

**DIAGNOSTICO DE LOS COSTOS DE LA MALA CALIDAD  
EN EL SERVICIO DE CIRUGIA AMBULATORIA DE LA  
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER**

**MARIBEL ESPARZA BOHORQUEZ  
GLORIA QUIROZ DE BARRERA  
JUAN CARLOS RODRIGUEZ DIAZ  
CARMEN MIREYA RUEDA BASTIDAS  
JOHANNA SOFIA RUIZ FAJARDO**



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD  
BUCARAMANGA  
1998**

**DIAGNOSTICO DE LOS COSTOS DE LA MALA CALIDAD  
EN EL SERVICIO DE CIRUGIA AMBULATORIA DE LA  
FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER**

**MARIBEL ESPARZA BOHORQUEZ  
GLORIA QUIROZ DE BARRERA  
JUAN CARLOS RODRIGUEZ DIAZ  
CARMEN MIREYA RUEDA BASTIDAS  
JOHANNA SOFIA RUIZ FAJARDO**

**Proyecto de grado presentado como  
requisito en la especialización  
en Auditoría en Salud**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD  
BUCARAMANGA  
1998**

## CONTENIDO

|  | Pág. |
|--|------|
| INTRODUCCION   | 1    |
| 1. MARCO DE REFERENCIA                                 | 3    |
| 1.1 MARCO NORMATIVO                                    | 3    |
| 1.2 MARCO CONCEPTUAL                                   | 11   |
| 1.2.1 Generalidades                                    | 11   |
| 1.2.2 Costos y calidad                                 | 18   |
| 1.3 MARCO INSTITUCIONAL                                | 27   |
| 1.3.1 Contexto   | 27   |
| 1.3.2 Plataforma estratégica y filosófica              | 29   |
| 1.3.2.1 Visión Institucional                           | 29   |
| 1.3.2.2 Misión Institucional                           | 29   |
| 1.3.2.3 Principios y Valores Institucionales           | 29   |
| 1.3.3 Estructura Orgánica                              | 30   |
| 2. OBJETIVOS   | 32   |
| 2.1 GENERAL  | 32   |
| 2.2 ESPECIFICOS  | 32   |
| 3. METODOLOGIA   | 34   |
| 4. HALLAZGOS Y ANALISIS DE LOS COSTOS DE LA NO CALIDAD | 40   |

|                    |    |
|--------------------|----|
| 5. CONCLUSIONES    | 45 |
| 6. RECOMENDACIONES | 47 |
| BIBLIOGRAFIA       |    |
| GLOSARIO           |    |
| ANEXOS             |    |



## LISTA DE ANEXOS

|  | Pág. |
|--|------|
| Anexo A. Organigrama FOS-CAL                   | 55   |
| Anexo B. Flujograma proceso general cirugíaFOS | 56   |
| Anexo C. Elementos del costo de no calidad     | 60   |
| Anexo D. Informe semanal de cirugía cancelada  | 61   |
| Anexo E. Censo diario de pacientes             | 62   |
| Anexo F. Informe del costo de la no calidad    | 63   |

## **INTRODUCCION**

Este trabajo tiene como finalidad presentar información importante que genere una actitud positiva y un proceso de reflexión serio y concreto sobre los costos de la mala calidad de los servicios, como una primera aproximación práctica para el desarrollo de procesos y procedimientos que conlleven un compromiso con el mejoramiento continuo de la calidad.

Para ello se presentan elementos que permiten plantear soluciones que tomen en cuenta los recursos y las necesidades del servicio.

Es importante destacar el aporte del recurso humano involucrado en la prestación del servicio como aspecto indispensable en la identificación de las posibles soluciones.

La Auditoría de los costos de mala calidad aporta en la empresa una herramienta útil que permite reevaluar la forma como la dirección y los empleados piensan sobre los errores. Cuando se realizan los procesos sin considerar los errores en que se incurre y sin conocer el costo de los mismos, los empleados no son conscientes de la magnitud económica que representa cada uno de éstos.

Al hablar en términos de dinero a los directivos, se cambia la idea que tienen acerca de la calidad, ya que el costo de la mala calidad proporciona un sentido monetario al problema permitiendo que las acciones correctoras se pueden dirigir a las soluciones más representativas para así lograr un máximo rendimiento.

Igualmente, el costo de la mala calidad proporciona un método para medir de una forma eficaz el impacto del proceso de mejora de calidad.

Por último, debe decirse que la reducción de los costos de mala calidad, es probablemente la mejor estrategia de una empresa para optimizar la inversión y mejorar el resultado.

## **1. MARCO DE REFERENCIA**

### **1.1 MARCO NORMATIVO**

A raíz de la promulgación de la Constitución Política de la República de Colombia en el año de 1991, se definió en los artículos 48 y 49, la Seguridad Social como un servicio público obligatorio que se prestaría bajo la coordinación y control del Estado y la garantía de la atención en salud para todas las personas.

La organización del Sistema de Seguridad Social se encuentra a cargo del Estado y para el efecto se establece que el servicio público de salud, será prestado por entidades públicas o privadas de acuerdo con lo establecido por la ley 100 de diciembre 23 de 1993, la cual creó el Sistema de Seguridad Social Integral, que es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Puede decirse que este Sistema de Seguridad Social representa el cambio más importante que en materia sanitaria se ha establecido en Colombia en los últimos 25 años. La nación, los departamentos y los municipios asumen el rol de

dirección, política y control en materia de salud, mientras la administración de los servicios pasa a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y la prestación de los mismos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Las I.P.S. pueden ser entidades oficiales, privadas, comunitarias o solidarias organizadas para la prestación de servicios de salud, dentro de las E.P.S. o por fuera de ellas.

La Ley 100 del 93 en su artículo 185 dice que las I.P.S. tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera y que deben contar con un sistema contable, donde se registren los costos de los servicios ofrecidos por dichas entidades.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud deben garantizar la calidad de los servicios prestados, de acuerdo con los fundamentos de servicio público, establecidos en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993. Al respecto, la ley determina que el sistema debe establecer mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención y que el Ministerio de Salud es el encargado de dictar y expedir normas administrativas que regulen la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo; estas normas son de obligatorio cumplimiento por las EPS y las IPS del Sistema de Seguridad Social.

En cuanto a la vigilancia y control de éstas, los artículos 225, 227 y 228 dictan normas sobre los sistemas de costos, facturación, publicidad, el control y evaluación de la calidad del Servicio de Salud y Revisoría Fiscal.

Los sistemas de costos tendrán un presupuesto independiente que separe los ingresos y los egresos para cada uno de los servicios prestados utilizando métodos sistemáticos.

Los sistemas de facturación permiten el conocimiento por parte del usuario de los diferentes servicios con sus correspondientes costos, discriminando la cuantía subsidiada por el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además la Superintendencia exigirá la publicación de la información que considere necesaria a la organización, incluyendo los procesos de auditoría de obligatorio desarrollo por parte de las I.P.S. Dicha información será de conocimiento público.

En cuanto a la Revisoría fiscal, toda I.P.S. debe tener un Revisor Fiscal designado por la Asamblea General de Accionistas.

Para dar cumplimiento a lo anterior se han expedido varios decretos que reglamentan la ley 100 del 1993, entre los cuales se cita el decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996 por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

su artículo 3, el decreto hace referencia a las características de la calidad de la atención en salud y menciona: “la calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la Seguridad Social en Salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización por parte de los usuarios”. Según el mismo decreto las características principales de la calidad de la atención son: accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica. La calidad integra otras adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y la suficiencia de recursos, la eficiencia, la eficacia, la integridad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida. La organización del sistema se define como el conjunto de Instituciones, requisitos, normas y procedimientos que deben cumplir los integrantes del SGSSS para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible.

Dentro de la organización interviene el Ministerio de Salud, quién determina las normas de la calidad y su actualización; la Superintendencia Nacional de Salud ejerce las funciones de inspección, vigilancia y control dentro del SOGC y aplica las sanciones respectivas; y las Direcciones Territoriales deben cumplir y hacer cumplir la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud.

Por su parte las IPS deben desarrollar sistemas de garantía de calidad y podrán adelantar acciones autorreguladoras de evaluación y mejoramiento de la calidad de manera autónoma y por voluntad propia. A los usuarios les corresponde procurar el cuidado integral de su salud, el uso racional de los servicios y ejercer veeduría de la conformación y desarrollo de los Sistemas de Garantía de Calidad.

Según el Artículo 5 de este Decreto, los objetivos del Sistema de Garantía de Calidad son:

- 1- Garantizar parámetros mínimos de calidad de la atención en salud, como punto de partida en el proceso de mejoramiento continuo de los servicios de salud.
- 2- Promover el desarrollo de una cultura de la calidad entre las personas y entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 3- Fomentar la sana competencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las que se asimilen y entre las Promotoras de Servicio en Salud, sobre la base de la calidad en beneficio de los usuarios del sistema.



4- Estimular el desarrollo de un Sistema de Información sobre la calidad, que facilite la realización de las labores de auditoría y control y contribuya a una mayor información de los usuarios en el mejoramiento de los servicios de salud.

5- Crear condiciones propicias para el fortalecimiento de la participación de los usuarios en el mejoramiento de los servicios de salud.

Dentro del Sistema de Garantía de Calidad en las EPS son componentes mínimos:

1- La verificación permanente del cumplimiento de los requisitos esenciales por parte de las IPS.

2- El mejoramiento de la red de servicios y el sistema de referencia y contrarreferencia.

3- Los procesos de auditoría.

4- El desarrollo del subsistema de información oportuna de los niveles de calidad.

También este Decreto determina que las EPS podrán contratar servicios de asesoría, control y mejoramiento de la calidad con instituciones legalmente

constituidas, quienes serán las encargadas de verificar la idoneidad de dichos editores médicos. Además, para poner en marcha el Sistema de Garantía de Calidad en las EPS, se procede a elaborar un Plan de Desarrollo Institucional que incluye los siguientes elementos:

® Manual de calidad

® Manual de procedimientos

o Planes de mejoramiento

® Informes de calidad

La misma norma establece el procedimiento de declaración de requisitos esenciales para la prestación de servicios, y prevé el desarrollo de un sistema de acreditación que permita a las IPS demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos esenciales establecidos.

En cuanto a la Auditoría Médica, hace referencia a la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas.

En el Decreto 2753 del 13 de noviembre de 1997 están contempladas las normas para el funcionamiento de Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social, se consideran Prestadores de Servicios:

o Las IPS

© Los Grupos de Práctica Profesional

0 Los Profesionales Independientes

Los servicios prestados pueden ser de carácter ambulatorio u hospitalario y de diferentes grados de complejidad, los cuales se clasifican según la tecnología y el personal necesario para su prestación, en bajo, medio y alto; este último, incluye los niveles tercero y cuarto previsto en la Resolución 5261 de agosto 5 de 1994.

El artículo 5 del Decreto 2753 de 1997 hace referencia a la calidad del servicio, por lo cual los Prestadores de Servicio de Salud deben cumplir con los requisitos sanitarios y de funcionamiento vigentes contemplados en el Decreto 2240/96, Resolución 4445/96 y en especial a lo señalado en el Decreto 2174/96.

Las IPS serán vigiladas y controladas por las Direcciones de Salud Departamentales, Distritales y Municipales.

El Decreto 2753 de 1997 se refiere también a las IPS que se encuentren funcionando a (a fecha de expedición del mismo, quienes tendrán un plazo de seis meses contados a partir de la fecha, para registrar o actualizar su registro. En caso de no haber adelantado los trámites no podrán contratar.

La resolución 4445 del 2 de diciembre de 1996 dicta normas referentes a las condiciones sanitarias que debe cumplir los establecimientos de salud.

La Circular Externa No 48 del 26 de noviembre de 1997 imparte instrucciones para la verificación de los requisitos esenciales y fija el procedimiento de registro de los prestadores de servicios de salud.

Finalmente, mediante el Decreto 204 del 28 de enero de 1998 se autoriza a las Direcciones Territoriales de Salud de los Departamentos, Distritos y Municipios que estén certificados, para otorgar plazo máximo a las IPS con el fin de que presenten la declaración de requisitos esenciales y cumplan con la totalidad de los mismos hasta el 29 de enero de 1999. Además las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuyo patrimonio exceda de 200 salarios mínimos legales mensuales y que presten los servicios de urgencias, hospitalización o cirugía en cualquier grado de complejidad deberán establecer un sistema de costos y facturación mediante los establecidos en la ley 100 de 1993.

## **1.2 MARCO CONCEPTUAL**

**1.2.1 Generalidades.** La normatividad existente<sup>1</sup> hizo relevante la implementación del Sistema de Garantía de Calidad en las Instituciones

---

<sup>1</sup> LEY 100/93

Prestadoras de Servicios de Salud, de esta manera la búsqueda de la calidad garantiza un mayor nivel de competitividad para la empresa y consecuentemente posibilita su supervivencia en un mercado que se configura cada vez más exigente.

A grandes rasgos el fenómeno de la calidad se encuentra vinculado al hecho que en los años 50 los productos japoneses poseían una imagen negativa ya que se consideraban productos de bajo precio y de mala calidad. Con el objetivo de mejorar este hecho, los sectores empresariales y el gobierno japonés recurrieron a Deming y Juran para que aplicaran los conceptos y prácticas de calidad, ya que en su propio país no habían logrado respuestas muy entusiastas.

En los años 60 el incremento en la competitividad de los productos japoneses hizo que los países europeos y E.E.U.U. retomaran el camino recorrido por los japoneses. A partir de este momento se observa una preocupación progresiva por la calidad, aunque es sólo a principios de los 80 que viene el auge de los procesos de gestión de la calidad que involucran la atención primaria en salud en E.E.U.U. y Europa; luego la Organización Mundial de la Salud empieza a establecer sistemas de análisis para evaluar la calidad de la atención en las instituciones de salud.

Según Antonio Carlos Acevedo<sup>2</sup>, “calidad es un fenómeno que ocurre siempre y cuando un producto (Bien o Servicio) logre satisfacer las expectativas de un cliente o usuario.

Para el Dr. Avedis Donabedian (1980)<sup>3</sup> “la calidad y la atención técnica consiste en la aplicación de las ciencias y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos”. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

Para W. Edwards Deming<sup>4</sup> calidad es “hacer lo correcto en la forma correcta de inmediato”.

Al mencionar la palabra calidad se hace referencia a un conjunto de valores y características que incluyen:

**Calidad intrínseca:** está determinada por las características del producto o servicio que satisfacen al cliente interno y externo, mediante el cumplimiento de una serie de especificaciones técnicas.

---

<sup>2</sup> ACEVEDO, Antonio Carlos. Dimensiones de la gestión de la calidad en los servicios de salud.

<sup>3</sup> DONNABEDIAN, Avedis. Quality cost and cost containment.

<sup>4</sup> DIPRETE BROWN, Lory y Otro. Garantía de calidad de la atención de salud en los países desarrollados.

**Costos:** El costo debe ser entendido desde el punto de vista del cliente.

Comprende no sólo el costo del producto final sino los costos intermedios.

**Atención:** En el plazo y el lugar correcto, en la cantidad y modos especificados por el cliente.

**Seguridad:** Hace referencia al daño físico que el producto o servicio pueda causar al cliente, a los propios funcionarios, a los vecinos y al medio ambiente. La seguridad de los clientes está ligada a la responsabilidad civil del producto o servicio.

**Disposición de los empleados:** Es una dimensión que mide el nivel de satisfacción de las personas en las organizaciones.

La calidad se interpreta de acuerdo con las expectativas y necesidades del rol que desempeña cada persona durante el proceso:

Para el paciente, la calidad en la atención es la satisfacción de sus necesidades en el momento oportuno, de una manera amable, con servicios accesibles que le permitan continuidad y comodidad al recibirlos.

Para los miembros de servicios de salud, la atención de calidad implica la libertad de hacer todo lo que sea apropiado para mejorar la condición de salud del paciente y de la comunidad, según normas establecidas, tecnología de punta y recursos con los que se cuenta.

Para los administradores de salud que no prestan atención directa, la atención de calidad es la administración logística, financiera y de administración de recursos, de una manera óptima al prestar el servicio. Ellos tienden a pensar que el acceso, la eficacia, la competencia profesional y la eficiencia son los aspectos más importantes de la calidad.

Según Ishikawa<sup>5</sup> “la calidad debe incorporarse dentro de cada diseño y cada proceso, no se puede crear mediante la inspección. En sí la garantía de calidad es asegurar la calidad de un producto, de modo que el cliente pueda comprarlo y utilizarlo largo tiempo con confianza y satisfacción”.

Para el Dr. Avedis Donabedian<sup>6</sup> garantía de calidad es: “El conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención”.

---

<sup>5</sup> KAORU, Ishikawa. Qué es el control total de la calidad?.

<sup>6</sup> DONABEDIAN, Avedis. Op. Cit.



Según Ruelas y Frenk<sup>7</sup> es “el proceso sistemático de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales de acuerdo con el conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema en particular”.

El Sistema de Garantía de Calidad en Salud es el conjunto de normas y procedimientos cuya interacción genera acciones planificadas, sistemáticas y continuas, con el objeto de evaluar y controlar la calidad del servicio de salud<sup>8</sup>.

La gestión de calidad representa un recurso de incalculable valor en la conducción de los cambios en las entidades de salud, necesarios a responder a las nuevas necesidades de la población que involucra nuevas alternativas de atención y una diferenciación progresiva de tecnología y servicios.

**Control de Gestión**<sup>9</sup> Son los mecanismos de verificación y evaluación con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas y dentro de los planes y políticas trazados por la dirección de cada entidad y en atención a sus metas y objetivos.

---

<sup>7</sup> RUELAS y FRENK

<sup>8</sup> TOBON CASTRO, José Leonardo. Seminario Taller: Creación de una IPS.. su organización y manejo. Hotel Meliá Chicamocha. Bucaramanga, Agosto 5-6/97.

<sup>9</sup> Ibid.

**Auditoría Médica**<sup>10</sup>. Es la evaluación sistemática de la calidad y de la racionalización del recurso de la atención en salud, enfocada principalmente en su proceso y resultado, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios de salud.

La garantía de calidad en la industria de la atención a la salud, ha sido tradicionalmente guiada por la ética médica y por los conceptos referentes al ejercicio correcto de la profesión médica, de la enfermería y de otras profesiones dedicadas a la atención en salud.

En la actualidad el sistema de garantía de calidad debe responder a la necesidad de las EPS y de las IPS para controlar los costos crecientes de la atención en salud, sin descuidar la calidad de la atención, buscando el mejoramiento del estado de salud a un mejor costo.

El proceso de mejoramiento de la calidad representa un papel importante en la reducción de costos. El mejoramiento continuo, según Feigenbaum<sup>11</sup> ha adquirido un significado amplio, como el de los esfuerzos persistentes para actuar sobre los problemas crónicos y esporádicos y para refinar los procesos; para problemas crónicos, significa lograr niveles cada vez mejores del desempeño anual; para los problemas esporádicos, significa tomar medidas correctivas sobre problemas

---

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> Ibid.

periódicos; para el refinamiento de los procesos, quiere decir tomar acciones como la de reducir la variación alrededor del valor meta. Según el mismo autor los programas de mejoramiento continuo forman parte de control total de la calidad, y pueden definirse como un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo, mantenimiento y mejoramiento de calidad, realizados por los diversos grupos en una organización de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos compatibles con la plena satisfacción de los clientes.

La esencia del control total de la calidad es asegurar la calidad de los servicios prestados. Es importante fomentar no sólo el control de la calidad de los costos sino también el control de las cantidades y los despachos.

**1.2.2 Costos y calidad.** Según Jaime Varo<sup>12</sup> el principio esencial de la calidad, es la mejor utilización de los recursos, equipos, materiales, información, medios financieros y humanos que permiten reducir costos y alcanzar una mayor productividad. La valoración económica de estos gastos se denomina costos de calidad y el costo de la no calidad lo constituye la valoración de las pérdidas no mensurables, como el deterioro de la imagen de la empresa, clientela descontenta, rendimiento deficiente del personal por falta de motivación, etc. Aunque algunos autores como H. J. Harrington lo denominan costos de la mala

---

<sup>12</sup> VARO, Jaime. Gestión estratégica de los servicios sanitarios.

calidad o costos relacionados con la calidad. Otros como Campanella<sup>13</sup> afirman que los costos de calidad son los costos totales en que se incurre al invertir en la prevención de las disconformidades con las especificaciones, evaluar la conformidad en un producto o servicio y por no cumplir los requisitos.

La primera referencia bibliográfica de los costos de calidad se debe a Juran que en la primera edición de su libro "*Quality Control Handbook*" tituló el capítulo I "Los aspectos económicos de la calidad".

Posteriormente Feigenbaum, en su libro "Total Quality Control" desarrolló un sistema de información que reunía todos los costos relacionados con el sistema de calidad, la inspección de los productos y el gasto en que incurría cuando el producto no cumplía las especificaciones. La American Society for Quality Control (ASQC) publicaba en 1967 el libro "Quality costs - What and How" en el que se detallaban los contenidos de un sistema de costos de calidad y se definían las categorías y los elementos de los mismos.

Deming<sup>14</sup>, establece la siguiente relación en cadena:

La mejora de la calidad conduce a una disminución de los costos de producción y a una mejor optimización de los recursos; como consecuencia, mejora la productividad y aumenta la cuota de mercado

---

<sup>13</sup> CAMPANELLA, J. Principles of quality costs. Principles, implementation and use. Milwaukee, Wisconsin: ASQC Quality Press, 1990. Edición en castellano: Principios de los costos de la calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1992.

<sup>14</sup> DEMING W.E. Out of the crisis. Quality, productivity and competitive position. Cambridge, Mass: Cambridge University Press, 1982. Edición en castellano: Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Madrid: Díaz de Santos, 1989.

gracias a unos precios más bajos y a la mejor calidad, circunstancias que favorecen la supervivencia de la empresa y la creación de puesto de trabajo.

De acuerdo con la variedad existente de denominaciones se hace necesaria la definición de los siguientes términos:

**Costo:** Es la medida monetaria de los recursos que se consumen para obtener un objetivo determinado<sup>15</sup>.

Según Castaño Convers<sup>16</sup>, costos es la sumatoria de los valores monetarios que intervienen en un proceso de producción de bienes o servicios. No necesariamente es el desembolso de dinero, pero sí son valores monetarios y de acuerdo al comportamiento respecto al volumen de producción, los costos se pueden clasificar en:

**Costos fijos:** Son aquellos que no dependen del volumen de producción de un servicio. Permanecen constantes, independientes de la variación en la utilización de los servicios.

**Costos variables:** Son los que varían cuando cambia el volumen de utilización del servicio.

---

<sup>15</sup> TOBON CASTRO, José Leonardo. Op. cit.

<sup>16</sup> CASTAÑO CONVERS, Sergio. Gheos: Cómo calcular sus costos.

**Costos totales:** Es la suma de los costos fijos más los variables. Dependen del volumen de producción o de prestación de servicios.

**Costos unitarios:** Corresponden a cada unidad de un producto o servicio en la Institución.

**Costos marginales:** Representan el incremento de los costos en que se incurre al comenzar a prestar un servicio o al aumentar en un determinado volumen adicional, la producción de los servicios ya existentes.

**Costos directos:** Son los que se pueden identificar y medir fácilmente dentro del costo del producto y por esta razón se asigna a él con facilidad.

**Costos indirectos.** Son los que no se pueden asignar fácilmente a cada unidad de producto o por ser relativamente pequeños no es práctico hacerlo.

Los costos de calidad, según Santiago Nofuentes<sup>17</sup> se clasifican en las siguientes categorías:

***Costos efectivos de no-calidad:***

- Prevención

---

<sup>17</sup> NOFUENTES PEREZ, Santiago. Costos de no calidad aplicada al sector salud. Septiembre de 1997.

® Evaluación

o Errores internos

• Errores externos

**Costos de oportunidad:**

- Internos
- Externos

- **Costos efectivos de no calidad**

Representan la diferencia entre el costo real de un servicio o producto y el menor costo que tendrían si no hubiese posibilidad de prestar un servicio inferior. Los costos efectivos suponen un desembolso real para la empresa y figuran contabilizados en las partidas de gastos de la cuenta de resultados.

**Costos de prevención:** Son los costos que se contraen para prevenir la fabricación de los productos y la prestación de servicios de mala calidad. Son los costos de todas las actividades específicamente diseñadas para evitar la falta de calidad en productos y servicios. Es el costo de preparación de una actividad para poder desempeñarla sin errores y comprende todos los costos de los recursos humanos y materiales incluidos en el sistema de calidad.

Son (os gastos que se producen a fin de mantener en un mínimo los costos de fallas de evaluación: la planificación de la calidad, los proyectos de mejora, la formación y adiestramiento, el mantenimiento preventivo, la calificación y la valoración de proveedores, las auditorías, las instrucciones de los puestos de trabajo, el sistema de costos de calidad.

**Costos de evaluación:** Son los costos correspondientes a los procesos de medición, evaluación o auditoría de productos o servicios destinados a garantizar su conformidad con las normas de calidad, incluye los costos destinados a comprobar mediante la recopilación de datos y otros productos, si se ha prevenido la fabricación de productos o la prestación de servicios de mala calidad.

Consecuentemente, está asociado al control de calidad antes, durante y después del proceso y comprende los costos de las auditorías de calidad. Se incurre en ellos para descubrir la condición del producto, controlar la calidad de proveedores; controlar el proceso y el producto.

**Errores Internos:** Son los costos de fallas que tienen lugar antes de suministrarse un producto o prestarse un servicio al cliente. Se incluyen los costos de fabricación asociados a los productos y servicios que no satisfacen los requisitos de calidad y los gastos originados al mejorar un método o



procedimiento defectuoso. Resultan de la corrección de errores detectados en los procesos o servicios antes de llegar a los clientes.

Comprenden todos los gastos debidos a la falta de calidad: pérdida neta de mano de obra y materiales, trabajos de re-elaboración, tiempo de paro de los equipos por falta de calidad o por obsolescencia; mantenimiento correctivo, pérdida de rendimiento.

***Errores externos:*** Son los costos de fallas que se producen después de haberse entregado el producto y durante la prestación del servicio. Comprende los errores no detectados a tiempo que repercuten en el usuario final de una forma directa, porque se le suministran bienes y servicios defectuosos. Se incluyen los gastos destinados a captar nuevos clientes y contrarrestar la pérdida de los usuarios insatisfechos o a compensar la pérdida de imagen: atención de las reclamaciones, devoluciones, gastos de garantías, penalizaciones.

**• Costos de oportunidad:**

También se denominan costos indirectos o intangibles. Si los costos efectivos afectan de forma inmediata a la cuenta de resultados, los costos de oportunidad afectan a medio y a largo plazo y de ellos pueden depender la supervivencia de la empresa.

***Internos:*** Provocan la no-utilización plena de los recursos, el tiempo y demás recursos dedicados a analizar y corregir errores que podríamos dedicar a prestar servicios satisfactorios que generarían unos ingresos económicos adicionales, estos ingresos que dejamos de percibir constituyen los costos de oportunidad internos.

***Externos:*** Los servicios de mala calidad que se prestan al cliente general insatisfacción, lo que provoca la pérdida de clientes y la pérdida de los ingresos económicos que ellos presentan. El costo real de la producción incluida la contribución de la calidad, es igual al costo sin fallas más los costos de calidad (de prevención, de valoración y de fallas).

Según Castaño Convers<sup>18</sup>. El sistema de costos de la no-calidad es una de las muchas herramientas de la gestión de la calidad, no es sólo de carácter financiero, ya que su objetivo es facilitar los esfuerzo de mejora de la calidad conducentes a la reducción de los costos efectivos.

Así mismo, el autor define las ventajas de los sistemas de costos de calidad de la siguiente manera:

---

<sup>18</sup> CASTAÑO CONVERS, Sergio. Op.Cit.

- ® Los costos son una de las dimensiones de la calidad de la respuesta al usuario.
- La información sobre costos es básica para establecer políticas de contratación.
- ® La información sobre costos ayuda en la fijación de tarifas.
- ® Los costos son uno de los soportes de los resultados financieros.
- ® El conocimiento y el gerenciamiento de los costos evitan desperdicios financieros.
- ® Los costos permiten monitorear la gestión de la organización.
- ® La información de costos genera decisiones sobre el proceso de atención de pacientes.
- ® La información sobre costos ayuda a establecer estrategias de mercadeo.
- ® La información de costos es básica dentro del proceso de presupuestación.

Para Castaño Convers, la disminución de los costos no se debe relacionar con disminución de la calidad, por el contrario, una mejora de la calidad en la prestación de los servicios de salud, implica una disminución automática de los costos debido a una mayor eficiencia, es decir, mejorar la calidad es uno de los instrumentos más eficaces para el control de los costos. Además, el objetivo del análisis de costos es suministrar información interna para adoptar medidas de los siguientes tipos:

- » Fijación de productos de venta.
- ® Control de costos.
- e Decisiones sobre el proceso de atención
- © Decisiones sobre proveedores Vs producción.
- © Decisiones sobre la mezcla de productos.
- ® Decisiones sobre volumen-beneficio
- Presupuestación.

### **1.3 MARCO INSTITUCIONAL**

**1.3.1 Contexto.** La Fundación Oftalmológica de Santander es un complejo médico que tuvo su inicio en el Hospital Ramón González Valencia (HRGV) en el año de 1976. Fue creada para proporcionar un certificado ejercicio de la profesión oftalmológica y, además, desarrollar una estrategia social que permitiera la prestación de los servicios médicos a todos los estratos de la comunidad del oriente colombiano; es así como se trasladó años después (1979) a una vieja casona donde ocurrieron las primeras vivencias de servicios comunitarios; allí se brindó atención oftalmológica durante dos años.

En 1982 la Fundación Oftalmológica abrió sus puertas en la nueva sede ubicada en la Urbanización El Bosque, autopista a Floridablanca, con el lema “Ayudamos a que otros vean” como filosofía básica del trabajo.

La necesidad de complementar el servicio oftalmológico con otras especialidades médicas llevó a la creación de un centro asistencial que brindará servicio médico ambulatorio integral en el ámbito de los mejores del país, surge así el Centro Médico conformado por 117 especialistas en las diferentes áreas médicas. Sin embargo, quedaba por desarrollar la clínica, unidad fundamental para lograr los objetivos sociales trazados, fue entonces cuando el empresario santandereano Carlos Ardila Lulle conoció el proyecto y de inmediato quiso vincularse con su tierra natal (Bucaramanga) con un significativo aporte de dos mil quinientos millones de pesos (\$2.500.000.000.00), gracias a lo cual fue posible la culminación y funcionamiento científico de la clínica que lleva su nombre.

El Complejo Médico Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lulle (FOS-CAL) se inauguró el 14 de mayo de 1993, actualmente cuenta con 150 camas y todos los servicios médico-asistenciales y administrativos, necesarios para brindar atención en salud como entidad de tercer nivel de complejidad. Se ha consolidado como la Institución Prestadora de Servicios (IPS) de carácter no oficial de mayor cobertura del oriente colombiano. La FOS-CAL es una institución de salud privada sin ánimo de lucro, de alta complejidad, con personería jurídica No. 19070 del Ministerio de Salud, ubicada en el municipio de Floridablanca en el Departamento de Santander.

La Institución por su calidad de fundación, se rige por el régimen tributario especial contemplado en la Ley 223 de 1995 Artículo 63.

**1.3.2 Plataforma Estratégica y filosófica.** La Fundación Oftamológica de Santander, Clínica Carlos Ardila Lulle, ha definido su filosofía institucional en los siguientes términos:

**1.3.2.1 Visión Institucional.** La FOS-CAL será un centro de alta tecnología, que a través de un recurso humano de excelente calidad profesional, ética y humana, sea líder en el nororiente colombiano en la prestación de servicios de salud, consolidándose prioritariamente como un centro de Nivel Terciario que incentive la investigación y producción científica y atienda las necesidades de salud de la comunidad, con sentido social.

**1.3.2.2 Misión Institucional.** Una entidad de servicio a la comunidad; dedicada a la investigación y cuidado de la salud integral generando beneficio social; confiabilidad a sus pacientes, bienestar a su recurso humano y liderazgo en la actualización científica y tecnológica.

**1.3.2.3 Principios y valores institucionales.** Con base en los factores que conforman la visión de la Institución: clientes, recurso humano, tecnología y calidad en el servicio se definieron los siguientes principios y valores:

- ® Prestación de servicios integrales de salud a todos los estratos de la comunidad.
- Promoción y desarrollo de programas de prevención y cuidado de la salud en la comunidad.
- ® Respeto por las personas fomentando el desarrollo humano ético y profesional.
- ® Calidad de atención en los servicios integrales de salud.
- ® Mejoramiento continuo institucional.
- ® Trabajo en equipo.
- Evaluación, desarrollo e implementación de los procesos administrativos.
- ® Liderazgo científico y tecnológico.
- Creer en la creatividad de las personas y facilitarles su expresión dentro de la institución.
- ® Alta responsabilidad en los procesos de gestión.

**1.3.3 Estructura Orgánica.** La estructura organizacional de la institución se respalda en la división del personal en dos grandes áreas: administrativa, que actúa como unidad de apoyo y médica la cual constituye la unidad productiva de la Institución. Actualmente existen 140 cargos en el área administrativa y médica distribuidos en 60% y 40% respectivamente.

La estructura organizacional de la FOS-CAL está constituido por: (ver anexo A).

e Asamblea general

© Junta Directiva

® Director (de quien dependen las diferentes subdirecciones).

Existe la conformación de la Subdirección de calidad, con personal asignado cuyas funciones se encuentran en fase de acoplamiento dentro de la estructura organizacional.

Dentro de la Subdirección de Planeamiento se encuentra asignada la dependencia de Auditoría Médica que sirve de complemento y apoyo a la Subdirección de Calidad.

La Subdirección de Calidad y la dependencia de Auditoría Médica de la Subdirección de Planeación iniciaron su gestión a partir de enero de 1998, lo que explica el por qué se realiza la fase de diagnóstico de la situación actual de la organización.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GENERAL**

Presentar un estimativo de los costos de la mala calidad en el servicio de Cirugía Ambulatoria de la Fundación Oftalmológica de Santander, durante el primer trimestre de 1998, con el propósito de generar la información necesaria para justificar un programa de mejora de la calidad y de reducción de los costos de la misma.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Dar a conocer a la Dirección la importancia de los costos de mala calidad como herramienta de gestión del sistema de calidad de la organización.

Realizar el diagnóstico de la situación actual en los centros de costos existentes para diseñar la estructura necesaria en el montaje de costos de la mala calidad.

Identificar las áreas críticas del Departamento de Cirugía Ambulatoria de la FOS que intervienen en los costos de la mala calidad.

Identificar y clasificar los elementos de cirugía ambulatoria de la FOS que intervienen en los costos de mala calidad.

Realizar un análisis con base en los costos de la mala calidad obtenidos a partir de la información existente para evidenciar la magnitud de estos en la organización y determinar las necesidades faltantes dentro de la información.

Presentar los costos de la mala calidad obtenidos a partir de la información existente para evidenciar la magnitud de estos en la organización y determinar las necesidades faltantes en la información.

### 3. METODOLOGIA

Debe tenerse en cuenta que la importancia de la auditoría no solo radica en la identificación de los problemas sino en el planteamiento de soluciones y en la participación activa dentro del plan de mejoramiento continuo en la organización.

Uno de los aportes del Auditor dentro de las Instituciones de Salud, consiste en la implantación de un sistema de costos de mala calidad, que ayude a lograr una mayor eficacia, eficiencia y efectividad en los procesos de la organización.

Para la elaboración de este proyecto, se realizó un estudio retrospectivo para establecer el diagnóstico de los costos de mala calidad en el servicio de cirugía ambulatoria de la Fundación Oftalmológica de Santander en el primer trimestre de 1998.

Se realizó una revisión bibliográfica con base en la literatura existente de los conceptos de costos y calidad y las experiencias documentadas de costos de mala calidad.

Para la obtención de la información financiera del servicio de Cirugía Ambulatoria de la Fundación Oftalmológica de Santander se consultó al Departamento de Contabilidad sobre el centro de costos del servicio.

Con base en la información existente, se elaboró el diagnóstico de la situación actual de los costos de la mala calidad que permitió identificar las necesidades vitales para la implantación de un sistema de costos de la mala calidad.

El centro de costos de la F.O.S. interviene directamente en la producción o prestación del servicio y genera ingresos o facturación por los mismos. Este centro de costos asume el 18.29% de los gastos administrativos de la Institución (FOS-CAL). Así mismo, a partir de él, se obtuvo el valor de algunos de los elementos del costo de la no calidad tenidos en cuenta en el presente estudio.

Para la clasificación de los costos se tomó como ejemplo el modelo propuesto por Santiago Nofuentes.

Además, para la identificación de los elementos, se elaboró el flujograma del proceso de cirugía ambulatoria en la F.O.S. (Ver anexo B), con el fin de identificar las áreas críticas de los diferentes procedimientos que generen costos de la mala calidad. Estas áreas, fueron las siguientes:

**1- Admisiones:** Dentro de ésta área se determinaron los siguientes elementos que intervienen en los costos de no calidad:

- Tiempo de espera del usuario: período transcurrido entre hora citada a la Institución y la hora del inicio del procedimiento.
- Cirugía cancelada por:
  - \* Incongruencias y/o falta de algún documento indispensable para la comprobación de derechos.
  - \* Verificación en el programa quirúrgico.
  - \* Inasistencia del usuario.

**2- Hospitalización:** Al ingresar el paciente al servicio de hospitalización se identificaron los siguientes elementos:

- Tiempo de espera
- Cancelación de cirugía por
  - \* Pérdida de historia clínica
  - \* Enfermedad del paciente
  - \* Preparación inadecuada
  - \* Error en la programación.
- Pérdida de clientes por:
  - \* Insatisfacción por demora en la atención

**3- Cirugía:** En esta área los elementos identificados fueron:

- Tiempo de espera
- Cancelación de la cirugía programada por:
  - \* Enfermedad del paciente
  - \* Falla del equipo
- Reprocesos por:
  - \* Diligenciamiento incompleto de soportes
  - \* Mala elaboración de los soportes
  - \* Estancias inadecuadas por complicación quirúrgica.
- Subutilización de área de quirófano por:
  - \* Cirugías canceladas
  - \* Demanda del servicio

**4- Facturación:** Los elementos identificados fueron los siguientes:

- Tiempo de espera
- Reprocesos

Para el presente trabajo, los elementos de la mala calidad fueron organizados de acuerdo a las categorías de los costos de mala calidad, de acuerdo al modelo citado anteriormente sobre elementos de costos de no calidad (ver anexo C).

Las técnicas de auditoría utilizadas para la recolección de la información se fundamentan en los datos obtenidos a través de la revisión realizada en los documentos del centro de costos de la F.O.S. y en los estimativos realizados en aquellos casos donde hay inexistencia de los mismos, según el método Delphy, que consiste en un estimativo promedio realizado por expertos en el tema.

Los documentos sujetos a revisión y verificación fueron los siguientes:

e Informe semanal de cirugía cancelada (ver anexo D).

- Manual de tarifas F.O.S.
- ® Resultado encuesta satisfacción de usuarios: No se encontraron datos al respecto, ya que no fue aplicada durante el período del estudio, debido a una reestructuración del formato utilizado.
- Planilla de reporte de accidentes laborales: No se encontraron datos, ya que durante este trimestre no hubo reporte de accidentes laborales.
- « Reporte de incapacidades y ausentismo laboral: No hubo reporte.
- Estado de facturación y cartera: Esta se realiza con base en la cartera morosa a la cual se le aplica el 2.3% de interés mensual.
- ® Informe mensual cirugía F.O.S.: Se obtiene del consolidado del informe presentado por el servicio de cirugía ambulatoria, el cual es presentado en forma global.
- Censo diario de paciente: De aquí, se obtuvo la información necesaria para determinar las estancias inadecuadas (Ver anexo E).

Para la consolidación de los datos obtenidos, se utilizó la tabla: Informe del costo de la no calidad (ver anexo F) donde aparecen cada uno de los elementos del costo de la no calidad en su categoría respectiva, de manera porcentual, respecto al costo total de funcionamiento, al costo efectivo de no calidad y al costo total de no calidad.



#### 4. HALLAZGOS Y ANALISIS DE LOS COSTOS DE LA NO CALIDAD (Ver tabla 1)

**Tabla 1.** Informe del costo de la no calidad

| CATEGORIA                 | ACTIVIDAD                               | COSTO         | %COSTO TOTAL NO CALIDAD SOBRE COSTO TOTAL DE FUNCIONAMIENTO | PORCENTAJE SOBRE COSTO TOTAL DE NO CALIDAD |
|---------------------------|---|---------------|---|--|
|                           |   | 999.301.711,5 |   |  |
| a. Prevención             |   | 9.573.205     | 0.93%   | 3.45%                                      |
|                           | 'Planificación y gestión de la calidad. | 1.973.300     | 0.19  |  |
|                           | 'Elaboración de protocolos              | 120.000       | 0.012   |  |
|                           | 'Asesorías legales                      | 2.139.930     | 0.21  |  |
|                           | 'Seguros de responsabilidad.            | 658.440       | 0.06  |  |
|                           | 'Mantenimiento preventivo               | 3.000.000     | 0.3   |  |
|                           | 'Programa de inducción.                 | 237.045       | 0.02  |  |
|                           | 'Capacitación                           | 1.481.490     | 0.14  |  |
| b. Evaluación             |   | 2.112.351     | 0.21  | 0.76%                                      |
|                           | 'Encuesta usuarios                      | 101           |   |  |
|                           | 'Auditorías                             | 1.453.911     | 0.14  |  |
|                           | 'Comité de infecciones                  | 658.440       | 0.06  |  |
| c. Errores internos       |   | 265.274.239   | 26.53%  | 95.78%                                     |
|                           | 'Ausentismo por enfermedad.             | 0             | 0   |  |
|                           | 'Pérdida de historias clínicas.         | 0             | 0   |  |
|                           | 'Demora en la atención.                 | 0             | 0   |  |
|                           | 'Cirugías canceladas.                   | 89.323.839    | 8.93  |  |
|                           | 'Subutilización de salas de cirugía     | 157.550.400   | 15.76   |  |
|                           | 'Plazo de coro mayor al estipulado.     | 18.400.00     | 1.84  |  |
|                           | 'Accidentes laborales.                  | 0             | 0   |  |
| d. Errores externos       |   |               |   |  |
|                           | 'Demandas por usuarios                  | -----         | -----   | -----                                      |
|                           | 'Estancia inadecuada                    | -----         | -----   | -----                                      |
|                           | 'Reclamación de usuarios.               | -----         | -----   | -----                                      |
| e. Oportunidad            |   |               |   |  |
|                           | 'Pérdida de cliente                     |               |   |  |
| COSTO TOTAL DE NO CALIDAD |   | 276.959.795   | 27.67%  | 100%                                       |

Los costos obtenidos de acuerdo a la clasificación que se empleó fueron los siguientes:

**Costos de prevención:** \$9.573.205.00 que corresponden a un 0.93% del costo total de funcionamiento y al 3.45% del costo total de la no calidad. Donde el elemento representativo es el mantenimiento preventivo que corresponde al 0.3% del costo total de funcionamiento.

**Costo de evaluación:** \$2.112.351.00 que corresponde al 0.21% del costo total de funcionamiento y al 0.76% del costo total de la no calidad. En esta categoría se encontró que el elemento de encuesta a usuarios no fue realizado durante el período evaluado.

**Errores internos:** \$265.274.239.00 que corresponde al 26.53% del costo de funcionamiento y al 95.78% del costo total de la no calidad. Los elementos que intervienen en la magnitud del costo son en su orden: La sub-utilización de sala de cirugía, cirugías canceladas y el costo por plazo mayor al estipulado. Llama la atención que no hay costo en el período evaluado a causa de ausentismo por enfermedad, accidente laboral y pérdida de Historia Clínica.

**Los costos por errores externos y de oportunidad,** no fueron tomados en cuenta por la dificultad en la obtención de la información.

**El costo total de la no calidad** es de \$276.959.795.00 que representan un 27.67% el costo total de funcionamiento de la F.O.S.

A continuación se harán una serie de apreciaciones, respecto a los datos obtenidos:

Para poder llevar a cabo el análisis de los costos de no calidad debe tenerse en cuenta la verificación de la terminología utilizada en unidades propias de la actividad que sean medióles y que puedan finalmente ser llevados a términos económicos.

La cuantificación de los costos de no calidad no pueden ser representada con un dato exacto. Los costos de no calidad buscan representar un indicador y la tendencia de la magnitud que generan los elementos de las áreas críticas evaluadas.

Debe ser tenido en cuenta que se han dejado de valorar muchos elementos que generan posibles costos de la no calidad por no disponer de la información necesaria o algunos elementos que por su cuantía no son representativos.

La relación del costo total de funcionamiento y el costo total de no calidad se encuentra en concordancia con los estudios que al respecto se conocen.

Comparando los datos obtenidos con el estudio de referencia (Costos de no calidad aplicados al sector salud. Santiago Nofuentes) se observa que la relación de los costos de *prevención* respecto a los costos totales muestra un elevado porcentaje, ya que a pesar de estar incrementada la actividad preventiva no causa gran impacto en el costo de los errores internos.

La relación encontrada entre los costos de *prevención y evaluación*, puede interpretarse como el producto de la realización de un mayor número de actividades y por consiguiente debería reflejar una disminución en la tasa de errores internos y externos, lo cual no está de acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio, dada la magnitud de los costos internos.

Llama la atención la representatividad porcentual de los errores internos respecto a los costos totales de no calidad, lo que podría interpretarse como una falla en las estrategias desarrolladas en las actividades de *prevención y evaluación* dentro de la organización.

Los costos internos se encuentran representados básicamente por las actividades de Cirugía cancelada y subutilización de salas de cirugía.

Es de anotar que los errores internos por ausentismo, accidentes laborales y pérdidas de historias clínicas, no aportan costos significativos a los errores internos, lo cual evidencia un buen clima laboral y un sentido de pertenencia del personal para con la Institución.

Con respecto a los costos de oportunidad fue difícil la cuantificación en unidades monetarias por cuanto requiere de una técnica de estimación compleja por la subjetividad que los caracteriza.

Debe tenerse en cuenta los costos ocultos de la mala calidad que son los elementos no evaluados por dificultades para la obtención de los mismos:

- Reprocesos
- Demoras en la atención
- Pérdida de buena voluntad
- Inventario adicional
- Retrasos
- Descuentos perdidos.
- Pérdidas de clientes

® Inventario obsoleto

## 5. CONCLUSIONES

Los datos obtenidos a través del diagnóstico de los costos en el servicio de Cirugía Ambulatoria de la F.O.S., reflejan la necesidad de la implantación de un programa de costos de mala calidad, que permita a la dirección mejorar el uso eficaz de los recursos y aumentar la rentabilidad social y económica de la misma.

La estructura actual de los centros de costos de la Institución permite:

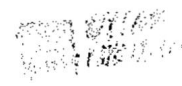
- Distribuir los costos directos de los centros de costos no productivos (administrativos) a los productivos.
- Realizar el diagnóstico de los ingresos y costos en cada uno de los servicios permitiendo la eficiencia de los mismos.
- Permite realizar la presupuestación del servicio dentro de la institución.

Es necesario establecer las unidades de costo de cada producto o servicio para así lograr una identificación de los costos de mala calidad, los cuales deben ser como costos de errores corregibles y no como costos propios del proceso.

Los datos obtenidos en la evaluación de los costos de mala calidad deben interpretarse bajo la limitante de la información obtenida y el resultado no puede ser considerado absoluto.

Para lograr una reducción significativa en los costos de la no calidad, deben primero intervenir los costos por errores internos. Esto tendrá más impacto que reducir los costos de prevención, que representan el 3.45% del costo total de la no calidad en el presente estudio.

Desafortunadamente se dispone de muy pocos datos confiables de estudios previos de costos de no calidad en el sector salud, lo que debe tenerse en cuenta en la interpretación al comparar los datos obtenidos en el presente estudio.



## 6. RECOMENDACIONES

Debe fomentarse la política de implantación de procesos de calidad al interior de la organización como elemento que permita mantener el liderazgo y la imagen en el sector salud. Para lograrlo es necesario estructurar el Departamento de Calidad como ente independiente en su funcionamiento y organización.

Dentro del proceso de mejoramiento del sistema del costo de la mala calidad es necesario que el recurso humano de la Institución conozca su rol dentro del esfuerzo global para el establecimiento de estándares y el diseño de soluciones participativas de los problemas que afectan la calidad.

La instauración del sistema de costos de la mala calidad en la organización sirve como herramienta de gestión para el gerenciamiento de los servicios.

Para la implantación del sistema de costos de mala calidad en la F.O.S. se sugieren los siguientes pasos:

- Establecer un equipo financiero y de garantía de calidad para implantarlo.
- Presentar el concepto del costo de la mala calidad a alta dirección.



- Establecer un plan para su implantación.
- Seleccionar un área de prueba.
- Iniciar el programa en el área seleccionada.
- Identificar y clasificar los elementos del costo de la mala calidad para el área seleccionada.
- Determinar la organización para cada elemento del costo de la mala calidad.
- Establecer las entradas del sistema de costos de la mala calidad.
- Establecer el formato necesario de salida.
- Establecer el sistema de datos adicionales necesarios para apoyar el sistema de costos de la mala calidad.
- Revisar el estatus con el equipo de dirección de la planta.
- Iniciar el período de prueba.
- Revisar el informe mensual del costo de la mala calidad.
- Según los resultados, modificar el programa si hace falta.
- Ampliar el programa el resto de la planta y empresa.

La implantación el sistema de costos de mala calidad debe realizarse de manera programática en cada unidad de servicios en la organización, para cubrir todas las áreas críticas y elementos que puedan afectar los procesos de calidad.

## BIBLIOGRAFIA

ACEVEDO, Antonio Carlos. Dimensiones de la gestión de la calidad en los servicios de salud. Artículo de Salud.

BARRY J., Materson; M-D-I. y Otros. El costo de la garantía de la calidad. Salud Pública. México, Mayo-Junio de 1993.

CAMPANELLA, J. Principles of quality costs. Principles; implementation and use. Milwaukee Wisconsin. ASQC. Quality Press. 190. Edición en castellano.

CASTAÑO CONVERS, Sergio. Gheos: Cómo calcular sus costos. Centro de Gestión Hospitalaria. 1997

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA, 1991.

DECRETO 2174 DEL 28 DE NOVIEMBRE DE 1996. Ministerio de Salud.

DECRETO 2753 DEL 13 DE NOVIEMBRE DE 1997. Ministerio de Salud.

DECRETO 2240 DE 1996. Ministerio e Salud.

DECRETO 204 DEL 28 DE ENERO DE 1998.

DEMING, W.E. Out of the crisis. Quality Productivity and competitive position. Cambridge Mass. Cambridge Productividad y Competitividad. La Salida de la crisis. Madrid: Díaz de Santos, 1989.

DIPRETON BROWN, Lory y Otro. Garantía de la calidad de la obtención de salud en los países desarrollados. Serie de perfeccionamiento de la metodología de garantía de la calidad. El proyecto de garantía de calidad 7200 Wisconsin. Ave. Suite 600. Bethesda. MD 20814 USA.

DONNABEDIAN, Avedis. Quality cost and cost containment.

FEIGENBAUM, Armand. Control total de calidad.

GRYNA JURAN, J.M.F.M. Análisis y planeación de la calidad. Tercera Edición. Me GrawHill, 1996.

KAORU ISHIKAWA. Qué es el control total de calidad. Editorial norma. Edición XII. Reimpresión eneero de 1995.

LEY 100 DE DICIEMBRE 23 DE 1993.

RESOLUCION 4445 DEL 2 DE DICIEMBRE DE 1996. Ministerio de Salud.

REVISTA VIA SALUD. Gestión, calidad y logros. No. 3. Primer trimestre de 1998. Santafé de Bogotá.

SUPERINTENDENCIA DE SALUD. Circular externa No. 48

TOBON CASTRO, José Leonardo. Seminario Taller: Creación de una IPS :su organización y manejo. Hotel Meliá Chicamocha.

VARO, Jaime. Gestión estratégica de los servicios sanitarios. Aspectos económicos de la calidad. Editorial Díaz de Santos.

## GLOSARIO

**ACCIDENTE LABORAL:** Incapacidad generada por un accidente ocurrido al empleado en su sitio de trabajo o llegado a el, teniendo en cuenta la reglamentación vigente.

**ASESORES LEGALES:** Personal idóneo contratado por la empresa, destinado específicamente para asuntos legales.

**AUDITORIA DE NOMINA:** Justificación de honorarios y salarios.

**AUSENTISMO:** Ausencia del personal a la jornada laboral, por razones de índole personal, enfermedad, incapacidad, calamidad, etc.

**CAPACITACION:** Eventos con fines educativos, intra o extramurales asumidos por la organización.

**CARTERA MOROSA:** Vencimiento del término pactado para el pago de la cuenta respectiva.

**COMITE:** Grupo interdisciplinario conformado con un propósito específico (Comité de compras, etc.).

**CUENTAS NO SOPORTADAS:** Cuentas glosadas sin soporte.

**CUENTAS POR PAGAR CON MORA:** Facturación de vencimiento del término de pago pactado.

**DEPARTAMENTO DE CALIDAD:** Grupo funcional interdisciplinario con funciones específicas destinadas a las asesorías, verificación y cumplimiento de estándares y procesos.

**DESPERDICIO:** Uso inadecuado de recursos y servicios (papelería, luz, agua, etc.).

**DEVOLUCION DE GLOSAS:** Cuentas devueltas por: Falta de soportes, inconsistencias, errores administrativos.



**ERRORES EN LA PROGRAMACION:** Fallas al programar el paciente que puedan originar la cancelación del procedimiento.

**ESTANCIA INADECUADA:** Toda hospitalización generada, posterior al procedimiento.

**EVALUACION DE EMPLEADOS:** Prueba para valorar el desempeño laboral de los empleados.

**FALTA DE MATERIALES:** Inexistencia de provisiones en las diferentes dependencias del servicio.

**FALLAS DE EQUIPOS:** Daños inesperados presentados por los equipos al momento de usarlos.

**GRUPOS PRIMARIOS:** Reuniones periódicas del personal de un servicio para mejorar el funcionamiento del mismo.

**INFORME ILEGIBLE:** Notas o soportes que no son entendidos por el personal, dan lugar a errores y diversas interpretaciones.

**INSTRUMENTOS DE SATISFACCION:** Medidas indirectas para conocer el impacto del servicio.

**MANTENIMIENTO PREVENTIVO:** Revisión programada de equipos para garantizar el funcionamiento óptimo de los mismos.

**MANUALES TECNICO-ADMINISTRATIVOS:** Conjunto de pasos a seguir en la elaboración de un proceso ya sea técnico o administrativo.

**MEDICACION CADUCADA:** Medicamentos con fecha de vencimiento expirada. Sin uso en el servicio.

**MEDICACION:** Dosis utilizada de una droga

**PERDIDA DE HISTORIA CLINICA:** Historia no encontrada en el archivo.

**PERDIDA DEL CLIENTE POR INSATISFACCION:** Deserción de usuarios por insatisfacción en la atención.

**PERSONAL COMISIONES:** Desplazamiento de personal con función específica, asumida por la organización.

**RECLAMACION DE USUARIOS:** Sugerencias o queja del usuario por la atención recibida en cualquiera de las áreas del proceso.

**RECLAMACION JUDICIAL DE PACIENTES:** Procesos instauradas en el plano jurídico por el paciente. Ej. Tutela, demanda, etc.

**RECLAMACION JUDICIAL DEL PERSONAL:** Procesos jurídicos entablados por el personal contra la organización.

**REGISTRO CLINICO INCOMPLETO:** Falta de diligenciamiento total o parcial de la papelería utilizada en el servicio.

**REPROCESO:** Repetición de una actividad por fallas en la misma.

**REUNION DE DIRECTIVOS Y- EMPLEADOS:** Tiempo invertido en la comunicación de las actividades y situaciones al interior de la organización.

**REVISION DE HISTORIAS CLINICAS:** Verificación de los criterios mínimos previamente estandarizados.

**ROBOS:** Pérdida no explicada de equipos, insumos, instrumental, etc.

**SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO:** Técnicas empleadas para determinar el sentido corporativo y de pertenencia por parte del empleado.

**SEGUROS POR RESPONSABILIDAD:** Pólizas de responsabilidad civil por mala práctica.

**STOCK EXAGERADO:** (Droga-material). Depósito de droga y/o materiales que superan la demanda del servicio.

**TIEMPO DE ESPERA CIRUGIA PROGRAMADO:** Período de tiempo entre la hora programada para la intervención quirúrgica y el momento real de la cirugía.

**TIEMPO DE ESPERA DEL USUARIO:** Período transcurrido entre hora citada a la institución y la hora de inicio del procedimiento.

**TIEMPO DE ESPERA POR FACTURACION:** Período transcurrido desde la terminación del procedimiento quirúrgico, hasta el egreso efectivo del paciente.

**TIEMPO DE RECIBO:** Período de tiempo entre la admisión del paciente y la evaluación por parte de la enfermera.

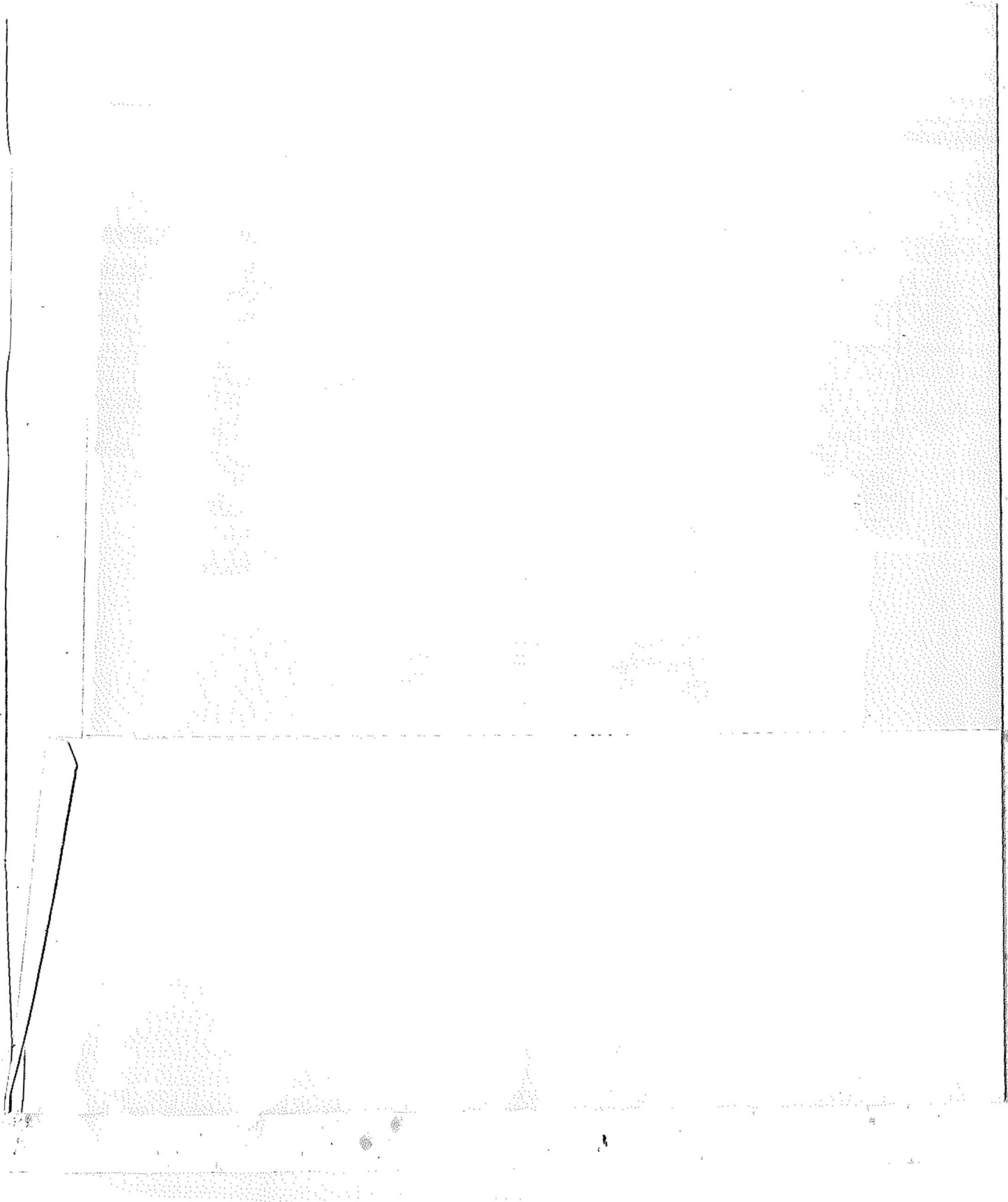
USO INADECUADO DEL TELEFONO:  
relacionadas con el trabajo.

Comunicaciones telefónicas no

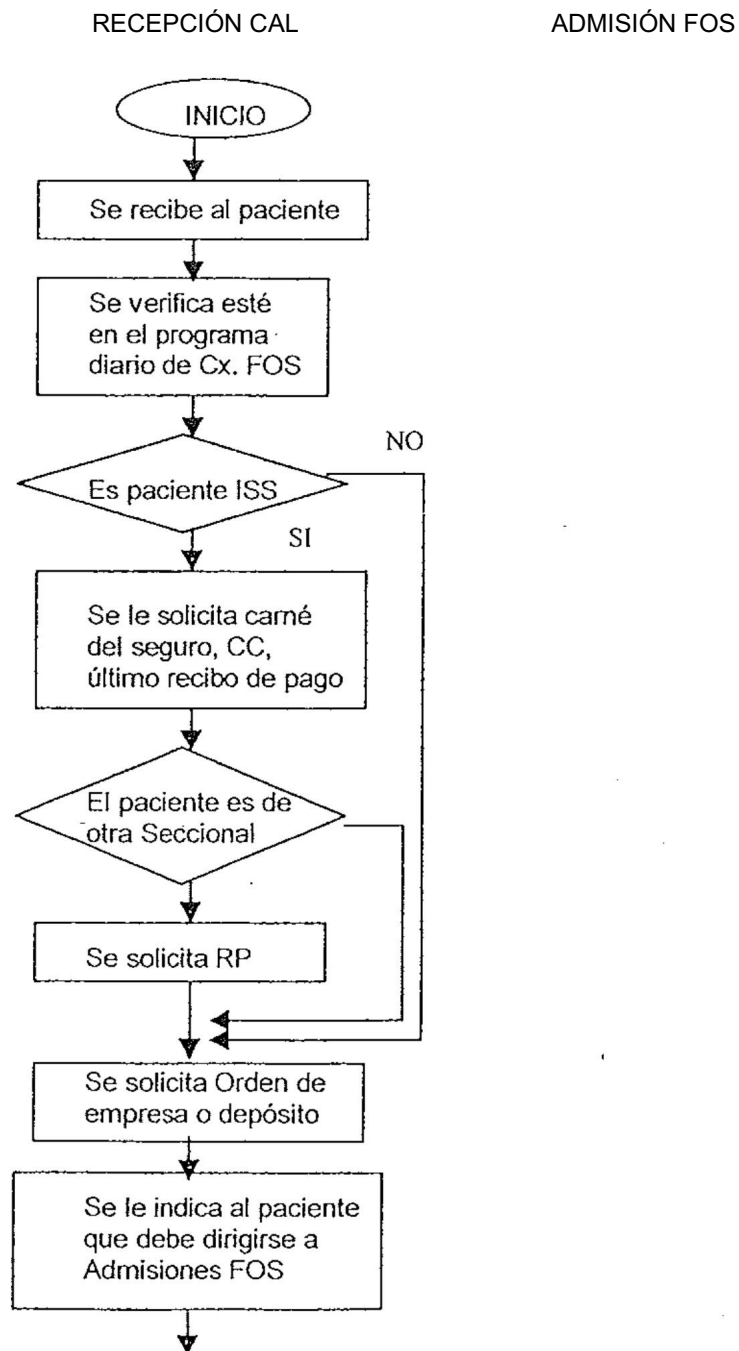
**ANEXOS**

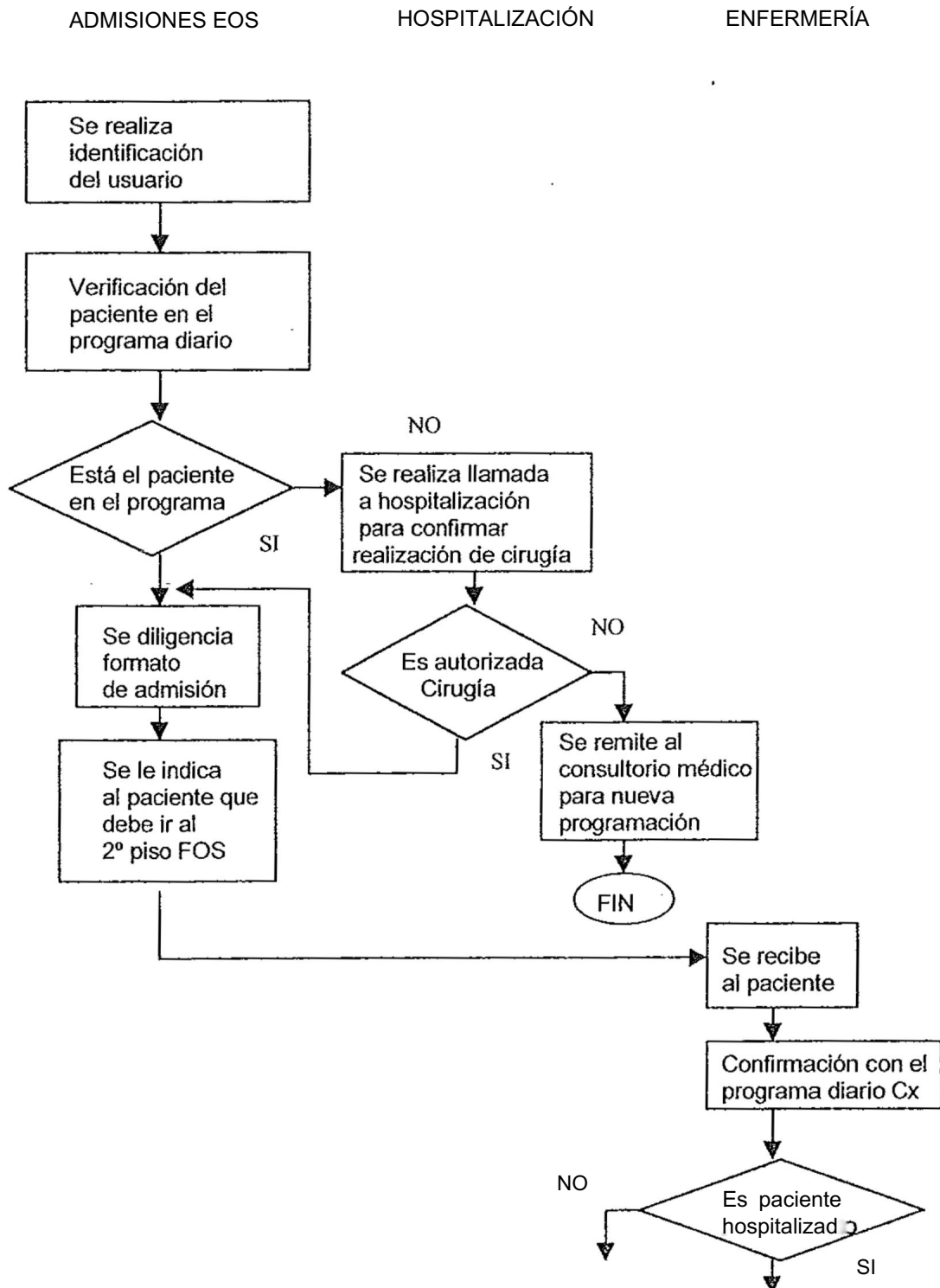


**Anexo A**  
**ORGANIGRAMA FOS-CAL**



**Anexo B**  
**FLUJOGRAMA PROCESO GENERAL CIRUGIA FOS**

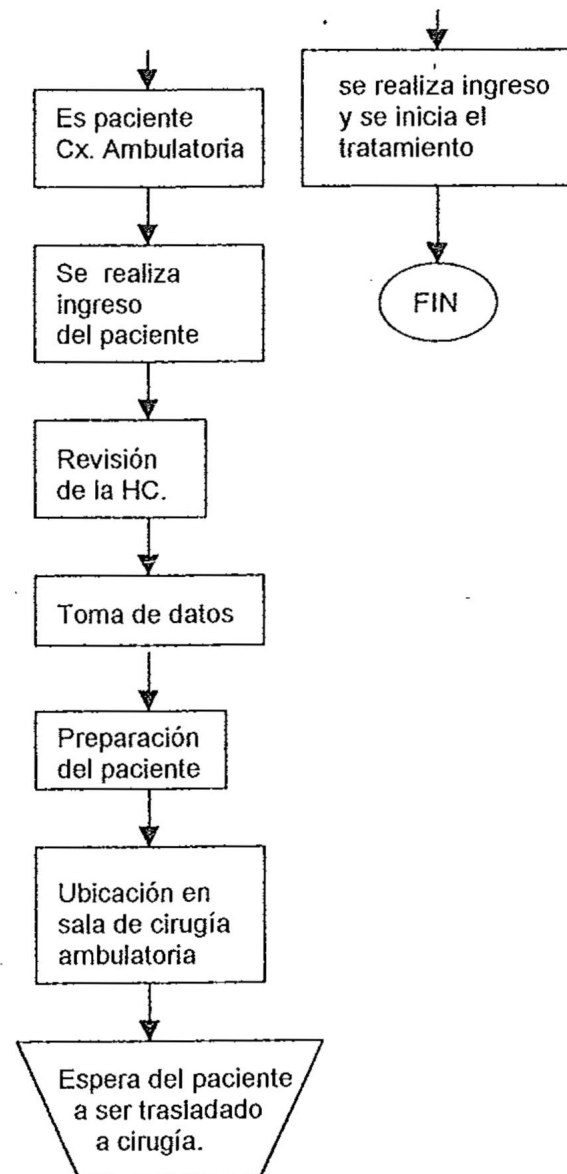


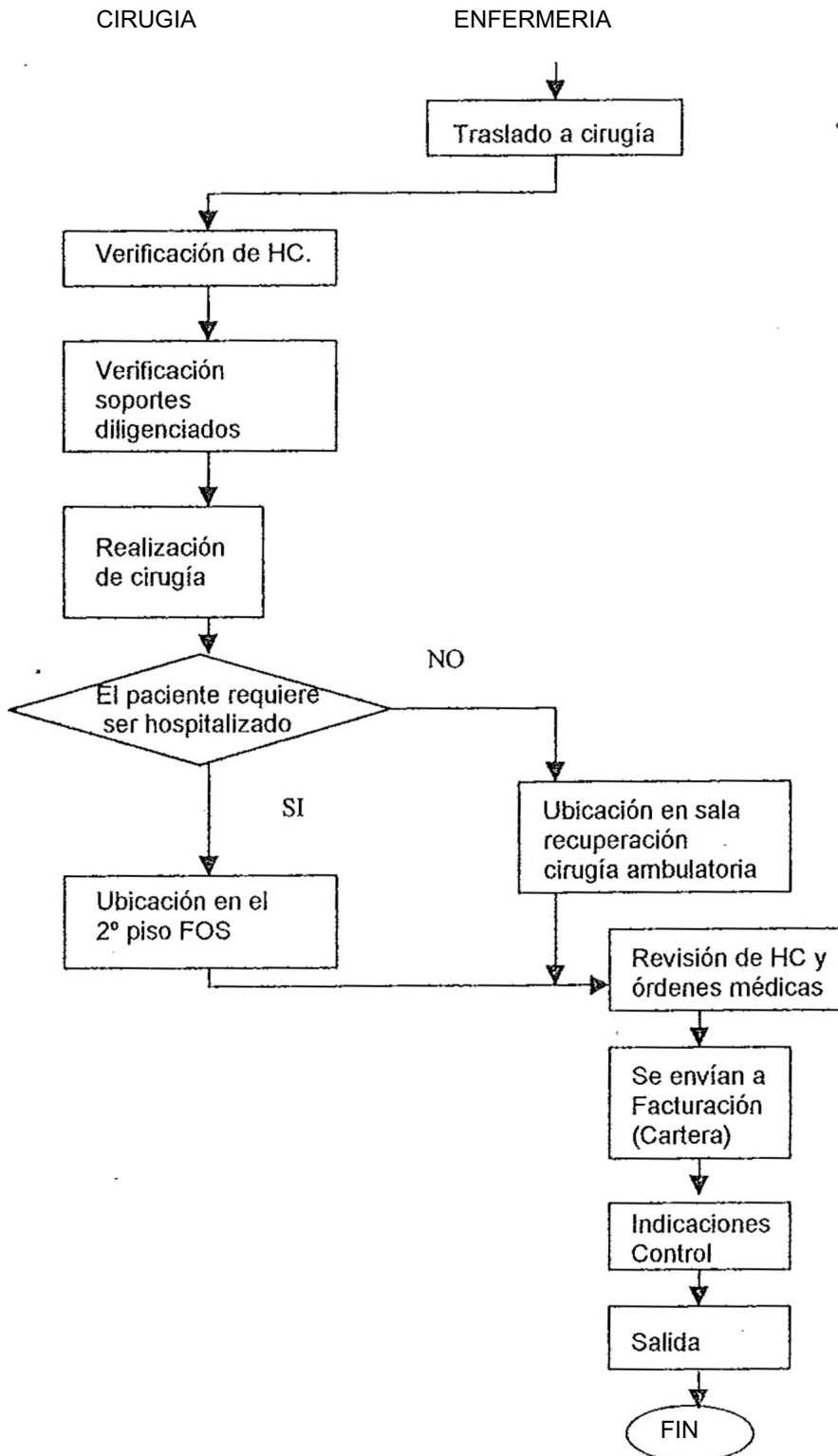


ADMISIONES FOS

HOSPITALIZACION

ENFERMERIA













**Anexo F**  
**INFORME DEL COSTO DE LA NO CALIDAD**

| CATEGORIA                        | ACTIVIDAD  | COSTO | %COSTO TOTAL NO CALIDAD SOBRE COSTO TOTAL DE FUNCIONAMIENTO | PORCENTAJE SOBRE COSTO TOTAL DE NO CALIDAD |
|----------------------------------|--|-------|---|--|
| <b>a. Prevención</b>             |  |       |   |  |
|                                  | 'Planificación y gestión de la calidad.<br>'Elaboración de protocolos<br>'Asesorías legales<br>'Seguros de responsabilidad.<br>'Mantenimiento preventivo<br>'Programa de inducción.<br>'Capacitación                       |       |   |  |
| <b>b. Evaluación</b>             |  |       |   |  |
|                                  | 'Encuesta usuarios<br>'Auditorías<br>'Comité de infecciones  |       |   |  |
| <b>c. Errores internos</b>       |  |       |   |  |
|                                  | 'Ausentismo por enfermedad.<br>'Pérdida de historias clínicas.<br>'Demora en la atención.<br>'Cirugías canceladas.<br>'Subutilización de salas de cirugía<br>'Plazo de coro mayor al estipulado.<br>'Accidentes laborales. |       |   |  |
| <b>d. Errores externos</b>       |  |       |   |  |
|                                  | 'Demandas por usuarios<br>'Estancia inadecuada<br>'Reclamación de usuarios.  |       |   |  |
| <b>e. Oportunidad</b>            |  |       |   |  |
|                                  | 'Pérdida de cliente  |       |   |  |
| <b>COSTO TOTAL DE NO CALIDAD</b> |  |       |   |  |

ASAMBLEA GENERAL  
JUNTA DIRECTIVA  
DIRECTOR

SUBDIRECCION DE PLANEACION

SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA

SUBDIRECCION MEDICA

SUBDIRECCION DE CALIDAD

PLANEACION INSTITUCIONAL

COMUNICACION Y ASISTENTE

PROCESOS

AUDITORIA

MATERIALES Y SUMINISTROS

MANTENIMIENTO

ADMISSIONES Y RECEPCION

FINANCIERO

GESTION HUMANA

SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

SISTEMAS

CERENO ENFERMERIA

CSPEOJAUOADES

AREAS DE APOTO

CERENO A Cx.1 CUIDADO CRIT.

GERENCIA HOSPITALARIA

DIRECTOR CENT-CANCER

BUEN ACEPTO CONTINUO

SERVICIO CUENTE

TRABAJO SOCIAL

