

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD Y COSTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL  
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE DICIEMBRE DE 2021 Y  
FEBRERO DE 2022 EN MONTERÍA CÓRDOBA**

**HUMBERTO MANUEL ANNICCHIARICO NEGRETE**

**LILIAN ROCÍO ISAZA MAYA**

**RICARDO JOSÉ MORALES BERROCAL**

**Trabajo de Grado para optar al Título de Especialista en Gerencia Administrativa  
en Salud**

**Directora:**

**Enalbis Esther Espitia Cabrales**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA ADMINISTRATIVA EN SALUD**

**MONTERÍA, CÓRDOBA**

**2022**

Nota de Aceptación

---

---

---

---

Director

---

Evaluador 1

---

Evaluador 2

Montería, Córdoba, mayo de 2022

## Tabla de Contenido

	pág.
Introducción .....	10
1. Planteamiento del Problema .....	12
1.1 Pregunta de investigación .....	15
2. Objetivos .....	16
2.1 General.....	16
2.2 Específicos.....	16
3. Justificación.....	17
4. Marco Referencial.....	20
4.1 Marco Teórico .....	20
4.2 Marco Conceptual.....	24
4.2.1 Calidad.....	24
4.2.2 Calidad de Atención en Salud.....	25
4.2.3 Oportunidad en Salud .....	26
4.2.4 Servicio .....	26
4.2.5 Costos en Salud .....	27
4.2.6 Facturación en Salud .....	27
4.2.7 Glosas.....	28
4.3 Marco Legal.....	28
4.3.1 Ley 9 de 1979.....	28
4.3.2 Constitución Política de 1991.....	30

4.3.3	Ley 100 de 1993.....	30
4.3.4	Decreto 1011 de 2006.....	31
4.3.5	Resolución 123 de 2012.....	31
4.3.6	Resolución 3100 de 2019.....	32
4.3.7	Ley 872 de 2003.....	32
4.3.8	Ley 1122 de 2007.....	33
4.3.9	Ley 1438 de 2011.....	34
4.3.10	Ley Estatutaria 1751 de 2015.....	34
4.3.11	Decreto 780 de 2016.....	35
4.4	Marco Contextual.....	36
4.5	Marco Investigativo.....	36
5.	Metodología.....	43
5.1	Enfoque de Investigación.....	43
5.2	Tipo de Investigación.....	44
5.3	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información.....	44
5.4	Población y Muestra.....	45
5.5	Aspectos Éticos.....	46
6.	Resultados.....	47
6.1	Caracterización de Servicios del Área de Hospitalización.....	47
6.1.1	Procedimientos del Área de Hospitalización.....	49
6.1.2	Servicios del Área de Hospitalización.....	52
6.2	Identificación de Costos de los Servicios de Salud en la Institución.....	55
6.2.1	Estancias.....	56

6.2.2	Consulta.....	56
6.2.3	Imagenología.....	57
6.2.4	Laboratorio Clínico .....	58
6.2.5	Banco de Sangre y Medicina Transfusional .....	59
6.2.6	Prótesis y Órtesis .....	59
6.2.7	Procedimiento de Diagnóstico .....	60
6.2.8	Derecho de Sala.....	60
6.2.9	Procedimientos No Quirúrgicos .....	60
6.2.10	Otros Servicios .....	61
6.3	Relación Calidad-Costo de los servicios de Salud .....	61
6.3.1	Informe de Glosas .....	62
6.4	Plan de Mejoramiento.....	64
7.	Discusión de Resultados.....	66
8.	Conclusiones.....	68
9.	Recomendaciones .....	69
	Referencias Bibliográficas.....	70
	Anexos .....	74

## Listado de Tablas

	pág.
Tabla 1 - Procedimientos de Recopilación de Datos y el Análisis de Datos .....	45
Tabla 2 - Procedimiento Recepción del Paciente .....	49
Tabla 3 - Procedimiento Traslado del Paciente a servicios de Apoyo .....	50
Tabla 4 - Procedimiento Verificación y Actualización de Historia Clínica del Paciente .....	50
Tabla 5 - Procedimiento Remisión del Paciente .....	51
Tabla 6 - Procedimiento Egreso del Paciente .....	52
Tabla 7 - Tabla de Valores del Servicio de Estancia Hospitalaria .....	56
Tabla 8 - Tabla de Valores del Servicio de Consulta .....	57
Tabla 9 - Tabla de Valores del Servicio de Imagenología .....	57
Tabla 10 - Tabla de Valores del Servicio de Laboratorio Clínico .....	58
Tabla 11 - Tabla de Valores del Servicio de Banco de Sangre y Medicina Transfusional .....	59
Tabla 12 - Tabla de Valores del Servicio de Prótesis y Órtesis .....	59
Tabla 13 - Tabla de Valores del Servicio de Procedimiento de Diagnóstico .....	60
Tabla 14 - Tabla de Valores del Servicio de Derecho de Sala .....	60
Tabla 15 - Tabla de Valores del Servicio de Procedimientos No Quirúrgicos .....	61
Tabla 16 - Tabla de Valores de Otros Servicios .....	61
Tabla 17 - Relación de Glosas de Diciembre/2021 a Febrero/2022 .....	62
Tabla 18 - Plan de Mejoramiento .....	65

## Listado de Imágenes

	pág.
Imagen 1 - Ciclo PHVA para los Servicios del Área de Hospitalización .....	48
Imagen 2 - Relación de Camas del Área de Hospitalización.....	53
Imagen 3 - Distribución de Camas para el Servicio de Hospitalización .....	54
Imagen 4 - Plan Operativo Anual Vigencia 2021 .....	55
Imagen 5 - Relación de los diversos motivos en la generación de Glosas.....	64

## Resumen

**Objetivo.** Determinar la relación entre calidad y costos de los servicios de salud en el área de hospitalización de una Empresa Social del Estado durante el periodo comprendido entre diciembre de 2021 y febrero de 2022 en Montería Córdoba. **Metodología.** La investigación se desarrolló bajo la metodología mixta porque se tomaron variables numéricas como son la calidad y los costos y causas de glosas, descriptiva y transversal con preponderancia cualitativa. **Resultados.** Luego del análisis del Informe de Glosas generado por la Empresa Social del Estado radicada en Montería y del Informe de Auditoría Gubernamental realizado por la Contraloría General del Departamento de Córdoba, en la vigencia 2019-2020, se obtuvo como resultado que, ambos informes coinciden en establecer que los motivos más frecuentes para la generación de glosas están asociados a las tarifas. Es así que, el informe de glosas del período comprendido entre el 01 de diciembre de 2021 y el 28 de febrero de 2022 indica que esta glosa tiene un impacto negativo de \$768.272.358, lo que representa el 34% de valor de las glosas. Por su parte, el informe de Auditoría Gubernamental para la vigencia 2019-2020 desarrollado por la Contraloría General del Departamento de Córdoba indica que este motivo tuvo un impacto negativo de \$58.735.384. Las glosas afectan en forma negativa el valor de la factura que se genera por la prestación del servicio de salud, lo cual atentará contra la viabilidad económica de la entidad. **Conclusiones.** La calidad en la prestación de servicios de salud en el área de hospitalización de una Empresa Social del Estado genera credibilidad en los posibles usuarios, hecho que contribuirá a la estabilidad financiera de la entidad. La No calidad en la prestación de servicios ocasiona incumplimientos, los cuales generan afectación parcial o total de la factura, y atentan contra la estabilidad económica de la institución.

**Palabras clave:** OPORTUNIDAD Y COSTOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD, HOSPITALIZACIÓN; GLOSAS, CALIDAD.



## Abstract

**Objective.** To determine the relationship between quality and costs of health services in the hospitalization area of a Empresa Social del Estado during the period between December 2021 and February 2022 in Montería, Córdoba. **Methodology.** The research was developed under the mixed methodology because numerical variables such as quality and costs and causes of glosses were taken, descriptive and transversal with qualitative preponderance. **Results.** After analyzing the Gloss Report generated by the Empresa Social del Estado located in Monteria and the Governmental Audit Report carried out by the General Comptroller's Office of the Department of Cordoba, in the 2019-2020 period, it was found that both reports coincide in establishing that the most frequent reasons for the generation of glosses are associated with the rates. Thus, the gloss report for the period from December 1, 2021 to February 28, 2022 indicates that this gloss has a negative impact of \$768,272,358, which represents 34% of the value of the glosses. For its part, the Government Audit report for the 2019-2020 term developed by the General Comptroller's Office of the Department of Córdoba indicates that this reason had a negative impact of \$58,735,384. The glosses negatively affect the value of the invoice generated by the provision of the health service, which will threaten the economic viability of the entity. **Conclusions.** Quality in the provision of health services in the hospitalization area of a Empresa Social del Estado generates credibility among potential users, a fact that will contribute to the financial stability of the entity. The lack of quality in the provision of services leads to non-compliance, which generates partial or total impact on the invoice, and threatens the financial stability of the institution.

**Key words:** OPPORTUNITY AND COSTS OF HEALTH CARE, HOSPITALIZATION; GLOSSARY, QUALITY.

## Introducción

La presente investigación aborda el tema de la oportunidad y calidad de la atención en salud. La calidad se refiere a la capacidad de satisfacer las necesidades implícitas y explícitas de los pacientes, de acuerdo con el conocimiento profesional actual y de acuerdo con los recursos disponibles. Incluye la seguridad del paciente en el sentido del manejo y prevención de eventos adversos relacionados con su atención. Se considera que, la calidad es un derecho fundamental de los consumidores de la salud pública y una condición para la existencia continua de una medicina pública.

El interés de la presente investigación, radica en que las empresas prestadoras de servicios de salud pueden presentar fallas o errores tanto en la prestación de un servicio de calidad, como en la realización de procesos y procedimientos, que aumenta en forma considerable los costos de operación que, en caso de ser prevista, permitiría disminuir los problemas y mejorar la rentabilidad.

Como antecedentes investigativos se encuentran: El estudio “Comportamiento Financiero de Enfermedades de Alto Costo en una Empresa Promotora de Salud del Departamento de Sucre 2017”, que describe el gasto en el que incurre una empresa promotora de salud en el tratamiento de las patologías de alto costo y la afectación en el presupuesto.

Otro antecedente es el artículo “Costos atribuidos a las infecciones asociadas con la atención en salud en un hospital de Colombia, 2011-2015”, que está encaminado a establecer los aspectos relacionados con el incremento y la variación de los costos del cuidado hospitalario. Los demás antecedentes se encuentran relacionados en el acápite del marco investigativo.

El objetivo de la investigación consiste en determinar la relación entre calidad y costos de los servicios de salud en el área de hospitalización de una Empresa Social del Estado durante el periodo comprendido entre diciembre de 2021 y febrero de 2022 en Montería Córdoba. La investigación se desarrolló bajo la metodología mixta porque se tomaron variables numéricas como son la calidad y los costos y causas de glosas, descriptiva y transversal con preponderancia cualitativa.

## 1. Planteamiento del Problema

El sistema de seguridad social en Colombia se creó a partir de la ley 100 de 1993 y con ella se buscó garantizar a todos los habitantes del territorio nacional una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana. Este sistema de seguridad social obligó al Estado a brindar la cobertura en los servicios de salud, prestaciones de carácter económico y demás servicios que lo complementen en condiciones de eficiencia, calidad e integralidad para lograr el bienestar colectivo.

No obstante, no se logró el objetivo principal en cuanto a la universalidad, cobertura en salud, calidad ni oportunidad para la atención (1). Expresa el autor que, con la ley 100 de 1993, los hospitales se convirtieron en Empresas Sociales del Estado (E. S. E.) y, de este modo, la permanencia de los mismos depende principalmente de la viabilidad financiera y no de la rentabilidad social, es decir, que la sostenibilidad de los hospitales públicos empezó a depender del pago oportuno de la facturación de los aseguradores del sistema, así como del Estado quien responde por la población no asegurada. Como no hubo un pago oportuno, se creó una limitación en el flujo de caja que restringió la operatividad en la prestación de los servicios de salud y que trajo como consecuencia la liquidación de varios hospitales en Cali, Pereira, Bucaramanga y Bogotá.

Como respuesta a las inconformidades del desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se creó la ley 1122 de 2007, que realizó

modificaciones buscando así el mejoramiento en la prestación del servicio, atendiendo a los principios de dirección, universalización, financiación, equilibrio, facilitando un mejor desempeño del sistema en cuanto al funcionamiento y operación, destacando principalmente la liberación de recursos del sistema general de participaciones con destino al régimen subsidiado en salud.

Por lo tanto, se estableció, desde la norma, que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deben garantizar a la población la atención en forma oportuna, accesible, pertinente, continua, con calidad y que satisfaga las necesidades del usuario. De esta forma, si hay calidad en el servicio, se asegura la competitividad en el mercado generando la rentabilidad financiera y social de la institución. Al respecto, actualmente las entidades prestadoras de salud no rivalizan en los costos o el valor de las primas de los servicios de salud, por el contrario compiten en calidad de atención para atraer afiliados y recibir por cada uno, unidades de pago por capitación (2).

Para la Organización Mundial de Salud (OMS), cuando se hace referencia a la calidad asistencial en salud, esta incluye los servicios tanto diagnósticos o terapéuticos como hospitalarios o ambulatorios que están encaminados a la atención óptima y el mejor servicio médico para el paciente (3). En el mismo sentido, para el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, la calidad implica obtener los servicios de salud de forma oportuna, sin retrasos que representen un riesgo para la vida (4).

Bajo esa perspectiva, la Calidad es especialmente importante en la prestación de los servicios de salud. Infortunadamente, las empresas prestadoras de servicios de salud tienen una alta probabilidad de presentar fallas o errores por el gran número de procesos y procedimientos que deben desarrollar, además de la abundante normativa que los regula. Esta situación aumenta en forma considerable los costos de operación que, en caso de ser prevista, permitiría disminuir los problemas y mejorar la rentabilidad.

En Montería, las Empresas Sociales del Estado (E. S. E.) no son ajenas a esta situación. La entidad pública de II y III nivel, descentralizada de mediana y alta complejidad del orden departamental, dedicada a la prestación de servicios de salud como servicio público a cargo del Estado o como parte del servicio público de seguridad social en el departamento de Córdoba y su área de influencia, en las áreas de cirugía, obstetricia, pediatría, consulta externa, clínica médica y pensionado, inició sus labores el 30 de septiembre de 1949.

Con el paso de los años, fue ampliando el abanico de servicios que presta a la comunidad, destacándose los servicios de quemados pediátricos y de adultos, así como la organización de Puestos y Centros de Salud para la Atención de I nivel, y realizando convenios con el Departamento de Córdoba y el Ministerio de Salud, que permitieran el mejoramiento, fortalecimiento y adaptación de la dirección de las entidades públicas de II y III nivel, además de la gestión del I nivel a través de la Unidad Administrativa Transitoria.

Lamentablemente, deficiencias en la calidad de la prestación de los servicios condujeron a su intervención. El desbalance administrativo y financiero se reflejó en escasez en los insumos, falta de mantenimiento preventivo y correctivo, obsolescencia de los equipos biomédicos, imposibilidad de contar con personal especializado, atraso en el pago de las obligaciones laborales y deterioro de la infraestructura. Esto condujo a un incremento de los índices de mortalidad de los pacientes, bajando la percepción de calidad que se tenía de la institución.

### **1.1 Pregunta de investigación**

Tomando en consideración el objeto de estudio de esta investigación surge la presente pregunta de investigación ¿Cómo determinar la relación entre calidad y costos de los servicios de salud en el área de hospitalización de una Empresa Social del Estado en Montería Córdoba?

## **2. Objetivos**

### **2.1 General**

Determinar la relación entre calidad y costos de los servicios de salud en el área de hospitalización de una Empresa Social del Estado durante el periodo comprendido entre diciembre de 2021 y febrero de 2022 en Montería Córdoba.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar los servicios prestados en el área de hospitalización.
- Describir los costos de los servicios de salud prestados en la institución.
- Identificar la relación entre la calidad y costos de los servicios de salud.
- Diseñar un plan de mejora.



### **3. Justificación**

En Colombia, el derecho a la salud es considerado un derecho fundamental. El derecho a la salud hace referencia a la disponibilidad que tienen los ciudadanos para recibir una atención integral en salud, y que comprende el acceso a actividades de fomento, prevención y tratamiento de enfermedades, así como a la recuperación, en casos de deterioro de esta (5). Para dar cumplimiento al mandato constitucional, el Estado debe garantizar la prestación adecuada del servicio en forma eficiente, universal y solidaria.

Infortunadamente, el sistema de salud colombiano pasa por un periodo de dificultades ante la gran demanda que se viene presentando, la cual sobrepasa la capacidad que tienen las instituciones prestadoras para brindar los servicios. Esta asimetría ha ocasionado una disminución de la calidad de la atención. La calidad está conformada por un conglomerado de características que deben poseer las entidades de salud y que permitirían satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios (6).

La desigualdad existente entre la oferta y la demanda de los servicios de salud, y su afectación a la calidad de la atención, obliga a realizar una operación eficiente, ante las presiones que se tienen en el uso de los recursos disponibles. Estas oportunidades de servicio conllevan una necesaria gestión que asegure una optimización de los costos de operación. La gestión de los costos posibilitará el

desarrollo de estrategias que puedan conducir a un mejoramiento en la oportunidad de servicio.

El área de hospitalización es una de las más afectadas por el aumento desmedido de la demanda. Por esta razón, es esencial la implementación de medidas de eficiencia hospitalaria que permita hacer un uso efectivo de los recursos con los que cuenta. Una forma de lograrlo se apoya en la utilización de indicadores de estancia hospitalaria para determinar el aprovechamiento de las camas disponibles y la celeridad de la atención prestada. Un aumento de la estadía de un paciente implica una disminución de camas disponibles, acentuando la congestión en la prestación de los demás servicios. Esto se refleja, a su vez, en incremento de los costos de la atención, exposición a eventos desfavorables y probabilidad de muerte.

Este panorama obliga a las entidades prestadoras de servicios de salud a intentar reducir los tiempos de ocupación de camas en el área de hospitalización, con la clara intención de aumentar la circulación de pacientes con ayuda de niveles superiores de eficiencia en la operación, al tiempo que se incrementa la oportunidad de prestación de servicios, con los estándares de calidad requeridos para tal fin. Una estadía hospitalaria de larga duración ocasiona consecuencias negativas en el sistema de salud al aumentar los costos de operación, dificultar el acceso a los servicios de hospitalización, desbordar el área de urgencias e incrementar la posibilidad de riesgos (7).

Esta realidad motiva el desarrollo del presente trabajo, que pretende determinar la relación existente entre la calidad en la prestación de los servicios de salud y los costos derivados por la no calidad en la atención en el área de hospitalización de una Empresa Social del Estado, ubicada en la ciudad de Montería, obteniendo una herramienta que permitirá a la entidad implementar planes de mejoramiento conducentes a corregir las fallas detectadas e incrementar su impacto social y su viabilidad financiera.

## 4. Marco Referencial

### 4.1 Marco Teórico

La calidad es una idea que se encuentra arraigada en el ser humano. Desde los orígenes de la humanidad, éste ha entendido que realizar cualquier actividad en forma correcta, le otorga ventaja sobre sus semejantes y sobre el ambiente con el cual se relaciona (8). Esto es claramente apreciable durante el proceso evolutivo, en el que el hombre ha intentado controlar la cualidad y el estado de los productos que le servían de alimento, abrigo y protección.

Esta situación ha motivado a algunos estudiosos a realizar aportaciones académicas sobre el tema, intentando establecer una visión transparente y concreta sobre los inicios, cimientos, fundamentos y logros. Entre las autoridades que formularon teoría sobre la calidad se destacan William Edwards Deming, Joseph Moses Juran, Kaoru Ishikawa, Philip Bayard Crosby, William Ouchi y Armand Vallin Feigenbaum.

William Edwards Deming fue un ingeniero y matemático estadounidense, impulsor del concepto de calidad total, que contribuyó al progreso y desarrollo de Japón tras la segunda guerra mundial, a través de los métodos para el control de la calidad y los principios administrativos que promulgaba. La calidad no se posiciona. Por el

contrario, es el resultado de un aprendizaje incesante que se realiza año tras año, y el cual debe ser liderado por la dirección de la organización (9).

Con relación a William Deming, su mayor aporte estaba relacionado con la búsqueda constante de la excelencia en los procesos, gracias a tres ideas esenciales: mejora continua, conocimiento profundo y constancia de propósito (10). Estas posturas dieron origen a los catorce principios de calidad, que son considerados los pilares para la transformación del sector empresarial norteamericano. Por lo tanto, la implementación de los catorce puntos era un indicio, por parte de la gerencia de la organización, de la intención de continuar en la actividad empresarial y de asegurar la viabilidad económica y operativa de la compañía.

Joseph Moses Juran fue un ingeniero y consultor organizacional rumano que promovió, a través de una trilogía de métodos, una correcta gestión de la calidad. Esto sería posible gracias a una planificación de la calidad, seguida por el control de esta, que conduce a su mejora. Ante esto, el principio de mejora continua guarda estrecha relación con la capacidad de la organización y cuyo objetivo fundamental es contribuir a la resolución de problemas (11).

Joseph Juran abordó la dirección y el control de la calidad en cada uno de los procesos productivos, y de esta forma estableció que incrementaría el grado de calidad de la mercancía manufacturada, generando un aumento en el margen de ganancias de

la organización (12). Y es que los procesos de calidad deben ser planificados, pero está solo se obtendrá gracias a la idoneidad de su uso (13).

Kaoru Ishikawa fue un químico industrial y administrador de empresas japonés, que impulsó el camino de la calidad en Japón, gracias a sus innovadoras ideas, siendo reconocido como uno de los promotores de los círculos de calidad. Además, popularizó el diagrama de causa y efecto, posteriormente denominado diagrama de Ishikawa, gracias al uso sistemático que hizo de él. El Control Total de la Calidad aplicado en Japón se caracterizaba por la participación de todos los miembros de la organización, desde los altos directivos hasta los empleados de rango más bajo (14).

Kaoru Ishikawa implantó un conjunto de principios con la finalidad de implementar un método conducente a la mejora continua de la calidad, primando entre ellos la decisión de incrementar el conocimiento y el control del sistema en su totalidad (15). El éxito en el proceso de implantación de estos principios se vería reflejado en un funcionamiento empresarial cada vez mejor y la elaboración de productos sin defectos.

Philip Bayard Crosby fue un médico y abogado estadounidense, que realizó aportes a la Teoría Gerencial de la Gestión de la Calidad, asociándola al cumplimiento de estándares formalizados por la alta dirección, los cuales estarían acordes a las necesidades de los clientes y buscarían aumentar el nivel de satisfacción de estos. La clave de la calidad está en realizar la labor en forma adecuada en el primer intento, formulando un modelo para la prevención de errores bajo la premisa cero defectos (16).

Para esto, planteó cuatro principios absolutos: a) Calidad significa atender los requisitos de los clientes, b) El sistema de calidad debe estar basado en la prevención, c) El patrón de desempeño debe estar orientado a cero defectos, y d) La valoración de la calidad es el resultado del incumplimiento.

Armand Vallin Feigenbaum fue un ingeniero y empresario estadounidense, creador de la noción del control total de la calidad. Este concepto sostiene que la calidad es responsabilidad de cada una de las áreas que conforman una organización y de los empleados que trabajan en ella, y no solo del departamento de producción. Por lo tanto, es la suma de esfuerzos de la compañía para buscar la satisfacción del cliente. La calidad es el resultado de las expectativas del cliente, por lo tanto representa lo que el cliente quiere (17).

De esta forma, si la calidad es el instrumento fundamental para optimizar la gestión, complacer a los clientes, promover el vínculo entre los trabajadores y proteger el medio ambiente, el aseguramiento es el mecanismo que permite coordinar todos los elementos para convertirse en aval del servicio prestado. Por lo tanto, el aseguramiento de la calidad representa la disposición, el encadenamiento y la aplicación conveniente de recursos humanos, físicos y financieros, en actividades planeadas para el desarrollo de operaciones que aseguren la calidad en los productos, minimizando las posibilidades de ocurrencia de error.

El aseguramiento de la calidad es definido como el conjunto de actividades que ejecutan las empresas con la intención de entregar a sus clientes bienes y servicios con la calidad requerida (18). Por lo tanto, el aseguramiento de la calidad se convierte en una auditoría que chequea que los requerimientos de calidad se obedezcan, es decir, se vigila que se lleven a cabo todas las acciones que permitan cumplir con las condiciones mínimas esperadas en el producto.

## **4.2 Marco Conceptual**

### **4.2.1 Calidad**

La calidad es la dimensión existente entre la expectativa del cliente y la sensación obtenida en función del servicio recibido, el cual se encuentra asociado a la palpabilidad, fiabilidad, reactividad, certidumbre y afinidad (19). Por tal razón, las organizaciones formulan estrategias de gestión que contribuyan a la consecución de niveles de calidad adecuados, para lo cual se requiere un esfuerzo en conjunto de las diferentes áreas operativas.

La calidad identifica el grado de excelencia que una entidad ha planteado para satisfacer los requerimientos de un cliente (20). Por lo tanto, cada grado de excelencia debe estar relacionado a la escala de valores que el cliente estaría dispuesto a cancelar por el servicio recibido, de acuerdo a los requerimientos establecidos. Esto implica que el nivel de excelencia debe sostenerse en todo momento y en todo lugar.



Esta situación resalta la importancia de la calidad desde sus dos aristas. Al respecto, la calidad es asociada por el consumidor al hecho de recibir una atención adecuada que conduzca a la solución de su inconveniente cumpliendo con sus expectativas, mientras las empresas la relacionan con la posibilidad de lograr su cometido, asegurando la lealtad del cliente y la generación de utilidades (21).

#### **4.2.2 Calidad de Atención en Salud**

La calidad en salud es entendida como el estándar de atención que contribuirá en el proceso de mejora de un paciente y que asegurara la estabilidad financiera de la entidad prestadora (22). Por su parte, se conceptúa que la calidad de la atención representa el nivel en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados, gracias a un proceso de evaluación y mejora continua, que tiene en cuenta los requerimientos y preferencias de los usuarios (23).

En Colombia, a través de la expedición del Decreto 2309 de 2002, se determinó que la Calidad de la Atención de Salud debe ser entendida como el conjunto de servicios asequibles y justos, con un grado de excelencia superlativo, eficientes en el uso de los recursos disponibles, que obtienen la aceptación y la complacencia de los usuarios (24). Por lo tanto, la calidad de la atención en salud se basa en dos aspectos fundamentales: mejoramiento continuo del servicio y atención centrada en el usuario.

### **4.2.3 Oportunidad en Salud**

La oportunidad es un aspecto que se relaciona con la calidad de los servicios prestados en salud y se define como la atención idónea, eficaz y óptima que recibe un paciente en el momento que lo requiere, indistinto a su patología y tratamiento. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

### **4.2.4 Servicio**

Un servicio es el conjunto de actividades empleadas para satisfacer un requerimiento de un cliente (25). Un punto de vista diferente indica que un servicio es una actividad, un beneficio o un regocijo que es ofrecido en arrendamiento o en venta, principalmente incorpóreo, y que no generan propiedad de algo (26). Otro concepto plantea que un servicio es la consecuencia que se obtiene de la suma de voluntades en torno a una labor (27).

Los servicios poseen cinco características fundamentales: 1) Intangibilidad, ya que contrario a los productos físicos, los servicios no se pueden tocar, oler, degustar, ver o escuchar; 2) Inseparabilidad, porque todos los aspectos del servicio se producen y consumen al mismo tiempo; 3) Variabilidad, ya que están supeditados a la persona que presta el servicio y al sitio donde este sea prestado; 4) Imperdurabilidad, ya que el

servicio no pueden almacenarse para ser usados posteriormente, y 5) Ausencia de Propiedad, ya que el servicio corresponde a un derecho y no a una propiedad del mismo, por lo que después de recibirlo, se convierte en una experiencia (28).

#### **4.2.5 Costos en Salud**

Los costos en salud son los importes relacionados a la generación de un servicio, entre los que se destacan la compensación de prestaciones y bienes (29). Para determinar los costos en salud, es necesario efectuar un estudio económico que permita dimensionarlos. De esta forma, es posible realizar ponderación de costos en relación a la efectividad, así como la valoración financiera de tecnologías en salud y los principios de eficacia y eficiencia, herramientas que facilitan la toma de decisiones y permiten determinar las prioridades de inversión y prestación del servicio.

#### **4.2.6 Facturación en Salud**

La facturación médica es el proceso de registro y liquidación de los procedimientos con el fin de obtener el pago de los servicios médicos prestados a un paciente ambulatorio u hospitalario. En otras palabras, la facturación médica sirve como puente entre un proveedor de atención médica y los proveedores que se encargan de realizar el pago.

#### **4.2.7 Glosas**

La Resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009 define la glosa como el incumplimiento de requisitos establecidos explícita y obligatoriamente “que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud”.

### **4.3 Marco Legal**

#### **4.3.1 Ley 9 de 1979**

Esta ley reglamenta las actividades y competencias de salud pública para asegurar el bienestar de la sociedad. En el primer título, se aborda todo lo relacionado con el manejo de residuos sólidos y líquidos, emisiones atmosféricas y todas las situaciones relacionadas con el medio ambiente que puedan ocasionar perjuicios a la comunidad. El siguiente título, abarca el suministro de agua, estableciendo la regulación necesaria para asegurar y evitar que las actividades que se realicen cerca de fuentes de agua la contaminen, buscando así que la misma se mantenga potable y apta para el consumo. El tercer título es el relacionado con la salud ocupacional, ahí se establecen los derechos y deberes de los trabajadores, así como las medidas de higiene y seguridad industrial; luego, el cuarto título, corresponde al saneamiento de

edificaciones para establecer medidas de control y manejo de protección contra accidentes.

El quinto título es el relativo a los alimentos, en él se establecen las normas a las que deben sujetarse los alimentos. Luego, continúa con el título de las drogas, medicamentos, cosméticos y similares, estableciendo las características que estos deben cumplir en general. El título séptimo corresponde a la vigilancia y control epidemiológico, determinando los fenómenos que pueden desencadenar en enfermedades transmisibles y no transmisibles y todo lo relacionado con el manejo de la salud pública. Luego, la norma continúa con el título de desastres, donde establece los lineamientos para realizar los respectivos análisis de vulnerabilidad de desastres en todo el territorio colombiano.

El título noveno es el relativo a las defunciones, traslado de cadáveres, inhumación y exhumación, controlando así todo lo relacionado con los certificados de defunción, autopsias, inhumación y exhumación. El título décimo reglamenta todo lo relacionado con artículos de uso doméstico, para evitar que estos sean nocivos para la salud humana. El título once, establece la labor de vigilancia y control a cargo del Ministerio de salud; finalmente, el título doce hace mención a los derechos y deberes, indicando que la salud es un bien de interés público y a cargo del Estado.

### **4.3.2 Constitución Política de 1991**

La Constitución Política de 1991, en el artículo 49 consagra la obligación estatal de garantizar a todas las personas el acceso a la salud, así como de organizar, dirigir, reglamentar y establecer los medios para asegurar su protección y recuperación. Se deriva de esta disposición una doble connotación: por un lado, se constituye en un derecho fundamental del cual son titulares todas las personas y, por el otro, en un servicio público de carácter esencial cuya prestación se encuentra en cabeza del Estado, y por ende, de las entidades privadas que éste designa para garantizarlo. Es decir, se deben realizar las autorizaciones completas y oportunas de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás servicios que el paciente requiera para el cuidado de su patología y para sobrellevar su enfermedad.

### **4.3.3 Ley 100 de 1993**

La salud es un servicio público que está a cargo del Estado, tiene el estatus de derecho fundamental y así ha sido reconocido por el legislador estatutario, de lo que se predica, entre otras, su carácter de irrenunciable. Por tal motivo, es deber del estado garantizar el acceso oportuno y de calidad a los servicios que se requieran para alcanzar el mejor nivel de salud posible. Así las cosas, la ley 100 de 1993, crea el sistema de seguridad social integral en Colombia que el sistema de salud, pensión, riesgos laborales y demás servicios complementarios y reorganizar las entidades

relacionadas con la salud, estableciendo normas y procedimientos para que los usuarios tengan acceso a servicios de salud con calidad.

#### **4.3.4 Decreto 1011 de 2006**

El Decreto 1011 de 2006 estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de indicaciones que serán aplicadas a Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada, así como a las Entidades Oficiales de Salud del orden Departamental, Distrital y Municipal.

La implantación de lineamientos obligatorios que deben ser cumplidos por todos los actores del sistema de salud puede conducir a demostrar a estos mismos agentes, sus trabajadores y sus clientes, la importancia de la calidad como base fundamental para una adecuada atención en salud (30). Esto a pesar de que el impacto del sistema en la calidad del servicio, hasta el momento, no ha sido positivo.

#### **4.3.5 Resolución 123 de 2012**

La Resolución 123 de 2012 modificó el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006. Esta resolución contiene los estándares de acreditación para que el ente acreditador evalúe la calidad de los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Salud,

las administradoras de planes de beneficios y las direcciones territoriales de la salud, adoptando los manuales de estándares para laboratorios clínicos, imagenología, habilitación y rehabilitación, y acreditación en salud ambulatorio y hospitalario

#### **4.3.6 Resolución 3100 de 2019**

La Resolución 3100 de 2019 definió los métodos y los requerimientos para la filiación de las entidades prestadoras del servicio de salud y de habilitación de los servicios de salud y aprobó el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. La resolución 3100 de 2019 da origen a una herramienta que abarca las cláusulas, modelos y requisitos mínimos necesarios para ofrecer y suministrar los servicios de salud en Colombia (31).

#### **4.3.7 Ley 872 de 2003**

La Ley 872 de 2003 creó el Sistema de Gestión de Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en entidades prestadoras de servicios, como un instrumento para la administración metódica que asegure la dirección y evaluación del desarrollo de las instituciones en términos de calidad y satisfacción social, ajustado a los planes estratégicos que se encuentran orientados hacia la función social que debe cumplir el sector estatal.



La ley contempla la creación de la herramienta de gestión iniciando con la orientación de los procesos y con el análisis de requerimientos y perspectivas de los usuarios, y su alcance abarca a instituciones del sector estatal centralizadas y descentralizadas, a entidades prestadoras de servicios públicos de naturaleza pública y privada, a corporaciones autónomas regionales y a todos los organismos que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social Integral.

#### **4.3.8 Ley 1122 de 2007**

La Ley 1122 de 2007 ajustó el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el objetivo de mejorar la prestación de los servicios a los diferentes usuarios. Para lograrlo, modifica los elementos relacionados con la gestión, difusión, financiamiento, equidad, eficiencia y prestación de servicios de salud, al tiempo que fortalece los planes de salud pública y las funciones de vigilancia y control, además de la planificación y disposición de la malla prestadora de servicios de salud.

La Ley 1122 de 2007 no realiza modificaciones fundamentales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y, por el contrario, fija claridad sobre su operatividad (32). Sin embargo, resalta la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), como punto partida para la conformación de una estructura técnica que oriente al sistema en la planificación de beneficios a los usuarios y los costos por acceso a los servicios.

#### **4.3.9 Ley 1438 de 2011**

La Ley 1438 de 2011 fortaleció el Sistema General de Seguridad Social en Salud aplicando un modelo de gestión para la prestación del servicio de salud que se apoya en la estrategia pública Atención Primaria en Salud, que permite la actuación en forma coordinada de diferentes organismos estatales y la comunidad beneficiaria, y que asegura el mejoramiento de la salud gracias a la prestación de servicios óptimos, hecho que conduce a la generación de ambientes saludables.

La Ley 1438 de 2011 tiene como objetivo el ordenarla gestión que se viene realizando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y corregir las evidentes fallas en la operación (33). Por lo tanto, esta ley pretende solucionar los inconvenientes que se presentan día tras día y hacerles frente a las infracciones cometidas por los diferentes actores, quienes desatendían las obligaciones establecidas en el marco normativo existente en su momento.

#### **4.3.10 Ley Estatutaria 1751 de 2015**

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 garantizó el acceso a la atención en salud como derecho fundamental y establece los mecanismos para su protección. Para esto, la ley se basa en principios y aspectos esenciales que se encargarán de repercutir en la prestación del servicio, apoyándose en tecnologías desarrolladas en el área de la

salud, que aseguren que la atención este acorde a los requerimientos de la población usuaria del servicio.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015, la cual contempla un periodo de adaptación en algunos aspectos, definirá nuevos protocolos de beneficios así como nuevos principios para la atención al usuario, haciendo partícipes a todos los involucrados en el proceso, lo que a la larga permitirá la formulación de estrategias conducentes a robustecer y afianzar el disfrute del derecho fundamental a la salud (34).

#### **4.3.11 Decreto 780 de 2016**

El Decreto 780 de 2016 expidió el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, compilando y simplificando la totalidad de normas reglamentarias ya existentes en el sector salud, con la finalidad de contar con una herramienta única de carácter jurídico. Además, el decreto contempla aspectos relacionados con aportes patronales, planes de atención complementarios, convenios para la administración de recursos del Régimen subsidiado entre Entidades Promotoras de Salud y Cajas de Compensación Familiar, y la contratación obligatoria de servicios con Empresas Sociales del Estado.

#### **4.4 Marco Contextual**

En Montería, habilitados por el Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentran en funcionamiento 365 instituciones públicas y privadas prestadoras de los servicios de salud, situación que ha contribuido a mejorar la calidad de vida de la población más vulnerable, gracias a la descentralización de los servicios y la aplicación de estándares de calidad exigentes. Dentro de estas instituciones, se encuentran Empresas Sociales del Estado que prestan servicios de Nivel II y III en la ciudad.

#### **4.5 Marco Investigativo**

El estudio “Comportamiento Financiero de Enfermedades de Alto Costo en una Empresa Promotora de Salud del Departamento de Sucre 2017”, pretendía describir el gasto en el que incurre una empresa promotora de salud en el tratamiento de las patologías de alto costo y la afectación en el presupuesto, al tiempo que buscaba identificar cuáles eran las que se presentaban con mayor frecuencia y formulaba una estrategia que posibilitará una disminución de la prevalencia de estas enfermedades en los afiliados (35).

La Enfermedad Renal y la Enfermedad Cardiovascular, así como el VIH y el Cáncer, consideradas enfermedades de alto costo, tuvieron un impacto muy fuerte en el presupuesto de gastos. Estas enfermedades representaron el 3,2% de los costos y el 2,4% de los ingresos, generando afectación financiera en la entidad. Otras patologías

como la diabetes y el edema pulmonar también representaron costos por la atención mayores a los ingresos.

El estudio concluyó que las enfermedades de alto costo configuran una carga considerable en los procesos de asistencia del servicio de salud, lo cual se refleja en la inversión que deben realizar las entidades para prestar una atención acorde a las necesidades de los usuarios. Estas patologías requieren procedimientos costosos y equipos con especificaciones técnicas para dar cumplimiento a los protocolos de atención con un retorno tardío de los ingresos y un impacto limitado en la recuperación de los pacientes.

El artículo “Costos atribuidos a las infecciones asociadas con la atención en salud en un hospital de Colombia, 2011-2015”, está encaminado a establecer los aspectos relacionados con el incremento y la variación de los costos del cuidado hospitalario por las infecciones asociadas con la prestación del servicio de salud en un hospital de cuarto nivel de la ciudad de Bogotá, en el período comprendido entre los años 2011 y 2015 (36).

Para la elaboración del artículo, fue abordada la variabilidad del costo ligado al tratamiento de una infección originada en el proceso de atención, además de los aspectos clínicos y demográficos que la especifican. Esto implicó el desarrollo de un estudio de casos y controles empleando una variable de emparejamiento como elemento de verificación de las potenciales desviaciones resultantes del manejo de

cada una de las infecciones. El estudio fue aplicado en 292 pacientes mayores de 18 años, hospitalizados en el periodo comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2015, que presentaban afecciones asociadas con la atención en salud.

Los costos de la atención de los pacientes objeto de estudio fueron estimados para cada uno de los procedimientos realizados desde el inicio del cuadro infeccioso hasta su finalización. Posteriormente fueron estandarizados de acuerdo al valor establecido en el Manual Tarifario del Instituto de Seguros Sociales y ajustados teniendo en cuenta el Índice de Precios al Consumidor para el año 2014. Además, se establecieron los aspectos asociados al incremento de los costos del tratamiento haciendo uso de un modelo logístico condicional.

Los investigadores concluyeron que la estancia hospitalaria guarda estrecha relación con la posibilidad de presentar una infección asociada a la prestación del servicio, lo que implica un aumento en los costos de los tratamientos. Por tanto, mientras más prolongada sea la permanencia de los pacientes en las instalaciones de la entidad prestadora de salud, mayor es la probabilidad de contraer una afección relacionada con la atención.

La investigación “Costos asociados a la no calidad en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud entre el año 2014 y 2020”, fue desarrollado como trabajo de grado para optar al título de Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud de la Universidad Cooperativa de Colombia (37). Dicho estudio tenía como

objetivo principal el realizar una observación enfocada en los costos asociados a la no calidad en la prestación de los servicios de Salud, además de establecer en qué consisten, cómo están clasificados y cuáles son los que se presentan con más frecuencia.

La investigación obtuvo la información a partir de una indagación documental. La investigación documental es contemplativa, supuesta e intangible, y se apoya en la recopilación, análisis y deducción de los datos contenidos en documentos variados (38). Las fuentes de información utilizadas para este tipo de investigación están conformadas por tesis, monografías, artículos de revistas, artículos de periódico, estadísticas y sitios web, entre otros.

El desarrollo de la investigación permitió demostrar que los costos asociados a la No Calidad tienen clara repercusión en la eficiencia de las instituciones prestadoras del servicio de salud. Asimismo, se identificaron un número significativo de falencias de diversa índole, que provocan un deterioro en la calidad del servicio y un aumento en los costos de operación.

El estudio concluye que, para disminuir la posibilidad de sobrecostos en los procedimientos y fallas en la prestación del servicio, se hace necesario realizar procesos de vigilancia y control de procesos, además de diseñar estrategias de mejoramiento continuo, con el fin de garantizar la estabilidad económica para la entidad y la posterior apertura a nuevos mercados. Por otro lado, invitan a los profesionales de

la salud a desarrollar las buenas prácticas y promover en los pacientes el cuidado personal.

El estudio “Costos de no calidad por la cancelación de cirugías en una clínica privada de Bogotá D.C. Colombia”, fue realizado con el fin de definir las repercusiones de la No Calidad, con relación a los costos y la seguridad del paciente, asociados a la cancelación de procedimientos médicos, que permitieran identificar elementos que ayuden a mejorar el sistema de atención en el área de Hospitalización y Cirugía, de una entidad privada de tercer nivel (39).

Revisada la base de datos de la institución donde se encuentran registradas las cancelaciones de los procedimientos quirúrgicos en el periodo comprendido entre septiembre y noviembre de 2014, fueron identificadas las causas primordiales que dieron lugar a los aplazamientos de las intervenciones, así como las especialidades afectadas, además de calcular los costos económicos y el impacto generado en la seguridad y bienestar de los pacientes.

Durante el periodo en mención, fue posible confirmar la suspensión de 103 procedimientos quirúrgicos, siendo la Ortopedia la especialidad médica más afectada, con el 63% de los casos. Asimismo, los ingresos dejados de percibir por la cancelación de las cirugías alcanzaron el 13,4% y la seguridad del paciente se vio seriamente afectada al aumentar el tiempo de estancia hospitalaria de los pacientes con procedimientos suspendidos.



El estudio recomendó la implementación de planes de mejoramiento que aseguraran una reducción de las suspensiones de intervenciones quirúrgicas imputadas a la actuación de los profesionales de la salud, al estado de los equipos médicos de la entidad prestadora del servicio o a la falta de disponibilidad de la Unidad de Cuidados Intensivos, y que permitan disminuir los costos ocasionados por la No Calidad.

La investigación “Costos para la Atención en la fase de mitigación en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. Montería, 2020” se desarrolló con el objetivo de determinar los costos financieros relacionados con la atención en salud a pacientes con Covid-19 en la ciudad de Montería, además de analizar los procesos de planificación financiera puestos en funcionamiento durante la pandemia (40).

El estudio se apoyó en la totalidad de los registros contables que hacen parte de la estructura de costos asociada con la etapa de mitigación de la pandemia generada por Covid-19. La metodología contó con cuatro etapas de desarrollo: la recolección haciendo uso de instrumentos como la tabla de operacionalización y la matriz de costos, la organización, el registro y la revisión de la información.

La investigación concluyó que los costos derivados de la atención en salud en la etapa de mitigación de la pandemia de Covid-19 estaban asociados a la mejora de los espacios físicos, así como a los procesos de instrucción y fortalecimientos del personal

encargado de la prestación del servicio. Precisamente los procedimientos asociados al recurso humano, y que se reflejarían en la calidad de la atención a los pacientes, arrojaron los mayores costos, acaparando el 53% de la inversión total. Las actividades encaminadas al aumento de la capacidad y la administración del riesgo tuvieron un impacto del 23% del total de la inversión, cada una.

## **5. Metodología**

### **5.1 Enfoque de Investigación**

La investigación se desarrolló bajo la metodología mixta porque se tomaron variables numéricas como son la calidad y los costos y causas de glosas, descriptiva y transversal con preponderancia cualitativa. La investigación cualitativa otorga profundidad a los datos, además de aumentar la riqueza interpretativa y facilita el proceso de contextualización del ambiente o entorno (41). Por otro lado, la investigación cualitativa pretende entender las manifestaciones dentro del contexto cotidiano, basándose en explicaciones minuciosas de acontecimientos, personas, relaciones, actuaciones, y demás elementos que busquen no generalizar los resultados (42).

La investigación cualitativa permite un ajuste estrecho entre los datos y las actuaciones de las personas (43). Por lo tanto, la investigación cualitativa observa el accionar de las personas en su cotidianidad, escucha sus decisiones y pensamientos y ve los documentos que se producen. De esta forma, el investigador cualitativo puede recolectar información completa, sin intermediarios.

## **5.2 Tipo de Investigación**

La investigación está enmarcada en un tipo de investigación documental desde una perspectiva cualitativa, hecho que demuestra la tendencia interpretativa y comprensiva de la investigación, la cual busca captar, exhaustivamente, la información contenida en los textos que sirven como fuente (44). La investigación documental extrae la información realizando un proceso de compendio, ordenamiento y distinción de las fuentes documentales escritas, orales o audiovisuales (45).

## **5.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información**

Las técnicas de recolección de información son diversas estrategias de recabar datos, haciendo uso de instrumentos que corresponden a los mecanismos que se emplean para tal fin (46). Las técnicas de recolección abarcan procesos y acciones que le aseguran al investigador la obtención de datos que le permitan responder la pregunta de investigación (47). Existen cuatro técnicas de recolección de información: método de observación, cuestionarios o encuestas, grupo focal y entrevista (48).

Para el desarrollo de la investigación, se hizo uso de diferentes instrumentos que facilitaron las labores de recolección de la información, tales como el mantenimiento de registros. Los instrumentos son elementos que el investigador elabora con el objetivo de extraer datos (49). Estos recursos fueron aplicados bajo el principio de triangulación.

El método de triangulación se refiere al uso de diversas estrategias y fuentes para determinar la validez y fiabilidad de la información recogida (50) (Ver Tabla 1).

Tabla 1 - Procedimientos de Recopilación de Datos y el Análisis de Datos

Categorías de Investigación	Instrumentos		
	Matriz de Observación	Cargos de Facturación	Historias Clínicas
1. Caracterizar los servicios prestados en el área de hospitalización	X		
2. Describir los costos de los servicios de salud prestados en la institución.	X	X	
3. Identificar la relación entre la calidad y costos de los servicios de salud.	X		X
4. Diseñar un Plan de Mejora	X	X	X

Fuente: Elaboración propia

#### 5.4 Población y Muestra

La población corresponde al conjunto de elementos estudiados, de los cuales se pretende obtener un resultado o sacar una conclusión (51). Para efectos de la investigación, la población correspondió a 242 camas habilitadas. Respecto a la muestra, esta es un subconjunto característico y finito que se toma de la población objeto del estudio (52). En este caso, la muestra correspondió a 242 camas habilitadas para el servicio de hospitalización.

## **5.5 Aspectos Éticos**

La presente investigación cuenta con el consentimiento informado por parte de una Empresa Social del Estado en Montería Córdoba donde se informó el tema a tratar, objetivos, metodología. De igual forma, se preserva la privacidad y confidencialidad de los sujetos participantes durante toda la investigación, y se garantiza el anonimato de la información, como de los resultados obtenidos.

## **6. Resultados**

Los investigadores organizaron los resultados de acuerdo al orden de los objetivos establecidos en el estudio. Por ello, en primer lugar, se caracterizarán los servicios del área de hospitalización teniendo en cuenta el objetivo del área, alcance, insumos, entradas, procedimientos y salidas, así como los recursos necesarios para su funcionamiento. Posteriormente, se identificaron los costos. Con este insumo, se procedió a realizar la triangulación, que reflejó la relación con la calidad para finalmente diseñar un plan de mejora.

### **6.1 Caracterización de Servicios del Área de Hospitalización**

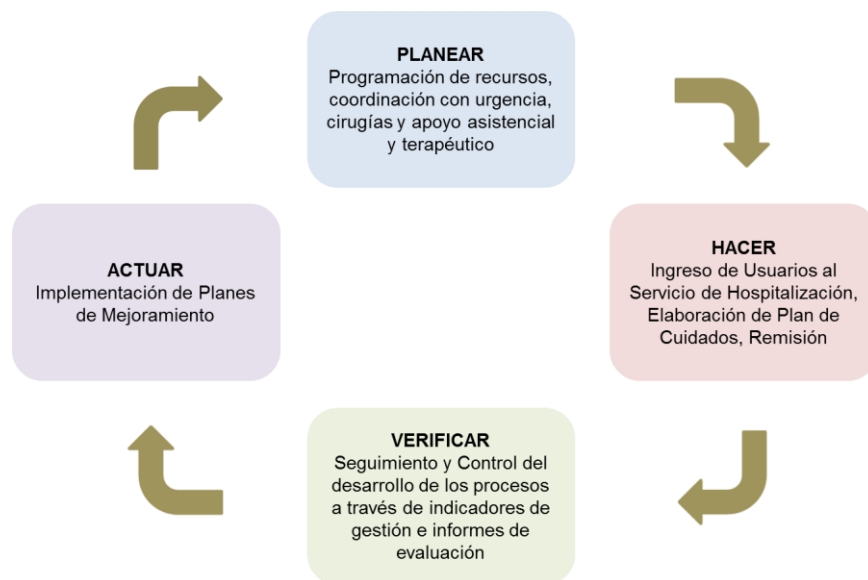
Las Empresas Sociales del Estado están orientadas a prestar una atención con calidad, que garantice la satisfacción de los clientes a través de una función oportuna y adecuada. Para esto, cuentan con un portafolio de servicios ofreciendo las siguientes especialidades:

- Consulta Externa.
- Servicio de Urgencias.
- Internación u Hospitalización - Medicina crítica.
- Quirófano y Sala de Partos.
- Servicios de Apoyo, Diagnostico y Terapéutico.
- Atención y Apoyo a Programas de Salud Pública y Vigilancia Epidemiológica.
- Vacunación del Neonato Institucional.

El servicio de Internación u Hospitalización (Medicina crítica) en la Empresa Social del Estado, que presta servicios de Nivel II y III en la ciudad de Montería realiza la atención en las siguientes unidades de servicio: Unidad de Cuidados Intensivos y Área de Hospitalización General. A través de estas unidades, se pretende cumplir con el objetivo del área, que se centra en suministrar atención básica y especializada con calidad superlativa, que contribuya a la recuperación y rehabilitación de los pacientes.

Por tanto, el alcance del Área de Hospitalización de una Empresa Social del Estado está dirigido a los pacientes que requieren dicho servicio en proceso médicos, quirúrgico y ginecobstétricos, iniciando con el ingreso del paciente, que se da con la solicitud de cama y finalizando con la salida del paciente (Ver Imagen 1).

Imagen 1 - Ciclo PHVA para los Servicios del Área de Hospitalización



Fuente: Elaboración Propia



### 6.1.1 Procedimientos del Área de Hospitalización

El área de Hospitalización cuenta con varios procedimientos para realizar la prestación del servicio a los pacientes. El procedimiento RECEPCIÓN DEL PACIENTE establece los lineamientos que se deben seguir para el ingreso del paciente al área, y que incluyen la verificación del Estado e identificación del paciente, además de la asignación de la unidad de atención e inicio del proceso (Ver Tabla 2).

Tabla 2 - Procedimiento Recepción del Paciente

<b>RECEPCIÓN DEL PACIENTE</b>				
OBJETIVOS	Determinar la situación médica del paciente al momento de ingresar al servicio de hospitalización			
ALCANCE	Actividad Inicial: Constatación del Estado del Paciente			
	Actividad Final: Ubicación del paciente			
SOPORTES	Documento de Identificación Paciente, Historia Clínica, Formato de Hospitalización			
DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO				
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDA
Urgencias Consulta Externa Cirugía	Paciente (Documentos) Historia Clínica Formato de Hospitalización	Verificación del Estado del Paciente	Personal Auxiliar de Enfermería	Confirmación del Paciente
		Identificación de Personal ante Paciente	Médico Enfermera Personal Auxiliar de Enfermería	
Hospitalización	Paciente Historia Clínica Formato de Consentimiento	Ubicación de Paciente	Personal Auxiliar de Enfermería	Formato de Consentimiento firmado por Paciente
		Asignación de Cama y explicación de normas de servicio	Personal Auxiliar de Enfermería	Cama Asignada Registro del Paciente en Formatos Institucionales

Fuente: Empresa Social del Estado

El procedimiento TRASLADO DEL PACIENTE A SERVICIOS DE APOYO establece los lineamientos para el traslado del paciente a áreas de apoyo que contribuyan a la confirmación del diagnóstico (Ver Tabla 3).

Tabla 3 - Procedimiento Traslado del Paciente a servicios de Apoyo

<b>TRASLADO DEL PACIENTE A SERVICIOS DE APOYO</b>				
OBJETIVOS	Confirmar el diagnóstico del paciente			
ALCANCE	Actividad Inicial: Orden Médica			
	Actividad Final: Traslado a servicio de Apoyo			
SOPORTES	Historia Clínica, Orden Médica, Formato Institucional			
DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO				
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDA
Hospitalización	Orden Médica	Registro de Orden Médica	Médico	Orden Médica documentada
		Solicitud de Cita para atención en área de Apoyo	Personal Auxiliar de Enfermería	Cita programada
	Orden Médica Historia Clínica	Traslado a Área de Apoyo	Personal Auxiliar de Enfermería	Paciente trasladado a Área de Apoyo

Fuente: Empresa Social del Estado

El procedimiento VERIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE establece el registro cronológico de las condiciones de salud del paciente (Ver Tabla 4).

Tabla 4 - Procedimiento Verificación y Actualización de Historia Clínica del Paciente

<b>VERIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE</b>				
OBJETIVOS	Confirmar la situación médica del paciente			
ALCANCE	Actividad Inicial: Chequeo de Historia Clínica			
	Actividad Final: Inicio de Tratamiento o Facturación y Egreso			
SOPORTES	Documento de Identificación Paciente, Historia Clínica, Formato Institucional			
DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO				
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDA
Hospitalización	Paciente Historia Clínica	Verificación de Estado y constatación de Historia Clínica	Médico	Tratamiento Orden de Salida
	Historia Clínica	Actualización de Historia Clínica	Médico	Historia Clínica Actualizada

Fuente: Empresa Social del Estado

El procedimiento REMISIÓN DEL PACIENTE aplica para pacientes que, por su condición de salud, deben ser remitidos a una institución de mayor complejidad para que reciba la atención requerida (Ver Tabla 5).

Tabla 5 - Procedimiento Remisión del Paciente

<b>REMISIÓN DEL PACIENTE</b>				
OBJETIVOS	Trasladar de Paciente a Nivel de Complejidad Superior			
ALCANCE	Actividad Inicial: Orden de Remisión			
	Actividad Final: Paciente aceptado y trasladado a Nivel de Complejidad Superior			
SOPORTES	Historia Clínica, Orden de Remisión, Formato Institucional			
DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO				
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDA
Hospitalización	Paciente Resultados de Exámenes	Elaboración de Orden de Remisión	Médico	Orden de Remisión documentada
		Información a Paciente y Grupo Familiar	Médico	Consentimiento de Paciente o Grupo Familiar
		Solicitud de Autorización de Traslado a Entidades Responsables	Jefe de Área	Autorización por Entidad Responsable
	Orden de Remisión documentada	Solicitud de Traslado a Personal Paramédico	Personal Auxiliar de Enfermería	Solicitud de Traslado realizada
	Paciente Historia Clínica	Preparación del Paciente para traslado	Enfermera Personal Auxiliar de Enfermería	Paciente preparado para traslado
	Formatos Institucionales con procedimientos realizados	Facturación	Personal Auxiliar de Enfermería	Factura
	Orden de Remisión	Registro de Orden de Salida	Personal Auxiliar de Enfermería	Orden de Salida registrada
	Historia Clínica	Organización de Historia Clínica	Enfermera	Historia Clínica Actualizada

Fuente: Empresa Social del Estado

El procedimiento EGRESO DEL PACIENTE contiene las actividades mediante las cuales se prepara al paciente en todos los aspectos necesarios para que pueda ser dado de alta (Ver Tabla 6).

Tabla 6 - Procedimiento Egreso del Paciente

EGRESO DEL PACIENTE				
OBJETIVOS	Generar orden de salida al paciente			
ALCANCE	Actividad Inicial: Orden de Salida expedida por Médico			
	Actividad Final: salida del paciente			
SOPORTES	Documento de Identificación Paciente, Historia Clínica, Orden de Salida			
DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO				
PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDA
Hospitalización	Paciente Historia Clínica Orden de Salida	Registro de Orden de Salida	Médico	Salida registrada
	Historia Clínica	Cierre de Historia Clínica	Personal Auxiliar de Enfermería	Historia Clínica Cerrada Nota de Evolución
	Formatos Institucionales con procedimientos realizados	Facturación	Personal Auxiliar de Enfermería	Factura
	Paciente	Preparación del Paciente para salida	Enfermera Personal Auxiliar de Enfermería	Paciente preparado para salida y entregado a Grupo Familiar

Fuente: Empresa Social del Estado

### 6.1.2 Servicios del Área de Hospitalización

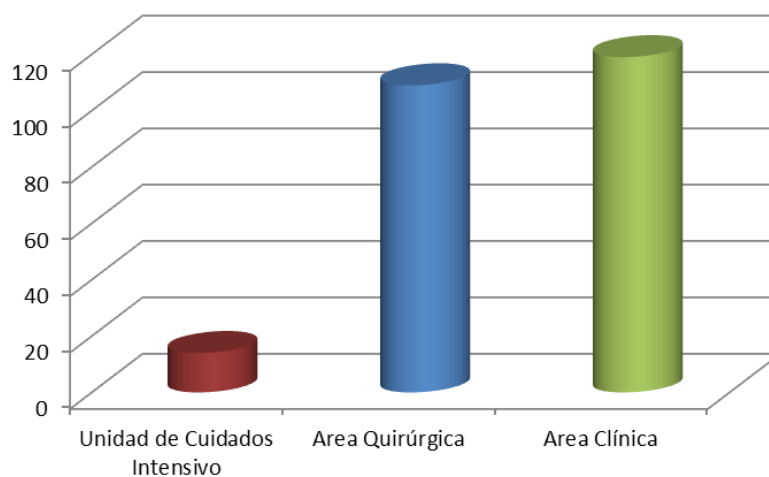
Para la prestación de Servicios de Hospitalización, la Empresa Social del Estado cuenta con la siguiente infraestructura:

- a) Unidad de Cuidados Intensivos: 14 camas para pacientes post quirúrgicos y pacientes clínicos.
- b) Hospitalización general: Dos bloques de tres pisos cada uno:
  - Área quirúrgica:
    - Puerperio, 35 camas.
    - Quirúrgicas hombres, mujeres y aislados, 37 camas.
    - Pensionado A para pacientes principalmente quirúrgicos, 37 camas.

- Área clínica:
  - Pediatría, 45 camas distribuidas: 10 para neonatos, 10 para lactantes, 11 para cirugía pediátrica, 10 para medicina interna pediátrica, 2 para aislados pediátricos y 2 para pacientes quemados pediátricos y Programa de Madre Canguro.
  - Medicina interna hombres y mujeres 37 camas habilitadas.
  - Pensionado B para pacientes principalmente del área clínica 37 camas.

De esta forma, el Área de Hospitalización de la Empresa Social del Estado objeto de estudio, cuenta con 242 camas para la prestación de servicios a los usuarios, de las cuales 119 se encuentran ubicadas en el Área Clínica, 109 camas se encuentran ubicadas en el Área Quirúrgica y 14 camas se encuentran ubicadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (Ver Imagen 2).

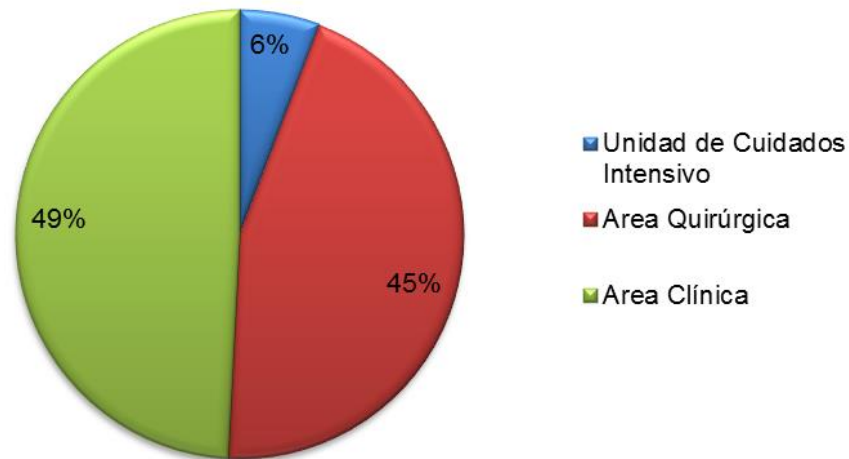
Imagen 2 - Relación de Camas del Área de Hospitalización



Fuente: Elaboración Propia

Frente a la distribución porcentual de las camas del Área de Hospitalización de la Empresa Social del Estado objeto de estudio, el 49% de las camas se encuentran ubicadas en el Área Clínica, el 45% de las camas se encuentran ubicadas en el Área Quirúrgica y el 6% de las camas se encuentran ubicadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (Ver Imagen 3).


Imagen 3 - Distribución de Camas para el Servicio de Hospitalización



Fuente: Elaboración Propia

Para la planificación de la inversión a realizar en el Área de Hospitalización, la Empresa Social del Estado hace uso del Plan Operativo Anual como herramienta de apoyo al establecer planes, programas y proyectos que deben ser llevados a cabo en forma prioritaria, los cuales son incorporados al presupuesto de la vigencia fiscal para su ejecución (Ver Imagen 4).

## Imagen 4 - Plan Operativo Anual Vigencia 2021

	ESE HOSPITAL SAN JERONIMO DE MONTERIA		Código: C.7.FOR.001			
	FORMULACION DEL PLAN OPERATIVO ANUAL (POA) VIGENCIA 2021		Versión: 002			
			Fecha: 05/12/2017			
				Aprobado: Calidad		
<b>ÁREA:</b>	HOSPITALIZACION GENERAL, PEDIATRICA Y UCI					
<b>FUNCIONARIO RESPONSABLE</b>	ALEJANDRA CORRALES MARRIAGA					
<b>CARGO FUNCIONARIO RESPONSABLE:</b>	LIDER UENS DE HOSPITALIZACION					
Actividad a realizar	Objetivo a conseguir	Indicador de la actividad	Fecha inicio	Fecha final		
Plan de capacitacion anual para medicos generales y personal de enfermeria sobre las guias de manejo de las primeras 10 causas de morbilidad de los servicios de hospitalizacion general de adultos, pediátrica y UCI.	Generación de competencias laborales	Total personal médico y de enfermería capacitado en guias de manejo sobre las 10 primeras causas de morbilidad x 100 / Total personal médico y de enfermería de los servicios de hospitalización y UCI.	Febrero	Diciembre		
Certificación para cuidado y manejo del paciente crítico a todo el personal asistencial no certificado que labora en la unidad de cuidados intensivos en coordinación con universidades, el SENA o centros acreditados a nivel nacional.	Generación de competencias laborales	Total personal asistencial no certificado en manejo del paciente crítico en UCI, certificado en el período x 100 / Total de personal asistencial no certificado en el manejo del paciente crítico en UCI.	Febrero	Septiembre		
Realizar auditorías a las historias clínicas del servicio, de manera sistemática, evaluando calidad, suficiencia y veracidad de los registros clínicos realizados por todo el personal interviniente en el manejo del paciente hospitalizado. <b>Periodicidad mensual. Tipo de muestreo: Por conveniencia (se deben incluir todos los especialistas).</b>	Verificar la calidad de la historia clínica de los servicios hospitalarios en todos y cada uno de sus criterios.	Total historias auditadas en el período x 100 / Total de muestra de historias clínicas calculadas para el período.  Total historias clínicas evaluadas como	Enero	Diciembre		
Realización de dos eventos académicos (congreso o simposio): Uno para personal médico y otro para enfermera con alcance departamental o regional.	Generación de competencias laborales	Total eventos académicos realizados x 100 / Eventos académicos programados.	Junio	Diciembre		
Realizar capacitaciones enfocadas al trabajo en equipo y humanización de servicios (mínimo 2 al año).	Generar competencias comportamentales: Trabajo armónico y trato digno para con los clientes internos y externos	Número de capacitaciones realizadas x 100 / total capacitaciones programadas.	Enero	Diciembre		
Remodelación del área de UCI 3: Ubicar star medico y de enfermería en el centro de la unidad, que permita mejorar la visibilidad, seguimiento y control a los pacientes en sus distintas habitaciones	Mejorar el control visual y la atención a los pacientes de la UCI 3	Adecuaciones locativas realizadas.	Abril	Mayo		
Apertura de nuevos servicios: Nefrología, hemodiálisis, hemodinamia, gastroenterología, fisioterapia (en coordinación con apoyo diagnóstico), cirugía de mano y manejo de paciente quemado (en coordinación con cirugía).	Mejorar la integralidad de la prestación de servicios de salud para cumplir con los requerimientos de los modelos de atención integral adoptados por las EPS según direccionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social.	Total servicios nuevos funcionando x 100 / total servicios proyectados para apertura	Enero	Diciembre		
Mejoramiento de hotelería hospitalaria, cambio de camas, adquisición de nocheros, sillones de descanso, escaleras de 2 pasos	Mejorar la prestación del servicio creando espacios confortables y seguros para la atención de los pacientes.	Total habitaciones con dotación para mejoramiento de hotelería x 100 /	Febrero	Diciembre		
Realizar estudio de costos del área de hospitalización.  Generar reporte mensual sobre costos fijos, variables y totales del servicio.  Generar reporte mensual sobre facturación de servicios prestados en hospitalización.	Fortalecer la prestación de servicios, garantizando que estos sean rentables para la institución.	Reporte mensual de costos del área.  Reporte mensual de facturación del área.	Marzo	Diciembre		
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">ALEJANDRA CORRALES MARRIAGA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Funcionario Responsable</td> </tr> </table>					ALEJANDRA CORRALES MARRIAGA	Funcionario Responsable
ALEJANDRA CORRALES MARRIAGA						
Funcionario Responsable						

Fuente: Empresa Social del Estado

## 6.2 Identificación de Costos de los Servicios de Salud en la Institución

La Identificación de los costos de los servicios de salud en una Empresa Social del Estado es una metodología que contribuye a organizar la administración de los costos, teniendo en cuenta los objetivos estratégicos de la entidad. Para que esta

información pueda ser insumo para la toma de decisiones, es conveniente la clasificación por centros de Costo.

El área de Hospitalización de una Empresa Social del Estado constituye un centro de costos, y su participación en la facturación total de la entidad está asociada a los servicios y procedimientos que realiza. Los servicios que presta el área son:

### 6.2.1 Estancias

El Servicio de Estancia Hospitalaria hace referencia al uso de los servicios de atención y el tiempo que se requirió para ellos, y está asociado a la disponibilidad de camas en el área de Hospitalización (Ver Tabla 7).

Tabla 7 - Tabla de Valores del Servicio de Estancia Hospitalaria

Código	Descripción	Valor
107M01	Internación en Unidad de Cuidados Intermedios Adulto	\$ 602.700
10M002	Internación Complejidad Mediana, Habitación Bipersonal	\$ 189.300
10M004	Internación Complejidad Mediana, Habitación Cuatro o más Camas	\$ 132.300
110A01	Internación en Unidad de Cuidado Intensivo Adultos	\$ 1.120.500

Fuente: Empresa Social del Estado

### 6.2.2 Consulta

El Servicio de Consultas permite realizar la valoración de los Neonatos, así como su seguimiento y control durante su permanencia en el Área de Hospitalización.



Además, presta el servicio de valoración por un médico especialista de un área en particular en caso de ser necesario (Ver Tabla 8).

Tabla 8 - Tabla de Valores del Servicio de Consulta

Código	Descripción	Valor
890283	Valoración por Pediatra de Recién Nacido y Controles durante la permanencia en el Servicio de Hospitalización	\$ 46.000
890406	Interconsulta por Nutrición y Dietética	\$ 43.000
890408	Interconsulta por Psicología	\$ 43.000
890409	Interconsulta por Trabajo Social	\$ 43.000
890454	Interconsulta por Especialista en Infectología	\$ 43.000
890466	Interconsulta por Especialista en Medicina Interna	\$ 43.000
890474	Interconsulta por Especialista en Neurología	\$ 43.000

Fuente: Empresa Social del Estado

### 6.2.3 Imagenología

El Servicio de Imagenología contribuye a la confirmación de los diagnósticos y facilitan la toma de decisiones frente a los procedimientos a realizar (Ver Tabla 9).

Tabla 9 - Tabla de Valores del Servicio de Imagenología

Código	Descripción	Valor
871121	Radiografía de Tórax (PA o AP y Lateral, Decúbito Lateral, Oblicuas o Lateral)	\$ 54.100
871121	Radiografía De Tórax (PA o AP y Lateral, Decúbito Lateral, Oblicuas o Lateral) más Portátil	\$ 93.800
879111	Tomografía Computada de Cráneo Simple	\$ 377.300
879301	Tomografía Computada de Tórax	\$ 392.700
881211	Ecografía de Tórax (Pericardio o Pleura)	\$ 82.500
881401	Ecografía Pélvica Ginecológica Transvaginal	\$ 92.600
881431	Ecografía Obstétrica Transabdominal	\$ 59.300
882112	Ecografía Doppler de Vasos del Cuello	\$ 370.100

Fuente: Empresa Social del Estado

## 6.2.4 Laboratorio Clínico

El servicio de Laboratorio Clínico obtiene y analiza las muestras biológicas, contribuyendo al diagnóstico de patologías, además de servir de apoyo para la identificación y seguimiento de los tratamientos escogidos (Ver Tabla 10).

Tabla 10 - Tabla de Valores del Servicio de Laboratorio Clínico

Código	Descripción	Valor
901107	Coloración Gram y Lectura para cualquier Muestra	\$ 26.600
901210	Cultivo y Antibiograma para Microorganismos	\$ 44.200
901221	Hemocultivo Aerobio Automatizado cada Muestra	\$ 53.400
901236	Urocultivo (Antibiograma Concentración Mínima Inhibitoria Automatizado)	\$ 49.400
902045	Tiempo de Protrombina PT	\$ 27.300
902049	Tiempo de Tromboplastina Parcial PTT	\$ 26.600
902121	Prueba de Ciclaje [Células Falciformes o Drepanocitos]	\$ 8.300
902206	Extendido de Sangre Periférica Estudio de Morfología	\$ 6.800
902210	Hemograma IV [Hemoglobina Hematocrito Recuento de Eritrocitos Índices Eritrocitarios Leucograma Recuento de Plaquetas Índices Plaquetarios y Morfología Electrónica e Histograma] Método Automático	\$ 18.700
902214	Hemoparasitos Extendido de Gota Gruesa	\$ 9.700
903110	Ácido Láctico [L-Lactato] Semiautomatizado	\$ 32.700
903604	Calcio Iónico	\$ 16.000
903801	Ácido Úrico en Suero u Otros Fluidos	\$ 12.700
903803	Albumina en Suero u Otros Fluidos	\$ 7.700
903809	Bilirrubinas Total y Directa	\$ 18.000
903813	Cloro [Cloruro]	\$ 8.600
903828	Deshidrogenasa Láctica [LDH]	\$ 13.300
903833	Fosfatasa Alcalina	\$ 13.700
903839	Gases Arteriales en Reposo o en Ejercicio	\$ 41.900
903841	Glucosa en Suero LCR u Otro Fluido Diferente a Orina	\$ 11.300
903859	Potasio en Suero u Otros Fluidos	\$ 26.800
903862	Proteínas En Orina De 24 H	\$ 8.600
903864	Sodio En Suero U Otros Fluidos	\$ 22.100
903866	Transaminasa Glutamicopirevica o Alanino Amino Transferasa TGP-ALT	\$ 19.600
903867	Transaminasa Glutamico Oxalacetica o Aspartato Amino Transferasa	\$ 19.600
903869	Urea en Sangre u Otros Fluidos	\$ 9.900
903883	Glucosa Semiautomatizada [Glucometria]	\$ 4.200
903895	Creatinina en Suero u Otros Fluidos	\$ 10.800
906040	Treponema pallidum Anticuerpos IG G Semiautomatizado o Automatizado	\$ 74.600
906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	\$ 64.700
906913	Proteína C Reactiva Cuantitativo de Alta Precisión	\$ 38.100
907002	Coprológico	\$ 7.400
907106	Uroanálisis	\$ 12.000
911015	Hemoclasificacion Sistema RH [ANTÍGENO RH D] por Microtecnica	\$ 23.900

Fuente: Empresa Social del Estado

## 6.2.5 Banco de Sangre y Medicina Transfusional

El servicio de Banco de Sangre y Medicina Transfusional realiza la obtención de donantes, así como el tratamiento de los componentes de la sangre y su posterior conservación y, en caso de ser necesario, transporte (Ver Tabla 11).

Tabla 11 - Tabla de Valores del Servicio de Banco de Sangre y Medicina Transfusional

Código	Descripción	Valor
911003	Anticuerpos Irregulares Detección (Coombs Indirecto Rastreo Anticuerpos Irregulares. Prueba de Antiglobulina Indirecta Escrutinio de Anticuerpos Irregulares) por Microtécnica	\$ 30.500
911009	Coombs Directo Cualitativo por Microtécnica	\$ 14.000
911021	Prueba Cruzada Mayor por Microtécnica	\$ 32.000
911107	Procesamiento de la Unidad de Concentrado de Glóbulos Rojos Leucoreducido	\$ 432.000
911111	Procesamiento de la Unidad de Plasma Fresco Congelado	\$ 72.300

Fuente: Empresa Social del Estado

## 6.2.6 Prótesis y Órtesis

El servicio de Prótesis y Órtesis contribuye a los procesos de recuperación de áreas afectadas y rehabilitación de la movilidad del paciente (Ver Tabla 12).

Tabla 12 - Tabla de Valores del Servicio de Prótesis y Órtesis

Código	Descripción	Valor
15140401-021094	Clavo de Shanz en Acero 6.0X 180 R40	\$ 99.000
15140401-021095	Rotula Tubo a Tubo 4MM	\$ 43.000
15140401-02261	Barra de Carbono 11 X 350MM	\$ 43.000
15140401-02330	Barra en Fibra de Carbono 11 X 300MM	\$ 43.000
15140401-02658	Rotula Click Clamp de 11MM AO	\$ 43.000

Fuente: Empresa Social del Estado

## 6.2.7 Procedimiento de Diagnóstico

El servicio de Procedimiento de Diagnóstico facilita la prestación de la atención hospitalaria al confirmar el concepto del médico y contribuir a la recuperación del paciente (Ver Tabla 13).

Tabla 13 - Tabla de Valores del Servicio de Procedimiento de Diagnóstico

Código	Descripción	Valor
881202	Ecocardiograma Modo M, Bidimensional y Doppler Color	\$ 464.800

Fuente: Empresa Social del Estado

## 6.2.8 Derecho de Sala

El servicio de Derecho de Sala contempla los elementos necesarios para la realización de pequeñas cirugías (suturas) (Ver Tabla 14).

Tabla 14 - Tabla de Valores del Servicio de Derecho de Sala

Código	Descripción	Valor
5DS003	Derecho de Sala de Pequeña Cirugía (Suturas)	\$ 37.000

Fuente: Empresa Social del Estado

## 6.2.9 Procedimientos No Quirúrgicos

El servicio de Procedimientos No Quirúrgicos está enfocado en los procesos que no exigen intervención alguna en áreas de cirugía, por lo que su realización se efectúa

en consultorios o zonas especialmente establecidas para ese fin, con la colaboración del paciente (Ver Tabla 15).

Tabla 15 - Tabla de Valores del Servicio de Procedimientos No Quirúrgicos

Código	Descripción	Valor
890611	Asistencia Intrahospitalaria por Terapia Física	\$ 17.300
890612	Asistencia Intrahospitalaria por Terapia Respiratoria	\$ 17.400
897011	Monitoria Fetal Anteparto	\$ 20.300

Fuente: Empresa Social del Estado

### 6.2.10 Otros Servicios

La Empresa Social del Estado presta otros servicios encaminados mejorar la atención y facilitar los procesos para los usuarios y su grupo familiar (Ver Tabla 16).

Tabla 16 - Tabla de Valores de Otros Servicios

Código	Descripción	Valor
15149004-0115	Bolsa para Cadáver con Cierre Color Blanco Calibre 8	\$ 60.000

Fuente: Empresa Social del Estado

### 6.3 Relación Calidad-Costo de los servicios de Salud

El objetivo principal de una entidad prestadora de servicios de salud es fomentar y preservar la salud de los usuarios, bajo los preceptos de calidad, disponibilidad y equidad. Los costos de los servicios de salud son gastos que se encuentran sujetos a la prestación del servicio, entre los que se destacan los servicios profesionales y los

insumos. Por lo tanto, existe una relación directa entre la calidad de los servicios de salud y los costos que se generan en torno a esta. Infortunadamente, en algunas ocasiones la prestación del servicio no se ajusta a los estándares de calidad esperados, generando insatisfacción en los clientes, generando las glosas.

### 6.3.1 Informe de Glosas

La Glosa es definida como un incumplimiento de requisitos en la prestación de un servicio de salud, con afectación parcial o total de la factura. La Empresa Social del Estado, radicada en la ciudad de Montería y objeto de este estudio, reportó el informe de Glosa para el periodo comprendido entre el 01 de diciembre de 2021 y el 28 de febrero de 2022 (Ver Tabla 17).

Tabla 17 - Relación de Glosas de Diciembre/2021 a Febrero/2022

MOTIVO	PERIODO			TOTAL
	Diciembre/2021	Enero/2022	Febrero/2022	
Autorización	\$ 7.278.599	\$ 13.656.900	\$ 22.760.218	\$ 43.695.717
Soporte	\$ 24.389.119	\$ 22.777.056	\$ 27.307.909	\$ 74.474.084
Facturación	\$ 107.869.083	\$ 44.202.530	\$ 39.532.225	\$ 191.603.838
Pertinencia	\$ 92.164.094	\$ 30.176.358	\$ 76.742.427	\$ 199.082.879
Cobertura	\$ 183.068.989	\$ 98.945.122	\$ 7.801.142	\$ 289.815.253
Devolución	\$ 229.073.005		\$ 456.839.572	\$ 685.912.577
Tarifa	\$ 288.685.267	\$ 301.841.160	\$ 177.745.931	\$ 768.272.358
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 932.528.157</b>	<b>\$ 511.599.126</b>	<b>\$ 808.729.424</b>	<b>\$ 2.252.856.707</b>

Fuente: Empresa Social del Estado

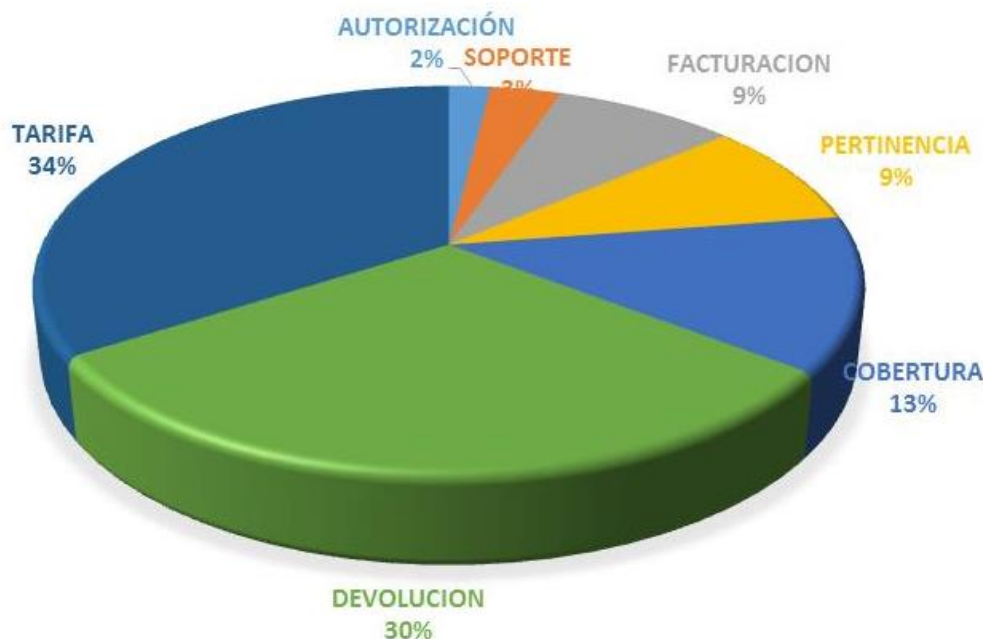
El informe de glosas determinó que Fallas en las tarifas y las Devoluciones representan el 64% de las No conformidades, seguidas por las Glosas por Cobertura con un 13%. De esta forma, se hace necesario establecer medidas correctivas que

aseguren la parametrización de las tarifas acordadas en los convenios de prestación del servicio (Ver Imagen 5).

Las Glosas por cada uno de los motivos se explican a continuación:

- a) Glosas por Tarifa. Se generan por existir diferencias entre los valores pactados con los facturados.
- b) Devolución. No conformidad que afecta en forma total la factura, por lo cual esta no es considerada válida.
- c) Glosas por Cobertura. Se generan por cobros de servicios que no están incluidas en el plan.
- d) Glosas por Facturación. Se presentan por existir diferencias entre el tipo y la cantidad los servicios prestados y los servicios facturados, o cuando se presentan errores en la liquidación de la factura.
- e) Glosas por Pertinencia. Se generan cuando no existe coherencia entre la Historia Clínica y los servicios de diagnóstico solicitados o los tratamientos ordenados. También se presentan cuando los diagnósticos son ilegibles, incompletos o poco detallados.
- f) Glosas por Soporte. Se presentan por ausencias, correcciones o soportes ilegibles o incompletos.
- g) Glosas por Autorización. Se generan cuando los servicios facturados no fueron autorizados o son diferentes a los autorizados por la entidad responsable del pago. Asimismo, se generan cuando se cobren servicios con documento o firmas adulteradas.

Imagen 5 - Relación de los diversos motivos en la generación de Glosas



Fuente: Empresa Social del Estado

#### 6.4 Plan de Mejoramiento

El Plan de Mejoramiento se estructura a partir del Informe de Glosas generado por la Empresa Social del Estado radicada en Montería y del Informe de Auditoria Gubernamental realizado por la Contraloría General del Departamento de Córdoba, en la vigencia 2019-2020.

Se encuentra estructurado bajo componentes principales, como son: Número del Hallazgo, Tipo de Hallazgo, Causa de la Falla, Acción, Tipo de Acción, Fechas de Inicio y Finalización, Actividades, Meta, Responsable y Presupuesto (Ver Tabla 18).



Tabla 18 - Plan de Mejoramiento



## UNIVERSIDAD DE CORDOBA

### Plan de Mejoramiento

#### 3. Plan de Acción

Número de Hallazgo	001
Tipo de Hallazgo	Fallas en la parametrización tarifaria
Causa de la Falla	Errores en los procesos de facturación
Acción	Desarrollo de un Sistema tarifario estandarizado
Tipo de Acción	Correctiva
Fecha de Inicio	Junio 01 de 2022
Fecha de Finalización	Agosto 31 de 2022
Actividades	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estudio de mercado para determinar las tarifas para el cobro de los servicios.</li> <li>2. Análisis de Costos para determinar el margen de utilidad.</li> <li>3. Análisis comparativo con las tarifas de otros prestadores de servicios de salud.</li> <li>4. Desarrollo del Manual de Tarifas</li> <li>5. Presentación del Manual de Tarifas ante Autoridades.</li> <li>6. Implementación del Sistema Tarifario</li> </ol>
Meta	Disminución del impacto de las Glosas por Tarifas en los ingresos de la Empresa Social del Estado.
Responsable	Subgerencia Administrativa y Financiera
Presupuesto	\$ 30.000.000

Fuente: Elaboración Propia

## 7. Discusión de Resultados

El estudio planteó como objetivo general el determinar la relación entre calidad y costos de los servicios de salud en el área de hospitalización de una Empresa Social del Estado durante el periodo comprendido entre diciembre de 2021 y febrero de 2022 en Montería Córdoba. Para cumplir con este propósito, se realizó análisis del Informe de Glosas generado por la Empresa Social del Estado radicada en Montería y del Informe de Auditoria Gubernamental realizado por la Contraloría General del Departamento de Córdoba, en la vigencia 2019-2020.

Ambos informes coinciden en establecer que los motivos más frecuentes para la generación de glosas están asociados a las tarifas. Es así que el informe de glosas del período comprendido entre el 01 de diciembre de 2021 y el 28 de febrero de 2022 indica que esta glosa tiene un impacto negativo de \$768.272.358, lo que representa el 34% de valor de las glosas. Por su parte, el informe de Auditoria Gubernamental para la vigencia 2019-2020 desarrollado por la Contraloría General del Departamento de Córdoba indica que este motivo tuvo un impacto negativo de \$58.735.384. Las glosas afectan en forma negativa el valor de la factura que se genera por la prestación del servicio de salud, lo cual atentará contra la viabilidad económica de la entidad.

En el acápite de antecedentes, fue analizado el estudio “Comportamiento Financiero de Enfermedades de Alto Costo en una Empresa Promotora de Salud del Departamento de Sucre 2017”. Los tratamientos para patologías de alto costo generan

comportamiento negativo en las finanzas de las entidades que prestan el servicio, principalmente si las entidades no han suscritos contratos para mitigar este riesgo. Asimismo, un incremento en el número de reclamaciones o la solicitud de atención para este tipo de enfermedades podría conducir a estas entidades a presentar procesos de iliquidez financiera.

De esta forma, el estudio en mención establecía que las enfermedades de alto costo generaban efectos secundarios a los pacientes que las padecían, lo que conducía a un aumento de los servicios de consulta médica para esta población. Por lo tanto, los pacientes hacen un uso más frecuente de los servicios integrados en el Plan de Beneficios, así como algunos que no se encuentran en dicho plan, lo que conduce a una mayor afectación de las finanzas de las instituciones.

En el mismo acápite antes mencionado, fue estudiada la investigación “Costos para la Atención en la fase de mitigación en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. Montería, 2020”. La pandemia por Covid-19 modificó la metodología utilizada por algunas entidades para la prestación de los servicios de salud, obligándolas a realizar inversiones para adecuar los espacios físicos, además de preparar física y mentalmente a los profesionales de la salud para realizar la atención al paciente. Este hecho ha ocasionado gastos adicionales a las instituciones de salud, afectando la rentabilidad de estas.

## **8. Conclusiones**

Finalizado el estudio, el grupo investigador llegó a las siguientes conclusiones:

Cuando las entidades prestadoras de los servicios de la salud disminuyen la calidad de los servicios, acarrearán consecuencias irreversibles en la eficiencia y eficacia del sistema de salud, como en la vida del paciente, la percepción de los ciudadanos, y a su vez eleva los costos derivados de la atención médica, según se desprende del proyecto de investigación realizado.

Por tal motivo, La calidad en la prestación de servicios de salud en el área de hospitalización de una Empresa Social del Estado genera credibilidad en los posibles usuarios, hecho que contribuirá a la estabilidad financiera de la entidad. La No calidad en la prestación de servicios ocasiona incumplimientos, los cuales generan afectación parcial o total de la factura, y atentan contra la estabilidad económica de la institución.

De igual forma, las fallas en la prestación del servicio, evidencia la ausencia de estrategias de mejoramiento continuo de los procesos, lo que genera sobrecostos insostenibles para la entidad y le niega la posibilidad de abrirse a nuevos mercados. En definitiva, si hay calidad en el servicio, se asegura la competitividad en el mercado y la satisfacción del cliente, generando la rentabilidad financiera y social de la institución.

## **9. Recomendaciones**

Luego de realizado el trabajo investigativo, se consideran pertinentes las siguientes recomendaciones: Las entidades que prestan servicios de salud, deben garantizar a la población la atención en forma oportuna, accesible, pertinente, continua, con calidad y que satisfaga las necesidades del usuario. Por esta razón, es esencial la implementación de medidas de eficiencia hospitalaria que permita hacer un uso efectivo de los recursos con los que cuenta.

Ahora bien, se considera necesario que, para disminuir la posibilidad de sobrecostos en los procedimientos y fallas en la prestación del servicio, se deben realizar procesos de vigilancia y control de procesos, además de diseñar estrategias de mejoramiento continuo, con el fin de garantizar la estabilidad económica para la entidad, la satisfacción del paciente y la posterior apertura a nuevos mercados

## Referencias Bibliográficas

1. Villar L. La ley 100: el fracaso estatal en la salud pública. [Online].; 2012. Available from: <https://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/36-14.pdf>.
2. Bardey D. Universidad de Los Andes. [Online].; 2017. Available from: <https://uniandes.edu.co/es/noticias/derecho/el-sistema-de-salud-colombiano-bueno-o-malo>.
3. Rodríguez J. Cumplimiento de regímenes terapéuticos y calidad asistencial. Revista de Calidad Asistencial. 2006;: p. 255-263.
4. Kerguelén C. Calidad en salud en Colombia: Los principios Bogotá, D. C.: Editorial Scripto Ltda.; 2008.
5. Álvarez L. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. Revista Panamericana de Salud Pública. 2005; 18(2): p. 129-135.
6. Uribe C, Vargas N, Perea H. Evaluación de costos directos de mala calidad y su impacto en la presentación del servicio de cirugía de la Clínica CES - primer semestre de 2011. Trabajo de Grado. Medellín: Universidad CES; 2011.
7. Ceballos T, Velásquez P, Jaén J. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2014; 13(27): p. 274-295.
8. Cubillos M, Rozo D. El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. Revista de la Universidad de La Salle. 2009;(48): p. 80-99.
9. Deming W. Out of the Crisis Cambridge: The MIT Press; 1986.
10. Ramos D. Qualiex: Blog de la Calidad. [Online].; 2021. Available from: <https://blogdelacalidad.com/gurus-de-la-calidad-william-edwards-deming/>.
11. Juran J. Managerial Breakthrough: The Classic Book on Improving Management Performance New York : McGraw-Hill; 1964.
12. Tovar P. Lifereder. [Online].; 2020. Available from: <https://www.lifereder.com/joseph-juran/>.
13. Juran J. Juran on Planning for Quality New York: The Free Press; 1988.

14. Ishikawa K. What is total quality control? The Japanese way Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.; 1985.
15. Montano J. Lifeder. [Online].; 2020. Available from: <https://www.lifeder.com/kaoru-ishikawa/>.
16. Crosby P. Quality Is Free México, D. F.: Compañía Editorial Continental, S. A. de C. V.; 1987.
17. Feigenbaum A. Total Quality Control. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1991.
18. Quiroa M. Economipedia. [Online].; 2020. Available from: <https://economipedia.com/definiciones/aseguramiento-de-la-calidad.html>.
19. Zeithaml V, Parasuraman A, Berry L. Calidad Total en la Gestión de Servicios Madrid: Díaz de Santos S. A.; 1993.
20. Horovitz J. La calidad del servicio Madrid: McGraw-Hill de España; 1990.
21. De La Vega A. La importancia de la calidad en el servicio. Revista Especificar [En Línea]. 2017.
22. Donabedian A. A Guide to Medical Care Administration - Volume II: Medical Care Appraisal - Quality and Utilization Washington D. C.: American Public Health Association; 1973.
23. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>.
24. Presidencia de la República. Función Pública. [Online].; 2002. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6829>.
25. Sánchez J. Economipedia. [Online].; 2016. Available from: <https://economipedia.com/definiciones/servicio.html>.
26. Sandhusen R. Mercadotecnia. 1st ed. México, D. F.: Compañía Editorial Continente; 2002.
27. Lamb C, Hair J, McDaniel C. Marketing. 6th ed. México, D. F.: International Thomson Editores, S. A.; 2002.
28. Kotler P, Keller K. Dirección de Marketing. 12th ed. México, D. F.: Pearson Educación de México, S. A. de C. V.; 2006.

29. Barreiro S. Auditoría Médica Hoy. [Online].; 2019. Available from: <https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/Monografia%20gestion%20en%20costos%20Sebastian%20Barreiro%20para%20biblioteca.pdf>.
30. Cuevas L, López P, Manclares D. Impacto de la Implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía y la Calidad en la prestación de Servicios de Salud en Colombia. Trabajo de Investigación. Bogota, D. C.: Universidad Santo Tomás; 2018.
31. Escobar E. Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. [Online].; 2019. Available from: <https://www.amci.org.co/noticias/gremiales/23-noticias-gremiales/781-res-3100>.
32. Restrepo J. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2007; 25(1): p. 82-89.
33. Franco Á. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2012; 14(5): p. 865-877.
34. Ramírez A, Rocha D, Durango L, Rodríguez S. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Revista CES Derecho. 2016; 7(2): p. 13-41.
35. Álvarez J, Bitar L, Caicedo Y. Comportamiento Financiero de enfermedades de alto costo en una empresa promotora de Salud del departamento de Sucre, 2017. Trabajo de Investigación. Universidad de Córdoba; 2020.
36. Ortiz J, Pineda I, Dennis R, Porras A. Costos atribuidos a las infecciones asociadas con la atención en salud en un hospital de Colombia, 2011-2015. Revista Biomédica [En Línea]. 2019; 39(1): p. 102-112.
37. Ramírez L, Palacio S. Costos asociados a la no calidad en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud entre el año 2014 y 2020. Trabajo de Grado. Pereira: Universidad Cooperativa de Colombia; 2020.
38. Finol T, Nava H. Procesos y productos de la investigación documental Maracaibo: Editorial de la Universidad de Zulia; 1992.
39. González A, Aragón A. Costos de no calidad por la cancelación de cirugías en una clínica privada de Bogotá D.C. Colombia. Cuadernos Latinoamericanos de Administración. 2015; 12(21): p. 17-25.



40. Martínez C, Rosso A. Costos para la Atención en la fase de mitigación en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. Montería, 2020. Trabajo de Investigación. Universidad de Córdoba; 2020.
41. Hernández R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6th ed. México, D. F.: McGraw-Hill; 2014.
42. Cuenya L, Ruetti E. Controversias epistemológicas y metodológicas entre el paradigma cualitativo y cuantitativo. Revista Colombiana de Psicología. 2010; 19(2).
43. Castaño C, Quecedo M. Introducción a la metodología de investigación cualitativa. Revista de psicodidáctica. 2002;(14): p. 5-40.
44. Gómez L. Un espacio para la Investigación Documental. Revista Vanguardia Psicológica. 2011; 1(2): p. 226-233.
45. Rus E. Economipedia. [Online].; 2020. Available from: <https://economipedia.com/definiciones/investigacion-documental.html>.
46. Arias F. El Proyecto de Investigación: Guía para su elaboración. 3rd ed. Caracas: Editorial Episteme; 1999.
47. Hurtado J. Metodología de la Investigación Holística Caracas: Instituto Universitario de Tecnología Capirito & Servicio y Proyecciones para América Latina; 2000.
48. Sordo A. HubSpot. [Online].; 2021. Available from: <https://blog.hubspot.es/marketing/recoleccion-de-datos>.
49. Tamayo M. Diccionario para la investigación científica. 2nd ed. México, D. F.: Editorial Limusa S. A. de C. V.; 2006.
50. Gavilanes M, Yanza W, Inca A, Torres G, Sánchez R. Las TICs en los procesos de enseñanza y aprendizaje. Ciencia Digital [En Línea]. 2019; 3(2).
51. Levin R, Rubin D. Estadística para Administración y Economía. 7th ed. México, D. F.: Pearson Educación de México, S. A. de C. V.; 2004.
52. Arias F. El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica. 6th ed. Caracas: Editorial Episteme; 2006.

## Anexos

### Anexo 1 – Solicitud de Información



Montería, marzo 07 de 2022

Señores  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

Referencia: Solicitud de Información

Cordial Saludo.

Con la intención de desarrollar el proyecto de investigación "Relación entre Oportunidad y Costos de los servicios de salud del Área de Hospitalización en una Empresa Social del Estado de la ciudad de Montería durante el primer trimestre del año 2022", en el marco de la Especialización en Gerencia Administrativa en Salud, en la Universidad de Córdoba, se solicita a Ustedes la siguiente información:

1. Glosas de facturas y cuentas por errores en los códigos, nombres, tipo de eventos cobrados o falta de los soportes establecidos por ejemplo.
2. Quejas por problemas en la atención de pacientes, presentada por la EPS.
3. Reclamación de pacientes por mala atención.
4. Requerimientos de la Superintendencia Nacional de Salud por fallas en la atención de salud.
5. Cancelación de procedimientos o cirugías.
6. Días de hospitalización promedio por pacientes
7. Exámenes de laboratorio repetidos o no utilizados para la atención del paciente, no entregados debidamente antes del egreso hospitalario del paciente.

Muy agradecidos por la atención prestada.

Cordialmente,

Humberto Annicchiarico  
Estudiante de Especialización  
Universidad de Córdoba

Lilian Isaza  
Estudiante de Especialización  
Universidad de Córdoba

Ricardo Morales  
Estudiante de Especialización  
Universidad de Córdoba