos de la Mala Calidad que permita evaluar el Proceso de Atención de Urgencias de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón, con el fin de mejorar la calidad de atención en salud para satisfacción de los usuarios y contribuir al logro de la viabilidad financiera de la organización facilitando así su competitividad y permanencia en el sector.

Identificar los puntos de riesgo en el proceso de atención de Urgencias de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón, factores críticos que pueden generar Costos de Mala Calidad.

#### **METODOLOGIA EMPLEADA:**

- ◆ Se realizó una revisión bibliográfica con base en parte de la literatura del área de la salud existente, respecto a los conceptos de calidad, costos y auditoria, posterior a lo cual se procedió a extraer los conceptos básicos necesarios para orientar la planificación de la auditoría.
- ◆ Como primer paso, se redactó el soporte teórico de la planificación de la auditoría.
- ◆ Para la obtención de la información administrativa se consultó la subdirección administrativa y la subdirección científica, lo cual permitió

conocer el proceso de atención de urgencias; sobre esta base, se diseñó el flujograma del proceso para su mejor visualización.

- ◆ Fundamentados en lo anterior, se procedió a identificar los puntos de riesgos existentes en el proceso que puedan dar oportunidad a la posibilidad de presentarse costos de mala calidad en la atención de Urgencias.

- ◆ A partir de los puntos de riesgo identificados, se procedió a definir los puntos de control y a planificar su manejo.

- ◆ Como parámetro de control para cada punto de riesgo a evaluar se diseñó un indicador de Gestión que permita, en suma, conocer el desempeño del proceso de Urgencias de la E.S.E. Hospital San Juan de Dios de Girón y medir los Costos de la Mala Calidad en este proceso.

- ◆ Finalmente, se elaboró la planificación del trabajo de auditoría de campo acompañado del diseño de sus respectivos papeles de trabajo, que permita recolectar los datos y evidencias necesarias para realizar el proceso de análisis de la información, presentación de informe y proposición de acciones de mejora.

## **RESULTADOS:**

Una vez recogida la información se transcribirá a un tabla para consolidar y promediar los resultados obtenidos por cada actividad verificada, y luego ese promedio de cada actividad se transcribirá a una segunda tabla con el fin de conocer la puntuación promedio final de la sumatoria de los promedios de todas las actividades que nos hable en cifras de la calidad del servicio prestado, para obtener datos que permitan dar el diagnóstico del proceso para el informe y las recomendaciones finales.

## **ANEXO E. Encuesta a Pacientes y Familiares.**

1. ¿Cuál fue la impresión sobre las instalaciones, limpieza e higiene de las áreas?  
a. Buena b. Regular c. Mala
2. ¿Cómo es la atención por parte del personal administrativo?  
a. Buena b. Regular c. Mala
3. ¿Cómo es la atención por parte del personal de enfermería?  
a. Buena b. Regular c. Mala
4. ¿Cómo es la atención por parte del personal médico de la unidad?  
a. Buena b. Regular c. Mala
5. ¿La información recibida por parte del médico, sobre lo que iban a hacerle le ha parecido?  
a. Insuficiente b. Suficiente c. Muy completo
6. Opinión que le ha causado a su familiar el servicio  
a. Buena b. Regular c. Mala
7. ¿Recomendaría el venir a esta institución a otras personas?  
a. Si b. No
8. Le hemos generado inconvenientes en:  
a. Traslado  
b. Tiempo previo de ingreso a la institución  
c. El proceso administrativo  
d. Por la preparación que necesito para el procedimiento  
e. Por el tiempo de espera en transferencia a las salas  
f. No contestaron
9. El tiempo de duración del proceso desde la primera cita hasta que se lo han resuelto. ¿Le ha parecido?  
a. Mucho

b. Bastante

c. Poco

d. Muy poco

e. No contestaron

**10.** ¿Se va contento(a) por la atención recibida?

a. Si b. No

**ANEXO F. Encuesta a Secretarías Administrativas – Programadoras de Cirugías CAL**

1. ¿Al programar tienen en cuenta?
  - a. Autorizaciones
  - b. Vigencia de la orden
  - c. Tiempo de plazo estipulado por la institución
  - d. Solicitud de turno con los requerimientos completos
  - e. Todas las anteriores
2. ¿Qué dificultad tienen al programar?
  - a. Acceso al servicio
  - b. Horarios de atención
  - c. Franjas asignadas
  - d. Hospitalización
  - e. Ninguna
  - f. Por enfermedad
3. ¿Qué otras limitantes encuentran para la programación de cirugías?
  - a. EPS
  - b. Ordenes mal diligenciadas
  - c. Justificaciones de NO POS
  - d. Copagos
  - e. Horario para valoración preanestésica
  - f. Otras cuales
4. ¿Cuál es la oportunidad de programación de cirugía?
  - a. 24 horas
  - b. 48 horas
  - c. 72 horas
  - d. Más?

**5.** ¿Cuáles son las causas por las cuales se han cancelado cirugías?

- a. Contrato con las EPS
- b. Camas
- c. Falta de habitaciones
- d. Enfermedades
- e. UCI
- f. Urgencias
- g. Problemas respiratorios
- h. Copagos
- i. Toman aspirina sin avisar
- j. Calamidad domestica
- k. Muerte
- l. Viaje
- m. Falta de dinero