	UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA			
	Documento	Código	Fecha	Revisión
FORMATO HOJA DE RESUMEN PARA TRABAJO DE GRADO	F-AC-DBL-007	10-04-2012	A	
Dependencia	Aprobado		Pág.	
DIVISIÓN DE BIBLIOTECA	SUBDIRECTOR ACADEMICO		i(116)	

RESUMEN – TRABAJO DE GRADO

AUTORES	MARLO ANDRÉS MENESES PÉREZ		
FACULTAD	FACULTAD DE EDUCACIÓN, ARTES Y HUMANIDADES		
PLAN DE ESTUDIOS	MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN		
DIRECTOR	Mg. JORGE LUIS NAVARRO ESPAÑA		
TÍTULO DE LA TESIS	EFICIENCIA Y PRODUCTIVIDAD DE HOSPITALES PÚBLICOS DEL ORIENTE COLOMBIANO.		
RESUMEN (70 palabras aproximadamente)			
<p>ESTA INVESTIGACIÓN UTILIZA EL INDICADOR DE TEECE, PISANO Y SHUEN, PARA EVALUAR LA COMPETENCIA Y LA RENTABILIDAD DE LOS HOSPITALES EN COLOMBIA. EL ANÁLISIS SE REALIZÓ A 20 HOSPITALES PÚBLICOS DEL ORIENTE COLOMBIANO EN EL PERÍODO 2017. DEMOSTRANDO UNA CAÍDA EN LA RENTABILIDAD DE LOS HOSPITALES EN COLOMBIA. DONDE SE LOGRÓ DISEÑAR UN MARCO DE INDICADORES DE EFICIENCIA Y PRODUCTIVIDAD PARA LOS MISMOS.</p>			
CARACTERÍSTICAS			
PÁGINAS:116	PLANOS:	ILUSTRACIONES:	CD-ROM:1



**EFICIENCIA Y PRODUCTIVIDAD DE HOSPITALES PÚBLICOS DEL
ORIENTE COLOMBIANO**

AUTOR

MARLO ANDRÉS MENESES PÉREZ

**Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de Magíster en
Administración.**

Director:

Mg. JORGE LUIS NAVARRO ESPAÑA

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA
FACULTAD DE EDUCACIÓN, ARTES Y HUMANIDADES
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN**

Índice

	Pág.
Resumen.....	x
Introducción	xiii
Capítulo 1. Eficiencia y productividad de hospitales públicos del oriente colombiano	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.3.1 General.....	4
1.3.2 Específicos.....	4
1.4 Justificación.....	5
1.5 Delimitaciones.....	7
1.5.1 Delimitación Operativa.....	7
1.5.2 Conceptual	7
1.5.3 Delimitación Geográfica.....	7
1.5.4 Delimitación Temporal.....	8
Capítulo 2. Marco Referencial.....	9
2.1 Marco Histórico.....	9
2.1.1 La eficiencia y productividad de hospitales en el plano internacional	9
2.1.2 Medición empírica de la Eficiencia y Productividad de Hospitales Públicos en Colombia	12
2.2 Marco Conceptual	17
2.2.1 Eficiencia en salud.....	17
2.2.2 Productividad hospitalaria	19
2.2.3 Red hospitalaria pública	20
2.2.4 Indicadores de gestión para medir la eficiencia hospitalaria.....	23
2.2.5 Factores de desempeño confiable en hospitales	24
2.2.6 Técnicas de recopilación de información	27
2.3 Marco Contextual.....	28
2.4 Marco Teórico.....	32

2.5 Marco Legal	34
2.5.1 Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones	34
Capítulo 3. Diseño Metodológico	36
3.1 Tipo de investigación	36
3.2 Población.....	37
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de información	38
3.4 Método	39
3.5 Técnicas de procesamiento de información	39
Capítulo 4. Presentación de resultados	41
4.1 Resultado de las encuestas	41
4.1.1 Encuesta Dirigida a Gerentes de Hospitales Públicos de los departamentos Norte de Santander, Santander y Boyacá.	41
4.1.2 Encuesta Dirigida a Gerentes de Hospitales Públicos de Bogotá (Subredes Sur y Suroccidental).....	58
4.1.3 Diagnóstico de las encuestas	61
4.2 Diagnosticar la eficiencia hospitalaria del oriente colombiano, enfocada en los insumos usados en las operaciones implementadas.	64
4.3 Analizar la productividad de los hospitales públicos del oriente colombiano, mediante indicadores de respuesta a demanda de servicios.....	69
4.4 Realizar comparativos de indicadores de eficiencia y productividad de hospitales del oriente colombiano con similares indicadores de hospitales públicos de la ciudad de Bogotá D.C.	78
Conclusiones	88
Recomendaciones	92
Referencias.....	94
Apéndices.....	99

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Encuesta dirigida al hospital universitario Bucaramanga.....	41
Tabla 2. Encuesta dirigida al hospital Sogamoso	44
Tabla 3. Encuesta dirigida al hospital san gil	46
Tabla 4. Encuesta dirigida al hospital Piedecuesta	48
Tabla 5. Encuesta dirigida al hospital Barrancabermeja.....	50
Tabla 6. Encuesta dirigida al hospital de Duitama	52
Tabla 7. Encuesta dirigida al hospital Erasmo meoz cucuta.....	54
Tabla 8. Encuesta dirigida al hospital la playa	56
Tabla 9. Encuesta dirigida a los hospitales de Bogotá sub red sur	58
Tabla 10. Encuesta dirigida a los hospitales Bogotá suroccidente	60
Tabla 11. Indicadores de eficiencia hospitalaria.....	80
Tabla 12. Indicadores de producción de servicios hospitalarios.....	82

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Medición de calidad, eficiencia y productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008. Fuente: Carreño, 2009, p. 210.....	14
Figura 2. Medición de calidad, eficiencia y productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008. (Porcentual).....	15
Figura 3. Indicadores de eficiencia en los H1, H2, H3, H4 y H5 de Bogotá.....	16
Figura 4. Ubicación del departamento Norte de Santander en Colombia.....	29
Figura 5. Departamento de Santander en Colombia.....	30
Figura 6. Mapa de Boyacá dentro de Colombia.....	31
Figura 7. Indicadores de eficiencia hospitalaria.....	81
Figura 8. Indicadores de producción de servicios hospitalarios.....	85

Lista de Apéndices

	Pág.
Apéndice A. Encuesta Dirigida a Gerentes de Hospitales Públicos de Norte de Santander, Santander y Boyacá.....	100
Apéndice B. Encuesta Dirigida a Gerentes de Hospitales Públicos de Bogotá (Subredes Sur y Suroccidental)	101

Resumen

Esta investigación utiliza el indicador de Teece, Pisano y Shuen, para evaluar la competencia y la rentabilidad de los hospitales en Colombia. El análisis exacto se realizó para un ejemplo de 20 hospitales públicos del oriente colombiano en el período 2017. Demostrando una caída en la rentabilidad de los hospitales en Colombia.

Veinte hospitales públicos del oriente colombiano se encontraron con una ejecución competente y rentable, mientras que uno de cada tres demuestra lo contrario. Por localidades, los hospitales en dichas regiones fueron los más improductivos e ineficientes. Además, aportaron en una tercera parte de la disminución de la eficiencia en general.

Los temas de eficiencia y productividad hospitalaria tienen sus antecedentes recientes en el caso de Latinoamérica, realizando registro general de aquellas investigaciones que se aproximan al problema de investigación del presente abordaje metodológico.

El criterio de (Santelices, et al., 2013) permitió asumir un incremento porcentual de cierta cantidad en los insumos, buscando la correlación con la misma cantidad del producto, mientras que el segundo asume que la respuesta porcentual es menor.

Con esta investigación se logró diseñar un marco de indicadores de eficiencia y productividad para los hospitales públicos de los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá en comparación con los de Bogotá DC. Diagnosticando la eficiencia hospitalaria del oriente colombiano, enfocada en los insumos usados en las operaciones

implementadas. Luego se analizó la productividad de los hospitales públicos del oriente colombiano, mediante indicadores de respuesta a demanda de servicios, para poder Realizar comparativos de indicadores de eficiencia y productividad de hospitales del oriente colombiano con similares indicadores de hospitales públicos de la ciudad de Bogotá D.C.

Se utilizó para esta investigación una metodología de tipo descriptiva, que de acuerdo con Tinto (2013), consiste en el “proceso inicial y preparatorio de una investigación” (p. 138), debido a que en la medida que el fenómeno a estudiar forma un sistema complejo y muy amplio, la misma nos permite acotarlo, ordenarlo, caracterizarlo y clasificarlo, es decir hacer una descripción del fenómeno lo más precisa y exacta que sea posible.

Generando como resultados los marcadores obtenidos para 2017 en calidad en bienestar, productividad hospitalaria y generación de administraciones en hospitales públicos abiertos del oriente colombiano, donde se estimó el nivel de relación entre la calidad, la eficacia y la producción de servicios.

Observándose que los hospitales en Colombia, tanto públicos como privados, han criticado que la obligación de las EPS es de \$ 12 mil millones. Ya que la suspensión de las administraciones clínicas es una realidad debido a la ausencia de activos para trabajar. "Es inminente que, de manera dinámica, desde la perspectiva gerencial, especializada y operativa, las diversas administraciones de hospitales abiertos comiencen a cerrarse, dada la inconcebibilidad de cumplir con los compromisos", como lo indica el informe más reciente de la cartera de la

Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, ACESI.
(ACESI, 2015)

Introducción

La ejecución de los hospitales públicos está relacionada con el logro de los objetivos de bienestar de las naciones, razón por la cual los marcos de bienestar han comprometido sus esfuerzos más notables para avanzar en la viabilidad y la competencia de estas asociaciones (Artaza et al., 2011). En Colombia, el despilfarro en el arreglo de las administraciones de bienestar fue una de las razones fundamentales que impulsaron su cambio a través de la Ley 100 de 1993 (DNP, 2002). Esta norma estableció el marco actual de bienestar, que implicaba el cambio de hospitales abiertos a organizaciones independientes que necesitaban adaptarse a un arreglo de rivalidad de mercado.

Esto infiere que nunca más obtendrían activos directamente del plan de gastos de la administración (asignación de suministros), sin embargo, deberían reforzar su capacidad de respaldo monetario mediante la contratación de administraciones con las agencias de seguros del sistema (solicitud de patrocinio), en rivalidad con diferentes especialistas (Uribe, 2009).

Los cambios administrativos obligaron a los hospitales a convertirse en entidades autosostenibles a través de una mejor administración regulatoria y monetaria, a fin de garantizar su calidad perpetua en la producción (Toro y Mutis, 2006, Pinzón, 2003).

Debido a esto, fue importante cuantificar sin cesar su competencia y eficiencia, a fin de tomar medidas restaurativas en zonas donde son menos rentables (Toro y Mutis, 2006, Giedion y Morales, 1999).

Esta investigación se hace con el fin de cumplir los siguientes objetivos Diseñar un marco de indicadores de eficiencia y productividad para los hospitales públicos de los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá en comparación con los de Bogotá DC.

En este trabajo de investigación se dividió en tres partes la primera se hizo el diagnostico de la eficiencia hospitalaria del oriente colombiano, enfocada en los insumos usados en las operaciones implementadas. La segunda parte se analizó la productividad de los hospitales públicos del oriente colombiano, mediante indicadores de respuesta a demanda de servicios. y por último se realizaron comparativos de indicadores de eficiencia y productividad de hospitales del oriente colombiano con similares indicadores de hospitales públicos de la ciudad de Bogotá D.C.

Se utilizo para esta investigación una metodología de tipo descriptiva, que de acuerdo con Tinto (2013), consiste en el “proceso inicial y preparatorio de una investigación” (p. 138), debido a que en la medida que el fenómeno a estudiar forma un sistema complejo y muy amplio, la misma nos permite acotarlo, ordenarlo, caracterizarlo y clasificarlo, es decir hacer una descripción del fenómeno lo más precisa y exacta que sea posible.

Generando como resultados los marcadores obtenidos para 2017 en calidad en bienestar, productividad hospitalaria y generación de administraciones en hospitales públicos abiertos del oriente colombiano, donde se estimó el nivel de relación entre la calidad, la eficacia y la producción de servicios.

Observándose que los hospitales en Colombia, tanto públicos como privados, han criticado que la obligación de las EPS es de \$ 12 mil millones. Ya que la suspensión de las administraciones clínicas es una realidad debido a la ausencia de activos para trabajar. "Es inminente que, de manera dinámica, desde la perspectiva gerencial, especializada y operativa, las diversas administraciones de hospitales abiertos comiencen a cerrarse, dada la inconcebibilidad de cumplir con los compromisos", como lo indica el informe más reciente de la cartera de la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, ACESI. (ACESI, 2015)

Dando cumplimiento a la pregunta de investigación planteada ¿Qué indicadores de eficiencia y productividad tienen los hospitales públicos de los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá en comparación con los de Bogotá D.C.?

Capítulo 1. Eficiencia y productividad de hospitales públicos del oriente colombiano

1.1 Planteamiento del problema

Mediante la Ley 100 de 1993 se crea y se regula el Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) en Colombia y relaciona la garantía de la calidad en términos de “atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional” (Ley 100, 1993, Artículo 153)

En el tema de la medición hay que identificar cuándo, por qué y qué tipo de variación se está produciendo, tomando como puntos de referencia los indicadores de funcionamiento, que según Herrera, Navarro, Palenzuelaa, Martín y Puerto López del Amo (2015) “son ratios o tasas de un determinado hecho que forman parte de la atención prestada por los proveedores sanitarios a distintas poblaciones definidas.” (p. 6). Los sistemas y procesos son susceptibles de variaciones con el transcurrir del tiempo, frente a lo cual la única forma de observar dichas variaciones y sus patrones es mediante datos seguidos a través del tiempo.

De acuerdo con esta realidad, los indicadores de eficiencia y productividad en hospitales públicos del oriente colombiano son puntos de referencia para identificar variaciones dentro de ciertos rangos, cuyo desconocimiento de resultados obstaculiza la toma de decisiones frente a la prestación de servicios, así como la preparación para asumir las exigencias de control y vigilancia por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás instancias con dicha función, situación que progresivamente puede ocasionar desequilibrio administrativo, sanciones e

inadecuada percepción de pacientes frente a los servicios ofrecidos por los hospitales del oriente colombiano.

Las herramientas estadísticas son fundamentales para calcular estos indicadores de eficiencia y productividad, cuyas bases de datos se hallan desactualizadas, desconociendo las variaciones al respecto, por lo que se le está restando dinámica a la afirmación de Kerguelén (2008) “La medición hace factible saber si las variaciones se mueven dentro de un rango predecible o, si por el contrario, existen variaciones que no llevan un patrón dentro de los datos.” (p. 2)

Pese a que la Ley 100 de 1993 recalca la importancia de la calidad, eficiencia y productividad en los servicios de salud, actualmente no se ha realizado un estudio profundo que mida la eficiencia y productividad de los hospitales públicos del oriente colombiano, como son:

“Erasmio Meoz y San José de la ciudad de Cúcuta, Emiro Quintero Cañizares de Ocaña, San Juan de Dios de la ciudad de Pamplona, Jorge Cristo Sahium de Villa del Rosario, San Rafael de Barrancabermeja, San Juan de Dios de Floridablanca, San Juan de Dios de Girón, de Piedecuesta, Regional de San Gil, San Rafael de Tunja, Regional de Duitama, José Cayetano Vásquez de Puerto Boyacá, Regional de Sogamoso y Regional de Chiquinquirá.” (Registraduría Nacional, s.f., p. 1)

Dicha situación que ocasiona incertidumbre sobre indicadores de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que enmarcan en medidas de eficiencia en salud en el territorio colombiano.

Estando bajo un marco normativo de obligatorio cumplimiento, el sector salud debe dar respuesta a unos objetivos asignados de forma directa, cuya evidencia es el compromiso por parte de instituciones, de personal asistencial, administrativo, el adecuado uso de recursos con efecto directo en el estado de salud del usuario.

La eficiencia en salud no es solo gestión por parte del Estado, se trata de un derecho inalienable de la población en general, la cual va ligada con la productividad, tal como lo indica el portal Migesa (2016):

Es importante entender que la productividad va ligada de forma directa a la cantidad y a los tiempos de producción, mientras que la eficiencia corresponde a la calidad, es decir, hacer lo más con lo menos posible. La eficiencia es en este sentido un factor que repercute fuertemente en la administración del tiempo de una empresa. (p.3)

Hasta el momento estos indicadores no se han calculado para el caso de los hospitales públicos del oriente colombiano, lo cual no permite conocer medidas de desempeño y por ende, correctivos y alternativas de optimización y desarrollo, siendo un panorama conectado con otra realidad y la crisis financiera del sector. El portal Sectorial indica:

El sistema de salud colombiano sigue estando en un delicado estado. A pesar de los esfuerzos que realiza el gobierno central para atacar los problemas financieros y de cubrimiento, las Entidades Promotoras de Salud siguen presentando problemas que ponen en vilo a todos los institutos encargados de la prestación del servicio, quienes, según cifras publicadas por la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, poseen una cartera vigente que sobrepasa los \$7 billones. (Sectorial, 2017, p. 1)

De igual modo, la percepción de las personas sobre la calidad de servicio de salud de acuerdo con Encuesta Gallup primer trimestre 2016 “evidenció cómo en las 5 principales

ciudades del país el 82% de los encuestados considera que la calidad y el cubrimiento de los servicios de salud han empeorado, frente a un 12% que opina que es mejor desde la gestión del presidente Santos.” (Sectorial, 2017, p. 1)

1.2 Formulación del problema

¿Qué indicadores de eficiencia y productividad tienen los hospitales públicos de los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá en comparación con los de Bogotá D.C.?

1.3 Objetivos

1.3.1 General. Diseñar un marco de indicadores de eficiencia y productividad para los hospitales públicos de los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá en comparación con los de Bogotá DC.

1.3.2 Específicos. Diagnosticar la eficiencia hospitalaria del oriente colombiano, enfocada en los insumos usados en las operaciones implementadas.

Analizar la productividad de los hospitales públicos del oriente colombiano, mediante indicadores de respuesta a demanda de servicios.

Realizar comparativos de indicadores de eficiencia y productividad de hospitales del oriente colombiano con similares indicadores de hospitales públicos de la ciudad de Bogotá D.C.

1.4 Justificación

El diseño de un marco de indicadores de eficiencia y productividad para los hospitales públicos de los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá en comparación con los de Bogotá DC, estará proyectado a definir medidas que identifiquen la magnitud de respuesta frente a los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Contextualizar indicadores de resultado o de producto dentro del marco de la eficiencia requiere la comprensión de esta última, que según definición de Karguelén (2008) es “El costo invertido para lograr un determinado estado o mejora en salud” (p. 81). Partiendo de tal definición los centros hospitalarios en Colombia tienen en reto de proveer servicio de la manera menos costosa para el Sistema, evitando a su vez el desperdicio de dichos servicios en personas que no los necesitan, porque da lugar al desequilibrio en la oferta, porque dejan sin atención a quienes realmente lo necesitan.

Otra de las variables a analizar mediante la presente investigación es la productividad, que según el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI, 2003), es la relación entre la venta (oferta) de servicios y las cantidades de insumos utilizados, razón por la que la productividad permite conocer cuánto producto generan los insumos utilizados en una actividad económica o prestación de un servicio (de tipo social), pudiendo trazar un historial cronológico. (INEGI, 2003)

Partiendo de tal marco de aplicación, la presente investigación se mide la eficiencia de los servicios de salud de los hospitales de oriente colombiano, realizando una comparación entre los mismos, tomando como puntos referenciales aspectos técnicos de la atención, tales como

eficacia ante trámites, percepción de calidad en desempeño de personal administrativo y asistencial, infraestructura administrativa, oportunidad, capacidades, conocimientos o habilidades del personal asistencial y las condiciones de la infraestructura y de la dotación técnica, tiempos de espera para la prestación de servicios, lo que finalmente incide en el estado de salud del usuario.

Los métodos econométricos tienen entre sus principales insumos teóricos, estudios realizados por universidades colombianas, así como el marco legal vigente, desde la Ley 100 de 1993 en adelante, acudiendo a aquellos preceptos legales relacionados con la garantía de calidad en salud en el territorio colombiano.

El análisis de la eficiencia de los hospitales públicos en Colombia ha implementado diferentes metodologías, entre las más aplicadas están “el análisis envolvente de datos, las relaciones de equivalencia y las fronteras estocásticas. Los resultados coinciden en que la eficiencia aumenta con el nivel de complejidad de los servicios. Los hospitales de baja complejidad, que son la mayoría en Colombia, son los más ineficientes.” (Bonet, 2015)

De esta forma se considera importante la realización de la presente investigación, debido a que arrojará resultados que servirán como referencia a los centros hospitalarios delimitados, a las instancias relacionadas con la medición de eficiencia y productividad del sector salud en Colombia y como referente a la academia en lo relacionado con la aplicación de métodos econométricos en la medición de resultados en la prestación de salud en Colombia.

1.5 Delimitaciones

1.5.1 Delimitación Operativa. El trabajo de grado se desarrollará bajo las orientaciones metodológicas de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña, así como la asesoría científica y metodológica del director del mismo, en cuyo desarrollo se podrán presentar inconvenientes, especialmente con el levantamiento de información, razón por la que se optará por acudir a fuentes lo más cercanas posibles para compensar el elemento hasta ese momento incompleto.

Es posible que haya lentitud en la entrega de información por parte de hospitales públicos del oriente colombiano, razón por la que el autor gestionará constantemente ante dichas instancias hasta obtener tal insumo para el presente trabajo de grado.

1.5.2 Conceptual. El fundamento conceptual tendrá como referentes conceptuales la calidad en salud, eficiencia en salud, productividad hospitalaria, red hospitalaria pública, elementos físicos en red hospitalaria pública, factores de desempeño confiable personal administrativo en hospitales, factores de desempeño de personal asistencial en hospitales, atención al usuario en salud, atención individualizada en salud, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción del Usuario

1.5.3 Delimitación Geográfica. El trabajo de grado se desarrollará con base a información suministrada por hospitales del oriente colombiano, es decir en los Hospitales de los Departamentos de Norte de Santander y Santander.

1.5.4 Delimitación Temporal. En cuatro (4) meses se proyecta el desarrollo de los diferentes objetivos específicos del presente trabajo de grado.

De igual manera, los registros estadísticos que sustentarán el proyecto van desde 1990 hasta 2018, teniendo en cuenta el marco histórico, así como la limitada cantidad de estudios comparativos de eficiencia y productividad en hospitales públicos del oriente colombiano.

Capítulo 2. Marco Referencial

2.1 Marco Histórico

2.1.1 La eficiencia y productividad de hospitales en el plano internacional. Los temas de eficiencia y productividad hospitalaria tienen sus antecedentes recientes en el caso de Latinoamérica, realizando registro general de aquellas investigaciones que se aproximan al problema de investigación del presente abordaje metodológico.

Análisis de los determinantes de la eficiencia hospitalaria: el caso de Chile. Para tal estudio se tomó una muestra correspondiente a 28 hospitales, los cuales representaron 255.439 egresos para el período mayo a octubre de 2011, y que correspondieron al 45% de los egresos totales a nivel nacional para el mismo período. El grupo muestral estuvo conformado por los establecimientos que contaron con toda la información disponible en el período de este estudio. Las variables se dividieron en categoría de eficiencia o variables dependientes y variables explicativas o independientes (Santelices, et al., 2013).

El criterio de (Santelices, et al., 2013) permitió asumir un incremento porcentual de cierta cantidad en los insumos, buscando la correlación con la misma cantidad del producto, mientras que el segundo asume que la respuesta porcentual es menor. Sin embargo, con el objeto de obtener variables explicativas robustas de la eficiencia se ocupan evaluaciones de la eficiencia complementarias, tales como el análisis de frontera estocástica (SFA) y un índice de costo medio (CMe). El primero corresponde a una técnica inicialmente desarrollada por Aigner, Lovell, y Schmidt (1977), que consiste en estimar una función de producción, es decir, la “relación”

existente entre insumos y productos para una serie de establecimientos, donde las desviaciones respecto de la relación óptima de producción se dan, en primer lugar, por el hecho de que en realidad no existe una relación exacta entre las variables y , en segundo lugar, porque ciertos establecimientos pueden estar produciendo efectivamente por debajo de la relación óptima de producción.

Para esta investigación se tomaron como variables independientes las prácticas hospitalarias, la productividad del personal clínico; el rendimiento estratégico, mecanismos de financiamiento, territorio geográfico y el nivel de especialización. En cuanto a las prácticas hospitalarias se utilizaron dos medidas, la primera corresponde a la estancia promedio en días corregida por el índice de complejidad (IC) de cada establecimiento. En segundo lugar, se usó la proporción de costos indirectos sobre costos directos de los egresos. Los costos directos corresponden a aquellos costos que dependen directamente de los insumos usados por la unidad específica en la generación de un egreso hospitalario, mientras que los indirectos, a los costos imputados por el préstamo de servicios de otra unidad del hospital (Santelices, 2013)

La eficiencia hospitalaria ha sido tema de investigación por parte de diferentes autores, dando como resultado diversos estudios que son referente para recientes o actuales iniciativas sobre dicho campo del saber. El criterio de Pinzón (2003) permite conocer que las primeras aproximaciones se basaron en métodos no paramétricos como el índice de productividad de Malmquist.

Dentro de los estudios que han empleado este índice se encuentran los aportes de Linna (2000), Sommersguter-Reichmann (2000) y Ng (2011), quienes encontraron crecimiento de la

productividad de los hospitales, atribuido principalmente a avances tecnológicos. Para esto, el primer autor utilizó una muestra de 43 hospitales de cuidados intensivos finlandeses durante el periodo 1988-1994. Por su parte, Sommersguter-Reichmann (2000) trabajó con 22 hospitales de Austria en la década de los noventa, mientras Ng (2011) hizo lo propio para 463 hospitales de China entre 2004 y 2008. ... En tanto, Pilyavsky y Staat (2006) estudiaron los hospitales municipales de Angola entre 2000 y 2002, y los últimos autores evaluaron los hospitales de cuatro distritos de Ucrania a finales de los noventa. (Pinzón, 2003, p. 15)

Otra vertiente de la literatura, más reciente, estima la productividad mediante el Indicador de Luenberger. Como se mencionó anteriormente, este es el método a utilizar en el presente estudio y su enfoque menos restrictivo le da superioridad sobre otros indicadores no paramétricos que miden la productividad. Barros et al. (2008) consideran la aproximación de Luenberger como una técnica innovadora en el campo de los estudios que analizan la productividad de los hospitales. Estos autores pudieron comprobar empíricamente, a través de este indicador y por medio de una muestra de 51 hospitales portugueses, la existencia de un crecimiento mínimo de la productividad durante el período 1997-2004, atribuido principalmente a la poca incidencia del cambio tecnológico.” (Orozco, 2014, p. 9)

La versión de (Herrero, Martín y del Puerto López del Amo, 2015) se fundamenta en los resultados de la investigación *Eficiencia técnica de los hospitales públicos y de las empresas públicas hospitalarias de Andalucía*, cuyo ámbito comprendió la totalidad de la oferta pública hospitalaria, 32 hospitales, durante el período 2005-2008, mientras que la metodología implementada se desarrolló en dos etapas. En la primera se calcularon los índices de eficiencia técnica de los hospitales del SSPA mediante análisis envolvente de datos (AED) y la evolución de la eficiencia en cada período con el índice de Malmquist (IM) para cada período anual.

2.1.2 Medición empírica de la Eficiencia y Productividad de Hospitales Públicos en Colombia. El Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud, 2013), relaciona la investigación del DANE y SISPRO para el año 2010 el 52,63% (17.228 muertes) de las defunciones ocurridas en la región Oriental corresponde al grupo de los hombres, durante este año las enfermedades del sistema circulatorio causaron el 28,46% de las muertes en este sexo para la región y han sido la primera causa de muerte entre los años 2008 y 2010 con tasas ajustadas entre 103,17 y 95,86. El grupo de las demás enfermedades y las causas externas constituyen la segunda y tercera causa de muerte más frecuente de mortalidad con tasas ajustadas de 82,54 y 69,44 por cada 100.000 habitantes respectivamente para el año 2010. Llama la atención la tendencia al descenso que muestra la mortalidad por causas externas.

Para ese mismo año el 52,63% (17.228 muertes) de las defunciones ocurridas en la región Oriental corresponde al grupo de los hombres, durante este año las enfermedades del sistema circulatorio causaron el 28,46% de las muertes en este sexo para la región y han sido la primera causa de muerte entre los años 2008 y 2010 con tasas ajustadas entre 103,17 y 95,86. El grupo de las demás enfermedades y las causas externas constituyen la segunda y tercera causa de muerte más frecuente de mortalidad con tasas ajustadas de 82,54 y 69,44 por cada 100.000 habitantes respectivamente para el año 2010. Llama la atención la tendencia al descenso que muestra la mortalidad por causas externas. (MinSalud, 2013)

El 38,93% (12.744 muertes) de las defunciones ocurridas en la región Oriental durante el año 2010 corresponde al grupo de las mujeres; durante este año, las enfermedades del sistema circulatorio causaron el 34,02% de las muertes en este sexo para la región y han sido la primera causa de muerte entre los años 2008 y 2010 con tasas ajustadas entre 89,70 y 82,15. El grupo de las demás enfermedades y las neoplasias constituyen la segunda y tercera causa de muerte más frecuente de mortalidad con tasas

ajustadas de 73,10 y 53,10 por cada 100.000 habitantes respectivamente para el año 2010. (MinSalud, 2013, p. 96)

A continuación, se presentan resultados de investigaciones sobre la eficiencia en hospitales de Colombia.

Eficiencia de los hospitales públicos de Bogotá. El estudio utilizó modelos DEA con retornos constantes y variables a escala, en un modelo aditivo y con orientación hacia el producto. Las soluciones del modelo sugieren, en los cuatro ejercicios, reducir los gastos y aumentar el número de egresos para que los hospitales ineficientes alcancen su máximo relativo de producción. (Nupia, 2001)

De otro lado, un análisis estadístico en el Distrito Capital (Misión Bogotá, 1993) mostró a comienzos de la década del 90 una subutilización de la capacidad física instalada. Los cálculos del estudio muestran en promedio una utilización de 53% de la capacidad física instalada, acompañado de una tasa de ocupación de la infraestructura promedio de 65,6%. En general, sólo los hospitales de Kennedy y Simón Bolívar mostraban tasas de ocupación aceptables, los demás estaban entre 15% y 61,7%. Así mismo, se identificó un déficit en la infraestructura de tipo ambulatorio en zonas muy específicas de la ciudad y una mala distribución geográfica de los hospitales por niveles, lo que refleja los problemas de concentración de ciertos servicios de salud. (Nupia, 2001)

Los datos de los productos por hospital para el primer nivel de atención fueron suministrados por la Secretaría Distrital de Salud, en consolidados semestrales construidos a

partir de la información que les reporta mensualmente cada hospital. Estos productos son: (1) número de egresos, (2) número de consultas externas, (3) número de consultas por urgencia y (4) número de partos. Para los niveles II y III, los datos fueron suministrados por el Ministerio de Salud, recolectados mensualmente por el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud. En estos niveles, además de los anteriores productos, se incluyó el número de cirugías realizadas. Esta información sólo pudo ser consolidada en 1999. (Nupia, 2001)

Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008. La mayor incidencia en la atención en todas las instituciones hospitalarias se encontró en la tasa de eventos adversos consolidados y en la tasa de mortalidad intrahospitalaria, seguidas por la tasa de infecciones intrahospitalarias. La institución H5 presentó los mejores resultados en el consolidado de estos eventos. (Carreño, 2009)

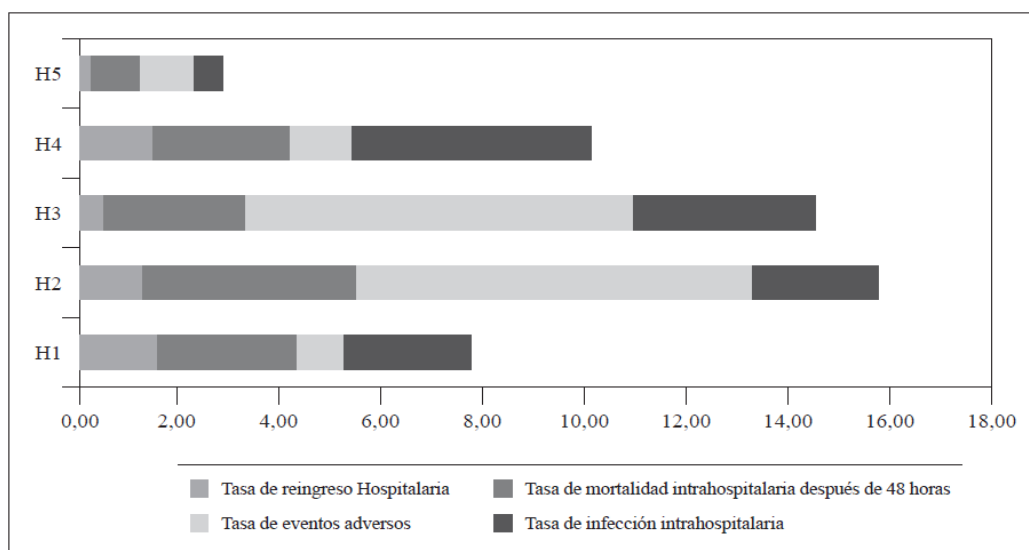


Figura 1. Medición de calidad, eficiencia y productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008.

Fuente: Carreño, 2009, p. 210.

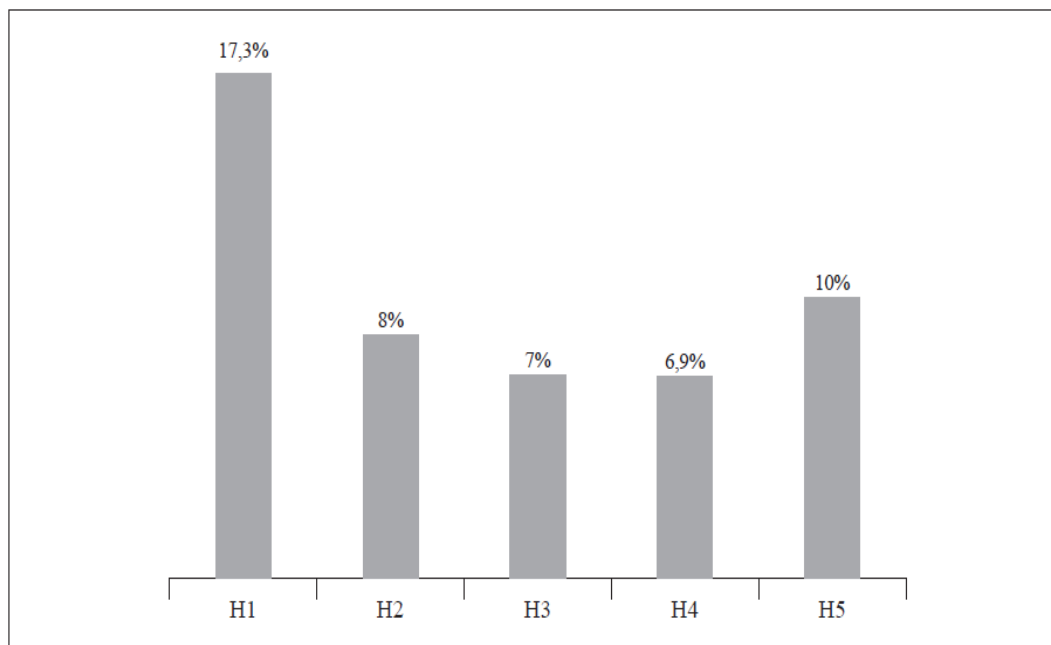


Figura 2. Medición de calidad, eficiencia y productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá, 2008. (Porcentual).

Fuente: Carreño, 2009, p. 210.

La mayor incidencia en la atención en todas las instituciones hospitalarias se encontró en la tasa de eventos adversos consolidados y en la tasa de mortalidad intrahospitalaria, seguidas por la tasa de infecciones intrahospitalarias. La institución H5 presentó los mejores resultados en el consolidado de estos eventos. (Carreño, 2009)

Proporción de cancelación de cirugía La institución que tuvo la menor proporción de cancelación de cirugías fue H4, y fue la que más procedimientos realizó, pero presentó el mayor índice de infección intrahospitalaria; mientras que H3 realizó una cantidad de procedimientos similar, tuvo una proporción de cancelación menor, una tasa de infecciones también menor y tuvo el mejor resultado en el indicador de oportunidad en la realización de cirugía programada. H3 es un ejemplo de eficiencia. (Carreño, 2009)

Indicadores de oportunidad en la atención. Los datos evidencian que la oportunidad en las cinco instituciones se comportó siguiendo un patrón similar, a excepción de la institución H4, que mostró los mejores resultados en seis variables.

Tabla 1.

Indicadores de eficiencia en los H1, H2, H3, H4 y H5 de Bogotá.

Indicadores de eficiencia hospitalaria 2008	H1	H2	H3	H4	H5
Porcentaje de ocupación	91,1%	90,8	87,7	93%	81,4%
Promedio giro de cama total mes	5,1	4,4	5,79	4,5	5,9
Promedio estancia	6,7	7,4	5,1	5,2	3,6
Promedio anual de camas instaladas	304	244	309	235	289

Nota. La investigación no da nombres de los hospitales, cuya denominación fue H1, H2, H3, H4 y H5. Nota: Tomada de Carreño, 2009, p. 212.

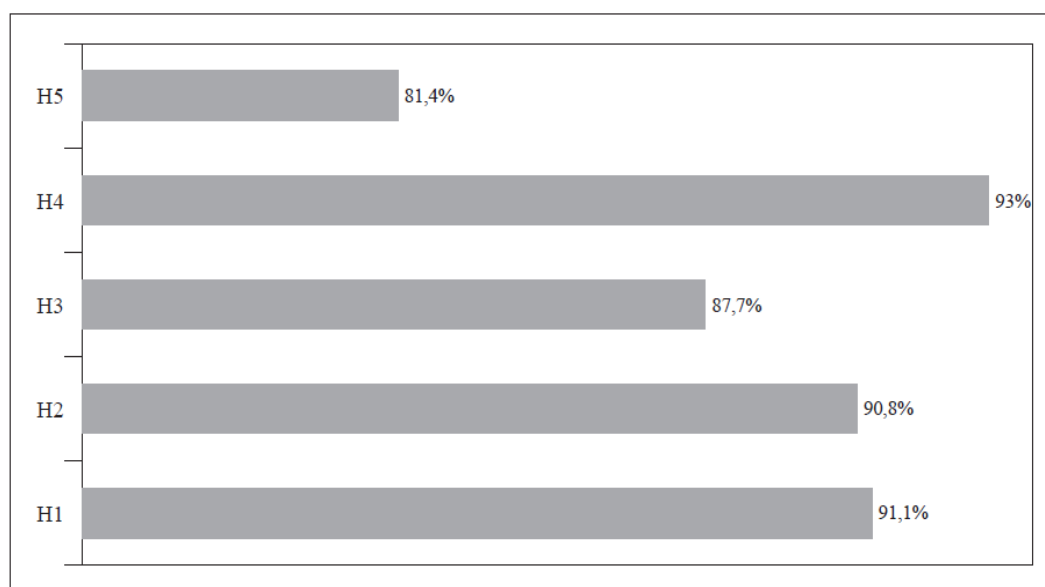


Figura 3. Indicadores de eficiencia en los H1, H2, H3, H4 y H5 de Bogotá.

Fuente: Tomada de Carreño, 2009, p. 212.

En general los datos evidencian que las instituciones mantienen una relación equilibrada entre las cirugías electivas y las de urgencia, a excepción de la institución H3, que realiza más procedimientos electivos. (Carreño, 2009)

En cuanto a la proporción entre cesáreas y partos normales, la institución H3 presenta una relación adecuada, sin ser la que más partos atendió, y con una tasa de infección intrahospitalaria elevada; por el contrario, la institución que más partos atendió fue la H1, y presentó una relación no tan favorable, pero menor comportamiento en la tasa de infección intrahospitalaria. (Carreño, 2009)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Eficiencia en salud. La eficiencia hospitalaria se refiere a la producción de servicios de salud, que en un escenario ideal deben producirse al menor costo posible; y especialmente hoy en día, cuando los sistemas de salud tienden a volverse insostenibles, “un componente crítico de la política de financiación de la salud es garantizar que los recursos disponibles se utilicen de manera eficiente y equitativa” (Tan y Torres, 2004). (Carreño, 2009, p. 205)

Cuando se habla de eficiencia en salud, se hace referencias a alcanzar los mejores resultados con los escasos recursos disponibles para lo cual deben conocerse las formas y procesos técnicos necesarios para lograrla. La Organización Panamericana de Salud plantea que un sistema de salud es eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario aceptable para la sociedad con un mínimo de recursos. En especial, garantizar los servicios de salud, deviene en un reto tanto para los prestadores de servicios como para las sociedades, pues esta actividad está acompañada de altos costos, dados entre otros elementos, por los numerosos recursos necesarios, la complejidad de los tratamientos, los requerimientos en términos de recursos humanos, equipamientos, condiciones de electricidad y agua. Cada vez se encuentran más estudios que

intentan contribuir a un mejor proceso de toma de decisiones a partir del estudio de la eficiencia, tanto para acciones específicas como para las entidades que brindan estos servicios de salud.

(Aguilar, 2010)

En el nivel primario de asistencia, la preocupación por los aspectos relacionados con la eficiencia se expresa en la introducción dentro de sus programas de gestión, de referencias a indicadores u objetivos de gestión del gasto como por ejemplo, para la solicitud de pruebas diagnósticas, derivaciones a especialistas, o prescripciones de medicamentos. Así se ha valorado la eficiencia a través de resultados que establecen relaciones entre un determinado servicio y un determinado presupuesto. Sin embargo, aunque el uso de indicadores como el número de consultas, la frecuentación o la presión asistencial está relativamente extendido, ninguno ofrece una evaluación integral de la eficiencia productiva de los centros de salud, entendida esta como la capacidad del centro para transformar los recursos que han sido asignados y obtener el producto de la atención médica. (Aguilar, 2010)

Además de permitir ordenar a las diferentes unidades según sus índices de eficiencia, esta técnica permite ver (e identificar) cuantas veces una unidad determinada sirve como referencia de eficiencia para otras unidades. Por otra parte, nos muestra el porcentaje o grado de mejora que podríamos introducir en los centros (desde la perspectiva de los servicios), o en qué medida podríamos reducir los gastos, si todas las unidades se asemejaran a las eficientes que les sirven como referencias. Siempre en promedio, y teniendo en cuenta cada modelo. Así por ejemplo podemos incrementar las consultas, las visitas domiciliarias de enfermería, los ingresos, las intervenciones quirúrgicas, etc. Paralelamente podríamos disminuir el gasto en radiología, uso

del laboratorio clínico, etc. Estos resultados permitirían fijar objetivos de cara al futuro y establecer planes de incentivos para su consecución. Los resultados indican posibilidades técnicas de producción, pero para alcanzarlas será preciso un compromiso de los miembros de la unidad organizativa que deben identificar sus propios intereses con los de su unidad. (Aguilar, 2010)

2.2.2 Productividad hospitalaria. Los cambios regulatorios obligaron a los hospitales a convertirse en entidades autosostenibles mediante una mejor gestión administrativa y financiera, para así garantizar su permanencia en el sistema (Toro y Mutis, 2006; Pinzón, 2003). Ante esto, se hizo necesaria la medición continua de su eficiencia y productividad, con el fin de tomar medidas correctivas en los aspectos en los cuales son menos productivos (Toro y Mutis, 2006; Giedion y Morales, 1999). (Orozco, 2014)

Para medir la productividad existen diferentes técnicas. Entre las más destacadas se encuentra el Índice de Malmquist y el Índice de Hicks-Moorssteen. A su vez, el Indicador de Luenberger ha adquirido recientemente importancia en este tipo de análisis, razón por la que la literatura sobre este es aún escasa (Orozco, 2014).

La productividad es la relación entre la cantidad de productos obtenida por un sistema y los recursos utilizados para obtener dicha producción. Los cambios en la productividad total de una firma se pueden descomponer en tres términos: cambio tecnológico, cambio en la escala de producción y cambio en la eficiencia. Esta descomposición permite conocer qué tan importante

es el esfuerzo de la firma por mejorar el manejo de sus recursos con respecto al efecto de las nuevas tecnologías adoptadas en todo el sector (Guzmán, 2015).

No son muy comunes los estudios que aborden los determinantes de la productividad hospitalaria directamente. En cambio sí existen algunos que dan cuenta de las variables que afectan la eficiencia. En términos generales, esta última se entiende como la combinación factible de insumos y productos en la cual es tecnológicamente imposible aumentar algún producto y/o reducir algún insumo sin reducir simultáneamente al menos otro producto y/o aumentar al menos otro insumo (Guzmán, 2015, p. 3)

2.2.3 Red hospitalaria pública. El concepto de red, a través del tiempo, se viene utilizando en diferente ámbitos, tanto sociales, tecnológicos, científicos y más recientemente, se ha empleado en el sector salud, en algunos casos, como consecuencia de las reformas en el sistema de salud que se han venido dando en diferentes países, y con mayor celeridad en Latinoamérica, ya que se presentan como una alternativa para mejorar la gestión de los servicios de salud. Por esta razón, es necesario comprender el concepto de red y sus elementos constitutivos, para poder entrar a definir la concepción de redes integradas de servicios de salud. Para este propósito, se consultaron diferentes artículos con definiciones de red aplicables en ámbitos sociales, tecnológicos, de comunicaciones, entre otros. (Barragán, 2012, p. 22)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2010, define las redes integradas de servicios de salud como la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo con sus

necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud" (Barragán, 2012).

Por otra parte, Castellanos plantea que una RISS es "un conjunto de prestadores de primer, segundo y tercer nivel asistencial, distribuidos geográficamente, con criterios y vínculos jurídicos de complementariedad, así como de referencia y contrarreferencia, destinados a brindar cobertura a una población determinada en un área de influencia, bajo normas, procedimientos y criterios programáticos comunes, controlados y conducidos por una gestión operativa única, se puede definir como Red de Atención Médica". (Barragán, 2012)

El concepto de Redes integradas de servicios de salud, retomado y modificado por Shortell, plantea que es una "red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve".

Ardález define la red de salud como el conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión de un conjunto de atenciones prioritarias de salud (básicas e intermedias), en función de las necesidades de la población.

También menciona Bardález¹⁹ que la red de salud, para garantizar la provisión de este conjunto de atenciones prioritarias de salud, debe disponer de una determinada cartera de

servicios de nivel básico e intermedio; desde atención ambulatoria de medicina general y de especialidades básicas (pediatría, ginecobstetricia, medicina interna y cirugía), hasta intervenciones quirúrgicas de problemas comunes y atención neonatal de cuidados intermedios.

Desde el punto de vista normativo, en el artículo 60 de la ley 1438 de 2011 se definen las redes integradas de servicios de salud, como "el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivo, más eficientes, equitativos, integrales, continuos, a una población definida, dispuesta conforme a la demanda".

La situación en Colombia para el año 2012, después de la puesta en común del borrador de decreto que reglamentará la Atención Primaria en Salud y las redes integradas de servicios de salud de la Ley 1438 de 2011, no ha cambiado mucho, según lo expresan algunos gremios, asociaciones y profesionales del sector.

En la declaratoria de la cumbre de secretarios de salud departamentales, realizada en la ciudad de Pereira (Colombia) en marzo de 2012, los participantes manifestaron su desacuerdo con sus contenidos, pues sostienen que "va en contravía de lo estipulado en las Leyes 715, 1122 y 1438, dado que desconoce la autoridad sanitaria de los entes territoriales".

En la misma declaratoria, propone que las RISS deben ser la forma organizada de prestar la atención en Salud, con base en las necesidades de la población y regulada por la Autoridad Sanitaria Regional, con el objetivo de disminuir la fragmentación en la prestación de servicios de

Salud. El investigador Francisco Guzmán H, manifiesta en el periódico el Pulso⁴² que las redes de prestación de servicios ya existen; las Empresas Promotoras de Salud las han conformado y el problema no se resuelve a través de un decreto, sino modificando las reglas de juego y elementos estructurales del sistema: "esto no cambia, el sistema sigue segmentado y fragmentado y con incentivos financieros fundamentalmente, no centrado en los usuarios, pacientes y ciudadanos; no soluciona los problemas de fondo".

2.2.4 Indicadores de gestión para medir la eficiencia hospitalaria. Para (Chirinos, 2008) en las entidades no lucrativas la retribución económica frente a una inversión tiene escaso significado, debido a que los ingresos no pueden en ningún caso considerarse un input, tal y como sucede en el sector empresas, dado que las primeras no están orientadas a la obtención de fuentes financieras. De esta manera, en las políticas de gestión de los centros hospitalarios la eficiencia se fundamenta en su gestión gerencial, se debe significar que la situación de salud colectiva de la población influye directamente en su gestión particular, a su vez, aquella depende del grado de desarrollo socioeconómico de las personas que constituyen el colectivo del Estado.

Los indicadores de gestión evalúan el desarrollo y eficiencia de ese centro hospitalario en un período determinado. De ahí, que se considera pertinente dar un concepto de indicador y establecer cómo se deben seleccionar éstos. (Chirinos, 2008)

Los indicadores persiguen valorar y hacer un seguimiento de la ejecución en cuanto a la consecución de un objetivo concreto o realizar una actividad determinada. Se concentran en aspectos relacionados con la economía y eficiencia.

Los indicadores necesitan que los objetivos estén claramente definidos, que sean medibles y se basen en información objetiva, que se puedan medir los resultados.

La cultura empresarial afecta la elección del tipo de indicadores en cuanto a decidir qué indicadores se incluirán dentro del sistema de control de gestión hospitalaria, la importancia que los usuarios del sistema atribuyan a los diferentes indicadores, potenciando aquellos que se consideran oportunos, afectando el proceso de toma de decisiones, y en la reacción que los miembros de la organización pueden tener ante un indicador una vez observado. Estos efectos pueden ser negativos para la organización cuando su cultura global no coincide con la individual (Blanco, et al., 1999).

Se observa que son más las ventajas que los inconvenientes en cuanto a la utilización de los indicadores, teniendo en cuenta que existen limitaciones y disfuncionalidades, pero ello no le resta importancia a esta herramienta administrativa. Es importante que cada centro hospitalario utilice un sistema de indicadores “ad-hoc” en función de sus variables clave. Diversos autores ofrecen distintas clasificaciones de indicadores.

2.2.5 Factores de desempeño confiable en hospitales. Estos cambios tienen como base la aprobación de la constitución política de 1991 en la cual se establece que el servicio obligatorio de salud estará bajo la dirección del estado colombiano guiado por los principios de Universalidad, equidad y solidaridad. (Art 49). La ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la cual se establece la obligatoriedad que tiene el gobierno nacional de un sistema obligatorio de garantía de calidad (Art 227) (Dulcey y Vásquez, 2014).

El sistema de salud en Colombia, estableció el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), que se instituyó formalmente con la expedición del decreto 2174 de 1996 el cual tuvo vigencia hasta 2002, cuando fue promulgado el decreto 2309 en el cual se establecieron los componentes de habilitación, acreditación, auditoría para la calidad y sistema de información, este decreto tuvo una vigencia corta debido que en el año 2006 fue derogado y remplazado por el Decreto 1011. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud, SOGCS. (Dulcey y Vásquez, 2014).

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS debe cumplir con las siguientes características:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Dulcey y Vásquez, 2014)

Estos cambios tienen como base la aprobación de la constitución política de 1991 en la cual se establece que el servicio obligatorio de salud estará bajo la dirección del estado colombiano guiado por los principios de Universalidad, equidad y solidaridad. (Art 49). La ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la cual se establece la obligatoriedad que tiene el gobierno nacional de un sistema obligatorio de garantía de calidad (Art 227). (Dulcey y Vásquez, 2014)

El sistema de salud en Colombia, estableció el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), que se instituyó formalmente con la expedición del decreto 2174 de 1996 el

cual tuvo vigencia hasta 2002, cuando fue promulgado el decreto 2309 en el cual se establecieron los componentes de habilitación, acreditación, auditoría para la calidad y sistema de información, este decreto tuvo una vigencia corta debido que en el año 2006 fue derogado y remplazado por el Decreto 1011. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud, SOGCS. (Dulcey y Vásquez, 2014).

Las disposiciones del decreto 1011 del 2006 se aplican a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Pre pagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud; excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS debe cumplir con las siguientes características: (Dulcey y Vásquez, 2014)

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Dulcey y Vásquez, 2014).

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. 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 (Dulcey y Vásquez, 2014)

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (Dulcey y Vásquez, 2014).

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. (Dulcey y Vásquez, 2014).

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (Dulcey y Vásquez, 2014).

2.2.6 Técnicas de recopilación de información. El presente proyecto de investigación aplicará diferentes técnicas para recopilar la información necesaria para estructurar un marco de indicadores de eficiencia y productividad de los hospitales públicos del oriente colombiano.

Revisión documental. De acuerdo con Rojas (2011) la investigación documental es el conjunto de procedimientos orientados al procesamiento y recuperación de información contenida en documentos, independientemente del soporte documental en que se hallen. Para el

caso particular se aplican las normas American Psychological Association – APA, procesando información desde el aparato crítico (conjunto de apoyos al texto principal de un documento científico, según normas internacionales), las técnicas de lectura (aproximación al documento) y la reseña, el resumen, etc. (recuperación de la información), con el apoyo de la observación directa aplicada a los objetos (documentos).

Encuesta. De acuerdo con Anguita, Campos y Repullo (2003) es posible definirla como una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación, a través de los cuales se recopila y procesa una serie de datos de una muestra, etapa de la que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características o tendencias.

2.3 Marco Contextual

Norte de Santander. Es uno de los 32 departamentos de Colombia. Está ubicado en la zona nororiental del país, sobre la frontera con Venezuela. Se localiza geográficamente entre los 06°56'42' y 09°18'01'' de latitud norte y los 72°01'13'' y 73°38'25'' de longitud oeste. (Gobernación Norte de Santander, 2018, p. 1)

Tiene una extensión de 22.130 km², que equivalen al 1.91% del millón ciento cincuenta y nueve mil ochocientos setenta y un kilómetros cuadrados (1.159.871,41 km²) del territorio nacional. Limita al norte y al este con Venezuela, al sur con los departamentos de Boyacá y Santander, y al oeste con Santander y Cesar. (Gobernación Norte de Santander, 2018, p. 1)



Figura 4. Ubicación del departamento Norte de Santander en Colombia.
Fuente: (Gobernación Norte de Santander, 2018)

Santander. Con un clima de 26°C, es Santander podrás encontrar la opción de hacer turismo de aventura, qué tal practicar canotaje por el río Fonce. Por supuesto, si visitas Santander no puedes dejar de visitar Barichara, el hermoso municipio declarado patrimonio histórico en Colombia por conservar su arquitectura colonial original. El Cañón del Chicamocha también debe hacer parte de tu recorrido. (En Colombia, 2017, p. 1)

Capital. Bucaramanga, 499.932 habitantes

Principales municipios. Barrancabermeja, San Gil, Socorro, Málaga, Barichara, Vélez.

Economía. Su principal renglón económico es la agricultura, con importante producción de cacao, piña, tabaco y café, además de caña de azúcar, yuca, plátano, papaya y fique. Las

principales industrias son las de alimentos, textiles, confecciones y tabaco. Santander es el primer centro avícola del país. En Barranca se encuentra la refinera de petróleo más grande del país. En los últimos años se han incrementado las actividades industriales, el transporte, el comercio y las comunicaciones. Es también importante la ganadería que se desarrolla en el valle del Magdalena y la actividad forestal y pesquera de la renglón del Carare – Opón.



Figura 5. Departamento de Santander en Colombia.

Fuente: (En Colombia, 2017)

Boyacá. El departamento de Boyacá está dividido en 123 municipios, 123 corregimientos, 185 inspecciones de policía, así como, numerosos caseríos y sitios poblados. Los municipios están agrupados en 45 círculos notariales con un total de 53 notarías, un círculo principal de registro con sede en Tunja y 13 oficinas seccionales de registro. Existen 2 distritos judiciales, uno con sede en Tunja y 7 cabeceras de circuito, con 11 cabeceras de circuito en los

municipios de Santa Rosa de Viterbo, Duitama, El Cocuy, Paz de Río, Soatá, Socha y Sogamoso en el departamento de Boyacá, y Monterrey, Orocué, Paz del Aripuro y Yopal en el departamento de Casanare. El departamento conforma la circunscripción electoral de Boyacá. (Toda Colombia, 2015, p. 6)

La economía de Boyacá se basa principalmente en la producción agrícola y ganadera, la explotación de minerales, la industria siderúrgica, el comercio y el turismo. La agricultura se ha desarrollado y tecnificado en los últimos años; los principales cultivos son papa, maíz, cebolla, trigo, cebada, cañanpanelera, yuca. Existen en Boyacá alrededor de 6.800 explotaciones mineras, en su mayoría de carácter artesanal, principalmente de carbón coquizable, arcilla, roca fosfórica, arena, yeso, mármol y caliza de hierro; el carbón extraído técnicamente tiene reservas importantes en 19 municipios. (Toda Colombia, 2015, p. 6)



Figura 6. Mapa de Boyacá dentro de Colombia.
Fuente: (Toda Colombia, 2015, p. 6)

2.4 Marco Teórico

La temática de eficiencia y productividad hospitalaria tendrá como fundamento la Teoría de Recursos y Capacidades (En adelante TRC), la cual según Teece, Pisano y Shuen, (1997) citados por Cardoza, Flórez y Fong (2017) basa su explicación del éxito de la empresa en las características de los recursos y capacidades que la empresa controla, y en su capacidad para generar utilidad económica; de igual modo, hace énfasis en cómo una eficiente combinación de sus recursos y capacidades resulta en la obtención y mantenimiento de su ventaja competitiva.

En este abordaje de la TRC es importante tener en cuenta que existen diferentes autores que han aportado elementos para ir generando una estructura comprensible frente a la maximización de recursos y capacidades dentro de las organizaciones.

En este sentido, Toro (2009) indica que la TRC considera que las organizaciones son diferentes entre sí en función de los recursos y capacidades de los que disponen en determinado momento; este autor cita a (Carrión y Ortiz, 2000), quienes consideran la heterogeneidad de la empresas, así como que sus recursos y capacidades no están disponibles para todas las organizaciones en iguales condiciones, situación a la que denominan ‘movilidad imperfecta’, lo que ocasiona las diferencias de rentabilidad entre las mismas.

Esta teoría también sostiene que los recursos y capacidades cada vez tienen un papel más importante para determinar la identidad de la empresa y que el beneficio de la empresa es resultado de las características competitivas del entorno, como de la combinación y uso de las capacidades y recursos de que dispone. (Toro, 2009)

La TRC plantea el análisis de los recursos y capacidades, lo cual permite identificar las fortalezas y debilidades de una organización (Toro, 2009), con el fin de sacar provecho de las oportunidades y neutralizar las amenazas, lo que conlleva a ventaja competitiva.

Bajo este concepto, la Teoría de los Recursos y Capacidades (TRC) de la empresa surge bajo la corriente de la dirección estratégica, cuya premisa básica es la existencia de heterogeneidad entre las empresas en lo que a dotación de recursos y capacidades se refiere, lo que explica las diferencias de resultados entre ellas. (Torres, Martínez, Meza y Muñoz, 2015)

Los Recursos y capacidades (RC), han sido tratados por numerosos autores, la mayoría de los cuales coincide en una visión de la empresa como una colección única de RC que no se pueden comprar y vender libremente en el mercado. Para esta teoría, la empresa constituye el nivel de análisis adecuado, y su misión principal es el estudio de las diferencias en los resultados empresariales.

En este sentido, de acuerdo con lo indicado por (Mithas, Ramasabhu y Sambamurthy, 2011) una de las capacidad organizacionales clave es la gestión de la información, la cual tiene relación con tres factores de éxito de la empresa:

La calidad de las prácticas de gestión de TI (por ejemplo, la integración de TI en las operaciones clave) y procesos de gestión.

La capacidad para desarrollar procesos apropiados de gestión de la información para detectar, recopilar, organizar y difundir información.

La capacidad de inculcar comportamientos y valores de información deseados (por ejemplo, proactividad, intercambio, integridad).

2.5 Marco Legal

2.5.1 Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. ARTICULO. 227.-Control y evaluación de la calidad del servicio de salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

Orientación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la

universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

Para dar cumplimiento a lo anterior, el Gobierno Nacional definirá metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema. Estos indicadores estarán basados en criterios técnicos, que como mínimo incluirán:

Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil.

Incidencia de enfermedades de interés en salud pública.

Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo.

Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles.

Acceso efectivo a los servicios de salud.

Capítulo 3. Diseño Metodológico

3.1 Tipo de investigación

La medición de la eficiencia y productividad de hospitales públicos del oriente colombiano se fundamentará en el tipo de investigación descriptiva, que de acuerdo con Tinto (2013), consiste en el “proceso inicial y preparatorio de una investigación” (p. 138), debido a que en la medida que el fenómeno a estudiar forma un sistema complejo y muy amplio, la misma nos permite acotarlo, ordenarlo, caracterizarlo y clasificarlo, es decir hacer una descripción del fenómeno lo más precisa y exacta que sea posible.

Esta amplitud de horizonte permite que la investigación descriptiva sugiera otras investigaciones, todas enfocadas a un mismo fin, lo que posteriormente puede llevar a nuevos estudios y a la formulación de hipótesis.

Consiste, fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores. (Bligoo, 2014, p. 3)

De esta manera, se levantará información base para calcular la eficiencia de los hospitales públicos del oriente colombiano, para medir su productividad y para realizar comparativos de indicadores de eficiencia y productividad de hospitales del oriente colombiano con similares indicadores de hospitales públicos de la ciudad de Bogotá D.C.

Examinar las características del problema escogido.

Definir y formular sus hipótesis.

Enunciar los supuestos en que se basan las hipótesis y los procesos adoptados.

Elegir los temas y las fuentes apropiados.

Seleccionar o elaborar técnicas para la recolección de datos.

Clasificar los datos, categorías precisas, que se adecúen al propósito del estudio y permitan poner de manifiesto las semejanzas, diferencias y relaciones significativas.

Verificar la validez de las técnicas empleadas para la recolección de datos.

Realizar observaciones objetivas y exactas.

Describir, analizar e interpretar los datos obtenidos, en términos claros y precisos.

3.2 Población

La presente investigación tendrá como población los hospitales públicos del oriente colombiano, cuyo referente se toma de información de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Tabla 2.

Hospitales públicos de los departamentos de Norte de Santander, Santander, Boyacá y Bogotá

D.C.

Hospital	Ciudad
Barrancabermeja	Santander
Duitama	Boyacá
Erasmio Meoz	Norte de Santander
La Playa	Norte de Santander
Piedecuesta	Santander
San Gil	Santander
Sogamoso	Boyacá
Hospital Universitario de Bucaramanga	Santander
Hospital Emiro Quintero Cañizares	Norte de Santander
ESE Hospital Regional Noroccidental de Ábrego	Norte de Santander
Subred Suroccidente:	Bogotá
Hospital Pablo VI	
Hospital Sur Bosa	
Hospital Fontibón	
Hospital Occidente de Kénnedy	Bogotá
Subred Integrado de Servicios de Salud Sur ESE:	
ESE USME	
ESE Nazareth	
ESE Vista Hermosa	
ESE Tunjuelito	
ESE Meissen y El Tunal	

Nota. Diseño propio. Fuente: Consulta realizada en el portal <http://www.hospitales.com.co/>.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de información

Se implementará la encuesta, cuya estructura estará enfocada en apoyar el diseño de un marco de indicadores de eficiencia y productividad de hospitales públicos del oriente colombiano, teniendo en cuenta la capacidad de respuesta de estos centros asistenciales frente a la demanda de servicios, teniendo en cuenta el período de realización del trabajo de campo, que ha limitado la medición al desempeño dado en el año 2017, debido a que se tienen reportes consolidados desde el 01 de enero al 31 de diciembre de tal vigencia.

De igual manera, la revisión documental (fuentes secundarias) se aplicará sobre información -insumo para el apoyo a los diferentes objetivos específicos, razón por la que se acudirán a fuentes en internet, tales como libros, informes, artículos de revistas, sitios web, libros físicos, material digital y demás que contengan datos suficientes para ser relacionados dentro de las referencias del proyecto de investigación.

3.4 Método

El método deductivo de investigación permite llegar a conclusiones directas, cuando deducimos lo particular sin intermediarios. Esto es un método deductivo directo. Cuando esto no es posible, requerimos el empleo del método deductivo indirecto en el que necesitamos operar con silogismo lógico. Mediante este método, concluimos lo particular de lo general, pero mediante la comparación con una tercera proposición. Es lo que se denomina silogismo. (Carvajal, 2014, p. 3)

El método deductivo de investigación permite inferir nuevos conocimientos o leyes aún no conocidas. Este método consiste en inducir una ley y luego deducir nuevas hipótesis como consecuencia de otras más generales. (Carvajal, 2014, p. 3)

3.5 Técnicas de procesamiento de información

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía de México (INEGI, 2012), el procesamiento de la información es definida como el conjunto de actividades mediante

las cuales se ordenan, almacenan y preparan los archivos con la información recopilada, asegurando su correlación para la extracción de resultados estadísticos.

La fase de procesamiento de información requiere la organización, procedimientos, controles, sistemas y programas de acuerdo con la naturaleza de la información recolectada, lo cual exige calidad en las diferentes subfases.

La información obtenida mediante la revisión documental y encuesta se procesará cuantitativa y cualitativamente. El procesamiento cuantitativo se realizará a través de conteo de respuestas y el registro de tablas e histogramas de frecuencia, cuyos resultados permitirán la interpretación de tendencias por parte del autor, quien realizará inferencias acordes con el problema de investigación planteado.

Capítulo 4. Presentación de resultados

4.1 Resultado de las encuestas

Para los resultados de la encuesta a los hospitales del oriente Colombiano y los de Bogotá se tomo un formato de 25 preguntas para que fuera diligenciado por cada gerente, cabe resaltar que solo 10 hospitales brindaron la información deseada logrando el objetivo del diseño un marco de indicadores de eficiencia y productividad para los hospitales públicos de los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá en comparación con los de Bogotá DC.

4.1.1 Encuesta Dirigida a Gerentes de Hospitales Públicos de los departamentos Norte de Santander, Santander y Boyacá.

Tabla 1. Encuesta dirigida al hospital universitario Bucaramanga

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Nivel en el que se encuentra el Hospital	Nivel 3 de Prestación de servicios
		A continuación, se muestra la población por Departamentos que se beneficiaron de los servicios prestados por la ESE HUS, durante la vigencia 2017
		SANTANDER 17157 90.64%
		BOLIVAR 461 2.44%
		NORTE DE
		SANTANDER 415 2.19%
		CESAR 381 2.01%
		ARAUCA 160 0.85%
		OTROS DEPARTAMENTOS
		355 1.88%
3	Número de médicos del hospital para el año 2017	69.45 tiempos de médicos Generales aprobados en el presupuesto para el año 2017. (ACLARACIÓN: los tiempos contratados son 48 horas semanales)
4	Número de médicos especialista en el hospital para el año 2017	105.67 tiempos de médicos especialistas aprobados en el presupuesto para el año 2017. (ACLARACIÓN: los tiempos contratados son 48 horas semanales)
5	Numero de enfermeros (a) jefes en el hospital para el año 2017	Desde enero a octubre se tenía contratado 149,5 tiempos de enfermería y en el mes de noviembre y diciembre se aumentaron a 153 tiempos de enfermería para el año 2017 (ACLARACIÓN: los tiempos contratados son 48 horas semanales)

Continuación tabla 1.

6	Valor total de la inversión en tecnología en el hospital para el año 2017	El valor inversión de tecnología para el año 2017 fue de \$ 1.339.970.670
7	Número de pacientes hospitalizados para el año 2017	18.926
8	Número de reingresos de pacientes en los primeros 20 días posteriores al egreso, para el año 2017	161 usuarios que reingresaron al servicio de hospitalización en menos de 15 días
9	Número total de pacientes que mueren después de 48 horas del ingreso para el año 2017	653 pacientes
10	Número de eventos adversos que se presentaron en el servicio de hospitalización para el año 2017.	1801 eventos adversos
11	Número de casos con infección intrahospitalaria. Para el año 2017	855 infecciones
12	Porcentaje de ocupación durante todo el año.	87%
13	Número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado.	7
14	Total anual de egresos hospitalarios para el año 2017.	18.926
15	Total de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes) para el año 2017.	26.265
16	Total de partos atendidos (cesáreas y naturales) para el año 2017.	2.492
17	Total de consultas de urgencia realizadas para el año 2017.	52.454
18	Total de consultas externas realizadas para el año 2017.	37.633
19	Total de exámenes de laboratorio clínico realizados para el año 2017.	602.071
20	Total de imágenes diagnósticas realizadas para el año 2017.	73.971
21	Total de terapias realizadas para el año 2017.	119.825

Continuación tabla 1.

22	Promedio anual de camas instaladas para el año 2017.	Unidad de quemados pediátrica: 4 Pediatría: 40 Adultos: 213 Obstetricia: 36 Cuidado intermedio neonatal: 30 Cuidado intensivo neonatal: 6 Cuidado Intensivo Pediátrico: 2 Cuidado Intensivo Adulto: 15 Quirófano: 8
23	Cuál es la principal problemática que afrontó la institución en el año 2017	La principal problemática que afronto la E.S.E Hospital Universitario de Santander, en la vigencia 2017, fue el flujo de caja, ya que el recaudo se afectó por la crisis financiera del Sistema.
24	Considera usted que la institución satisface las expectativas de los usuarios en su zona de influencia.	La E.S.E Hospital Universitario de Santander, satisface las expectativas de los usuarios que acuden a la institución para recibir servicios que están habilitados, lo anterior se evidencia en los indicadores de satisfacción superiores al 95%, sin embargo la capacidad instalada del HUS no le permite satisfacer en su totalidad, todas las expectativas de la zona de influencia, ya que se reciben solicitudes de referencia no sólo de usuarios de Santander, sino de departamentos vecinos y población migrante.
25	Cuál es la principal fortaleza de la institución en la prestación del servicio.	La principal fortaleza de la institución radica en el actual MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD , cuyo objetivo es prestar servicios de salud de mediana y alta complejidad en la ESE Hospital Universitario de Santander a los usuarios y sus familias bajo estándares de atención segura, humanizada, pertinente, continua, oportuna, accesible y eficiente empleando talento humano calificado, tecnología adecuada y promoviendo la formación académica orientada a la investigación e innovación.

Fuente: Autor de la investigación

Tabla 2. Encuesta dirigida al hospital Sogamoso

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Nivel en el que se encuentra el Hospital	II nivel de atención
2	Población estimada en el área de influencia del hospital para el año 2017	33.401
3	Número de médicos del hospital para el año 2017	32
4	Número de médicos especialista en el hospital para el año 2017	74
5	Numero de enfermeros (a) jefes en el hospital para el año 2017	40
6	Valor total de la inversión en tecnología en el hospital para el año 2017	\$54.489379
7	Número de pacientes hospitalizados para el año 2017	16.384
8	Número de reingresos de pacientes en los primeros 20 días posteriores al egreso, para el año 2017	173
9	Número total de pacientes que mueren después de 48 horas del ingreso para el año 2017	98
10	Número de eventos adversos que se presentaron en el servicio de hospitalización para el año 2017.	5
11	Número de casos con infección intrahospitalaria. Para el año 2017	8
12	Porcentaje de ocupación durante todo el año.	98
13	Número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado.	7
14	Total anual de egresos hospitalarios para el año 2017.	16.384
15	Total de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes) para el año 2017.	8.168
16	Total de partos atendidos (cesáreas y naturales) para el año 2017.	2.664
17	Total de consultas de urgencia realizadas para el año 2017.	42.443
18	Total de consultas externas realizadas para el año 2017.	48.614

Continuación tabla 2

19	Total, de exámenes de laboratorio clínico realizados para el año 2017.	167.589
20	Total, de imágenes diagnósticas realizadas para el año 2017.	40.709
21	Total, de terapias realizadas para el año 2017.	48.093
22	Promedio anual de camas instaladas para el año 2017.	128
23	Cuál es la principal problemática que afrontó la institución en el año 2017	Dentro de las principales problemáticas se encuentran las dificultades en el cobro de cartera a las diferentes entidades responsables de pago, así como las dificultades en los acuerdos contractuales; dentro de la prestación de los servicios se encuentra para el hospital el aumento de la demanda de servicios de atención en salud mental, estancias prolongadas y sociales por personas con dificultades en el aseguramiento y red insuficiente para atención complementaria.
24	Considera usted que la institución satisface las expectativas de los usuarios en su zona de influencia.	Se observa satisfacción por parte de la calidad en la presentación de los servicios, sin embargo, se observa insatisfacción frente a la capacidad instalada en infraestructura.
25	Cuál es la principal fortaleza de la institución en la prestación del servicio.	Calidad en la prestación de los servicios, oferta de prestación de servicio 24 horas, portafolio de servicios de acuerdo a las necesidades de los usuarios, talento humano capacitado comprometido en formación continua y tecnología de punta; además de la implementación de programas para población vulnerable.

Fuente: Autor de la investigación

Tabla 3. Encuesta dirigida al hospital san gil

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Nivel en el que se encuentra el Hospital	2
2	Población estimada en el área de influencia del hospital para el año 2017	141.590 DANE
3	Número de médicos del hospital para el año 2017	16
4	Número de médicos especialista en el hospital para el año 2017	33
5	Numero de enfermeros (a) jefes en el hospital para el año 2017	13
6	Valor total de la inversión en tecnología en el hospital para el año 2017	\$ 1.700.000.000
7	Número de pacientes hospitalizados para el año 2017	4.961
8	Número de reingresos de pacientes en los primeros 20 días posteriores al egreso, para el año 2017	34
9	Número total de pacientes que mueren después de 48 horas del ingreso para el año 2017	80
10	Número de eventos adversos que se presentaron en el servicio de hospitalización para el año 2017.	209
11	Número de casos con infección intrahospitalaria. Para el año 2017	26
12	Porcentaje de ocupación durante todo el año.	85%
13	Número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado.	4
14	Total anual de egresos hospitalarios para el año 2017.	4.961
15	Total de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes) para el año 2017.	5.226
16	Total de partos atendidos (cesáreas y naturales) para el año 2017.	896
17	Total de consultas de urgencia realizadas para el año 2017.	31.306
18	Total de consultas externas realizadas para el año 2017.	40.819

Continuación tabla 3

19	Total de exámenes de laboratorio clínico realizados para el año 2017.	100.857
20	Total de imágenes diagnósticas realizadas para el año 2017.	23.488
21	Total de terapias realizadas para el año 2017.	24.534
22	Promedio anual de camas instaladas para el año 2017.	47
23	Cuál es la principal problemática que afrontó la institución en el año 2017	No contratación de los servicios de salud por parte las EPS con las entidades Públicas. La cartera mayor a 360 días.
24	Considera usted que la institución satisface las expectativas de los usuarios en su zona de influencia.	La Institución tiene excelente equipo humano, estamos trabajando en la infraestructura y en equipo médico, es el centro de referencia de mediana complejidad para 17 municipios de la provincia Guanentina
25	Cuál es la principal fortaleza de la institución en la prestación del servicio.	Talento Humano

Fuente: Autor de la investigación

Tabla 4. Encuesta dirigida al hospital Piedecuesta

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Nivel en el que se encuentra el Hospital	1
2	Población estimada en el área de influencia del hospital para el año 2017	52.000 habitantes promedio
3	Número de médicos del hospital para el año 2017	21 urgencias y consulta externa
4	Número de médicos especialista en el hospital para el año 2017	0
5	Numero de enfermeros (a) jefes en el hospital para el año 2017	7
6	Valor total de la inversión en tecnología en el hospital para el año 2017	\$35.616.000
7	Número de pacientes hospitalizados para el año 2017	738
8	Número de reingresos de pacientes en los primeros 20 días posteriores al egreso, para el año 2017	3
9	Número total de pacientes que mueren después de 48 horas del ingreso para el año 2017	0
10	Número de eventos adversos que se presentaron en el servicio de hospitalización para el año 2017.	29
11	Número de casos con infección intrahospitalaria. Para el año 2017	0
12	Porcentaje de ocupación durante todo el año.	66.55%
13	Número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado.	3 días
14	Total anual de egresos hospitalarios para el año 2017.	738
15	Total de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes) para el año 2017.	0
16	Total de partos atendidos (cesáreas y naturales) para el año 2017.	201 Natural
17	Total de consultas de urgencia realizadas para el año 2017.	11.883

Continuación tabla 4.

18	Total de consultas externas realizadas para el año 2017.	50.088	
19	Total de exámenes de laboratorio clínico realizados para el año 2017.	51.060	
20	Total de imágenes diagnósticas realizadas para el año 2017.	9.502	
21	Total de terapias realizadas para el año 2017.	0	
22	Promedio anual de camas instaladas para el año 2017.	4.015	
23	Cuál es la principal problemática que afrontó la institución en el año 2017		Las instalaciones están quedando pequeñas para la cantidad de pacientes que se atienden.
24	Considera usted que la institución satisface las expectativas de los usuarios en su zona de influencia.		No completamente, porque la oportunidad de atención al servicio esta mayor a tres días.
25	Cuál es la principal fortaleza de la institución en la prestación del servicio.		Calidad, seguridad y humanización en los servicios prestados.

Fuente: Autor de la investigación

Tabla 5. Encuesta dirigida al hospital Barrancabermeja

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Nivel en el que se encuentra el Hospital	II nivel de complejidad
2	Población estimada en el área de influencia del hospital para el año 2017	496.530
3	Número de médicos del hospital para el año 2017	18
4	Número de médicos especialista en el hospital para el año 2017	16
5	Numero de enfermeros (a) jefes en el hospital para el año 2017	13
6	Valor total de la inversión en tecnología en el hospital para el año 2017	\$158.430.662
7	Número de pacientes hospitalizados para el año 2017	14.011
8	Número de reingresos de pacientes en los primeros 20 días posteriores al egreso, para el año 2017	38
9	Número total de pacientes que mueren después de 48 horas del ingreso para el año 2017	75
10	Número de eventos adversos que se presentaron en el servicio de hospitalización para el año 2017.	6
11	Número de casos con infección intrahospitalaria. Para el año 2017	0
12	Porcentaje de ocupación durante todo el año.	84,8%
13	Número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado.	1,7 días
14	Total anual de egresos hospitalarios para el año 2017.	14.011
15	Total de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes) para el año 2017.	3.821
16	Total de partos atendidos (cesáreas y naturales) para el año 2017.	2.747
17	Total de consultas de urgencia realizadas para el año 2017.	16.252
18	Total de consultas externas realizadas para el año 2017.	11.813

Continuación tabla 5.

19	Total de exámenes de laboratorio clínico realizados para el año 2017.	76.604
20	Total de imágenes diagnósticas realizadas para el año 2017.	13.234
21	Total de terapias realizadas para el año 2017.	9.653
22	Promedio anual de camas instaladas para el año 2017.	77 camas
23	Cuál es la principal problemática que afrontó la institución en el año 2017	Recaudo de cartera por parte de las EPS, estas incumplen con los porcentajes y tiempos establecidos por la normatividad. Para la vigencia 2017, contábamos con deficiencias en la infraestructura física del servicio de urgencias, la cual es totalmente nueva para el 2018, lo cual implicaba quejas de parte de los usuarios por ciertas incomodidades que ahora en nuestras nuevas instalaciones desaparecieron; a pesar de ello el nivel de satisfacción de la ESE para el 2017 fue de 89,5% según la oficina de SIAU.
24	Considera usted que la institución satisface las expectativas de los usuarios en su zona de influencia.	
25	Cuál es la principal fortaleza de la institución en la prestación del servicio.	Nuestra principal fortaleza es nuestro talento humano, capacitado y consentido humano, comprometidos con el bienestar de nuestros usuarios y esto de la mano con el apoyo que se recibe desde el área administrativa a la cabeza de su gerente.

Fuente: Autor de la investigación

Tabla 6. Encuesta dirigida al hospital de Duitama

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Nivel en el que se encuentra el Hospital	2
2	Población estimada en el área de influencia del hospital para el año 2017	216.781
3	Número de médicos del hospital para el año 2017	50
4	Número de médicos especialista en el hospital para el año 2017	30
5	Numero de enfermeros (a) jefes en el hospital para el año 2017	48
6	Valor total de la inversión en tecnología en el hospital para el año 2017	0
7	Número de pacientes hospitalizados para el año 2017	9.040
8	Número de reingresos de pacientes en los primeros 20 días posteriores al egreso, para el año 2017	91
9	Número total de pacientes que mueren después de 48 horas del ingreso para el año 2017	103
10	Número de eventos adversos que se presentaron en el servicio de hospitalización para el año 2017.	128
11	Número de casos con infección intrahospitalaria. Para el año 2017	50
12	Porcentaje de ocupación durante todo el año.	78%
13	Número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado.	3,8 días
14	Total anual de egresos hospitalarios para el año 2017.	9.040
15	Total de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes) para el año 2017.	6.954
16	Total de partos atendidos (cesáreas y naturales) para el año 2017.	1.565
17	Total de consultas de urgencia realizadas para el año 2017.	49.042
18	Total de consultas externas realizadas para el año 2017.	14.453

Continuación tabla 6.

19	Total de exámenes de laboratorio clínico realizados para el año 2017.	192.821
20	Total de imágenes diagnósticas realizadas para el año 2017.	44.458
21	Total de terapias realizadas para el año 2017.	40.439
22	Promedio anual de camas instaladas para el año 2017.	137
23	Cuál es la principal problemática que afrontó la institución en el año 2017	Flujo de recursos por demoras en los pagos de las EPS
24	Considera usted que la institución satisface las expectativas de los usuarios en su zona de influencia.	La entidad cuenta con un nivel de satisfacción promedio del 90%, los usuarios presentan quejas sobre la infraestructura física y los tiempos de espera en urgencias, pero en general reportan estar satisfechos con el servicio que presta la entidad
25	Cuál es la principal fortaleza de la institución en la prestación del servicio.	La capacidad técnica y científica ofertada por la entidad.

Fuente: Autor de la investigación

Tabla 7. Encuesta dirigida al hospital Erasmo meoz cucuta

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Nivel en el que se encuentra el Hospital	Mediana y alta complejidad
2	Población estimada en el área de influencia del hospital para el año 2017	1.379.533
3	Número de médicos del hospital para el año 2017	76
4	Número de médicos especialista en el hospital para el año 2017	171
5	Numero de enfermeros (a) jefes en el hospital para el año 2017	105
6	Valor total de la inversión en tecnología en el hospital para el año 2017	\$1.083.595.598
7	Número de pacientes hospitalizados para el año 2017	26.535
8	Número de reingresos de pacientes en los primeros 20 días posteriores al egreso, para el año 2017	0,25 por 100 en menos de 15 días
9	Número total de pacientes que mueren después de 48 horas del ingreso para el año 2017	417
10	Número de eventos adversos que se presentaron en el servicio de hospitalización para el año 2017.	340
11	Número de casos con infección intrahospitalaria. Para el año 2017	205
12	Porcentaje de ocupación durante todo el año.	86,2%
13	Número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado.	5,3
14	Total anual de egresos hospitalarios para el año 2017.	24.954
15	Total de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes) para el año 2017.	50.513
16	Total de partos atendidos (cesáreas y naturales) para el año 2017.	4.626
17	Total de consultas de urgencia realizadas para el año 2017.	66.715
18	Total de consultas externas realizadas para el año 2017.	45.449

Continuación tabla 7.

19	Total de exámenes de laboratorio clínico realizados para el año 2017.	533.663
20	Total de imágenes diagnósticas realizadas para el año 2017.	68.786
21	Total de terapias realizadas para el año 2017.	88.866
22	Promedio anual de camas instaladas para el año 2017.	909
		Alta demanda de servicios institucionales por extranjeros ocasionados por migración.
23	Cuál es la principal problemática que afrontó la institución en el año 2017	Bajo recaudo y elevada cartera
		Alta demanda de población con EPS sin red prestadora de servicios
24	Considera usted que la institución satisface las expectativas de los usuarios en su zona de influencia.	Si, a pesar de las dificultades financieras (Recaudo, cartera etc) y administrativas, se soporta el si de la respuesta, en el porcentaje de satisfacción, la disminución en el numero de quejas y el aumento de felicitaciones observadas durante el año 2017.
25	Cuál es la principal fortaleza de la institución en la prestación del servicio.	Garantizar la integridad de la atención y la prestación de servicios de calidad, con talento humano multidisciplinario presencial las 24 horas del día.

Fuente: Autor de la investigación

Tabla 8. Encuesta dirigida al hospital la playa

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Nivel en el que se encuentra el Hospital	Primer Nivel de Atención
2	Población estimada en el área de influencia del hospital para el año 2017	7.500
3	Número de médicos del hospital para el año 2017	4
4	Número de médicos especialista en el hospital para el año 2017	N/A
5	Numero de enfermeros (a) jefes en el hospital para el año 2017	1
6	Valor total de la inversión en tecnología en el hospital para el año 2017	\$49.413.392
7	Número de pacientes hospitalizados para el año 2017	N/A
8	Número de reingresos de pacientes en los primeros 20 días posteriores al egreso, para el año 2017	Reingresos por urgencias antes de las 24H con el mismo Dx de egreso un total de 22
9	Número total de pacientes que mueren después de 48 horas del ingreso para el año 2017	0
10	Número de eventos adversos que se presentaron en el servicio de hospitalización para el año 2017.	N/A
11	Número de casos con infección intrahospitalaria. Para el año 2017	N/A
12	Porcentaje de ocupación durante todo el año.	N/A
13	Número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado.	N/A
14	Total anual de egresos hospitalarios para el año 2017.	N/A
15	Total de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes) para el año 2017.	N/A
16	Total de partos atendidos (cesáreas y naturales) para el año 2017.	13
17	Total de consultas de urgencia realizadas para el año 2017.	2103
18	Total de consultas externas realizadas para el año 2017.	9365

Continuación tabla 8.

19	Total de exámenes de laboratorio clínico realizados para el año 2017.	12903
20	Total de imágenes diagnósticas realizadas para el año 2017.	138
21	Total de terapias realizadas para el año 2017.	N/A
22	Promedio anual de camas instaladas para el año 2017.	N/A
23	Cuál es la principal problemática que afrontó la institución en el año 2017	La principal problemática de nuestra institución es el flujo de recursos de las EPS
24	Considera usted que la institución satisface las expectativas de los usuarios en su zona de influencia.	La satisfacción del usuario con nuestra institución por los servicios de salud prestados fue del 96%
25	Cuál es la principal fortaleza de la institución en la prestación del servicio.	La principal fortaleza de nuestra institución es ser una IPS descentralizada que cuenta con autonomía administrativa, financiera y de prestación de servicios.

Fuente: Autor de la investigación

4.1.2 Encuesta Dirigida a Gerentes de Hospitales Públicos de Bogotá (Subredes Sur y Suroccidental)

Tabla 9. Encuesta dirigida a los hospitales de Bogotá sub red sur

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Nivel en el que se encuentra el Hospital	Diferentes niveles de atención
2	Población estimada en el área de influencia del hospital para el año 2017	1.264.620 habitantes
3	Número de médicos del hospital para el año 2017	467
4	Número de médicos especialista en el hospital para el año 2017	424
5	Numero de enfermeros (a) jefes en el hospital para el año 2017	531
6	Valor total de la inversión en tecnología en el hospital para el año 2017	No tuvo gasto
7	Número de pacientes hospitalizados para el año 2017	47.483
8	Número de reingresos de pacientes en los primeros 20 días posteriores al egreso, para el año 2017	1.632
9	Número total de pacientes que mueren después de 48 horas del ingreso para el año 2017	989
10	Número de eventos adversos que se presentaron en el servicio de hospitalización para el año 2017.	239
11	Número de casos con infección intrahospitalaria. Para el año 2017	1,58%
12	Porcentaje de ocupación durante todo el año.	83,43
13	Número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado.	4,01
14	Total anual de egresos hospitalarios para el año 2017.	47.483
15	Total de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes) para el año 2017.	32.846
16	Total de partos atendidos (cesáreas y naturales) para el año 2017.	6.621

Continuación tabla 9.

17	Total de consultas de urgencia realizadas para el año 2017.	283.639	
18	Total de consultas externas realizadas para el año 2017.	549.742	
19	Total de exámenes de laboratorio clínico realizados para el año 2017.	2.004.776	
20	Total de imágenes diagnósticas realizadas para el año 2017.	229.937	
21	Total de terapias realizadas para el año 2017.	395.754	
22	Promedio anual de camas instaladas para el año 2017.	626	
23	Cuál es la principal problemática que afrontó la institución en el año 2017		La transformación cultural tanto de colaboradores, como de la comunidad, puesto que se ha generado resistencia al cambio y a la aplicación del nuevo modelo de atención.
24	Considera usted que la institución satisface las expectativas de los usuarios en su zona de influencia.		Si
25	Cuál es la principal fortaleza de la institución en la prestación del servicio.		Servicios de consulta médica y odontológica especializados y de esta manera disminuir las barreras de acceso para la población de las localidades en cobertura de la subred sur.

Fuente: Autor de la investigación

Tabla 10. Encuesta dirigida a los hospitales Bogotá suroccidente

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Nivel en el que se encuentra el Hospital	Diferentes niveles de atención
2	Población estimada en el área de influencia del hospital para el año 2017	2.575.667
3	Número de médicos del hospital para el año 2017	192
4	Número de médicos especialista en el hospital para el año 2017	221
5	Numero de enfermeros (a) jefes en el hospital para el año 2017	234
6	Valor total de la inversión en tecnología en el hospital para el año 2017	\$1'826.000
7	Número de pacientes hospitalizados para el año 2017	26.304
8	Número de reingresos de pacientes en los primeros 20 días posteriores al egreso, para el año 2017	561
9	Número total de pacientes que mueren después de 48 horas del ingreso para el año 2017	721
10	Número de eventos adversos que se presentaron en el servicio de hospitalización para el año 2017.	100
11	Número de casos con infección intrahospitalaria. Para el año 2017	231
12	Porcentaje de ocupación durante todo el año.	94%
13	Número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado.	5,26.
14	Total anual de egresos hospitalarios para el año 2017.	33.983
15	Total de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes) para el año 2017.	23.800
16	Total de partos atendidos (cesáreas y naturales) para el año 2017.	5.985
17	Total de consultas de urgencia realizadas para el año 2017.	159.673
18	Total de consultas externas realizadas para el año 2017.	641.899

Continuación tabla 10

19	Total de exámenes de laboratorio clínico realizados para el año 2017.	1'915.047
20	Total de imágenes diagnósticas realizadas para el año 2017.	201.506
21	Total de terapias realizadas para el año 2017.	120.100
22	Promedio anual de camas instaladas para el año 2017.	574
23	Cuál es la principal problemática que afrontó la institución en el año 2017	Una de las principales problemáticas fue la implementación de un nuevo sistema de información llamado HOSVITAL el que no se pudo implementar el 100% y había que capturar información de manera manual, interoperabilidad sistemas de información, alta demanda casos de salud mental superando capacidad instalada, condiciones de infraestructura y limitación presupuestal.
24	Considera usted que la institución satisface las expectativas de los usuarios en su zona de influencia.	Para el año 2017 el índice de satisfacción de usuarios fue del 95% donde respondieron a preguntas como calificaría su experiencia en la subred y si recomendaría la institución.
25	Cuál es la principal fortaleza de la institución en la prestación del servicio.	El direccionamiento Estratégico y el compromiso de la gerencia con el mejoramiento continuo aunados a la experiencia y utilización de estrategias articuladas entre el PIC, el POS, Atención al ciudadano y el trato humanizado a sus pacientes.

Fuente: Autor de la investigación

4.1.3 Diagnóstico de las encuestas

Según las encuestas se llega al siguiente diagnóstico:

Se analizó el flujo de caja que juega un papel muy importante, ya que el recaudo se afectó por la crisis financiera del Sistema. Las dificultades en el cobro de cartera a las diferentes entidades responsables de pago, así como las dificultades en los acuerdos contractuales; dentro de la prestación de los servicios para estos hospitales el aumento de la demanda de servicios de atención en salud, estancias prolongadas y sociales por personas con dificultades en el aseguramiento y red insuficiente para atención complementaria.

Además de esto se suma la alta demanda de servicios institucionales por extranjeros ocasionados por migración generando bajo recaudo y elevada cartera, la transformación cultural tanto de colaboradores, como de la comunidad, puesto que se ha generado resistencia al cambio y a la aplicación del nuevo modelo de atención.

La combinación de la emergencia de la autenticidad, la emergencia administrativa resumida y la falta de bienestar de los proveedores de redes de seguridad para reaccionar a sus compromisos, estaba creando las condiciones consideradas por los especialistas abiertos como una emergencia sectorial que influye en los deseos futuros del avance del privilegio para el bienestar y la garantía de felicidad exitosa con respecto al acceso, el uso y la naturaleza de los servicios, en la medida en que las personas que preguntaron si estaban felices de hacer nuevos negocios, en su mayor parte se dirigieron a no, a la luz del hecho de que no había condiciones para recuperar los activos poner recursos en lo que está por venir, y que acuerdan compromisos actuales con los hospitales públicos colombianos.

Los hospitales en Colombia, tanto públicos como privados, han criticado que la obligación de las EPS es de \$ 12 mil millones. La suspensión de las administraciones clínicas es una realidad debido a la ausencia de activos para trabajar. "Es inminente que, de manera dinámica, desde la perspectiva gerencial, especializada y operativa, las diversas administraciones de hospitales abiertos comiencen a cerrarse, dada la inconcebibilidad de cumplir con los compromisos", como lo indica el informe más reciente de la cartera de la Asociación Colombiana. de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, ACESI. (ACESI, 2015)

"La Ley 100 estableció una de las mejores abundancias del neoliberalismo. Sin bases lógicas importantes, dio el segmento de bienestar y beneficios, que se refieren al 12% del PIB, al área presupuestaria" (Sarmiento, 2014). El error comienza al no conocer la conducta del marco relacionado con el dinero y las cualidades de los segmentos sociales, por ejemplo, el bienestar. EPS, en general, obligará a los costos por encima de los gastos insignificantes. En esta línea, hay una decepción del mercado en el área del bienestar desesperado: "Dado que es una auténtica insuficiencia, el marco ofrece extraordinarias puertas abiertas monopolísticas que no se pueden neutralizar". (Sarmiento, 2014)

La emergencia financiera no solo tiene signos en los registros nacionales o factores macroeconómicos. Además, tiene una conexión sólida con la expansión de enfermedades, consultas y costos del sistema de salud. En la fase pasiva de flujo y reflujo de la enfermedad holandesa que atraviesa Colombia, se une al desglose del marco de bienestar, provocado por la imponente intensidad de modelo de negocio de las EPS y el intercambio de sus compromisos con las IPS y el Fosyga.

Discusión: se determinó cuáles son las percepciones de distintos actores del sistema de salud colombiano sobre los problemas del sistema que están detrás de la crisis. Se realizó un estudio a partir de entrevistas semiestructuradas y en profundidad con 20 gerentes del sector salud, en Bogotá, y el oriente colombiano. Los resultados mostraron que la corrupción, el incumplimiento de normas y los conflictos entre los intereses de diversos actores del sistema debilitan la legitimidad de este último, atomizan la cooperación y cohesión de los actores y fortalecen el interés particular. La polución normativa, la inconsistencia temporal de las normas

y la información incompleta generan incertidumbre, confusión y desintegración en el interior del sistema, con lo cual contribuyen al desenvolvimiento de una crisis regulatoria con respecto a la cual se hace urgente recuperar espacios de toma de decisiones colectivas y concertadas que promuevan el diálogo y la superación de los intereses rentistas individualistas en los hospitales.

4.2 Diagnostico de la eficiencia hospitalaria del oriente colombiano, enfocada en los insumos usados en las operaciones implementadas.

El significado de la buena naturaleza de las administraciones de bienestar es problemático y ha sido objeto de numerosas metodologías. Desde la perspectiva de los jefes o gerentes de seguridad social, la calidad con la que se otorga una administración de bienestar no se puede aislar de la competencia, ya que, si no se considera el ahorro esencial de activos accesibles, el alcance de las administraciones no será exactamente el adecuado, por lo que nadie sabe concebible. La estimación de la calidad y la eficacia de una administración de bienestar es un recado de complejidad natural, ya que la estimación de ideas conceptuales lo hace cambiar de intereses que pueden afectar las evaluaciones resultantes. La calidad y la efectividad son pensamientos dinámicos, la necesidad de cuantificarlos es clara, pero es una prueba confiable, debido en cierta medida a la forma en que los indicadores deben separar la parte de ellos, debido a los atributos de los pacientes, de los cuales se trata. La atención médica hospitalaria asume un trabajo dominante en servicios médicos; ya que estos tienen una gran importancia social, ya que los hospitales albergan a personas con los problemas médicos más genuinos y son las comunidades marco de bienestar más costosas por la consideración específica e innovadora que deben brindar, a pesar de la administración de la posada que ofrecen constantemente. La

evaluación constante de la calidad y la competencia de la atención hospitalaria con sus ramificaciones sociales y monetarias es un elemento básico para el bienestar. Es por esta razón que se comienza con una visión renovada de las ideas de valor y competencia del seguro social y la conexión entre ellas. En ese punto se extienden los marcadores convencionales y, a partir de ahora, se utilizan para medir las dos características en las administraciones de hospitales. Incorpora las maneras en que se agrupan tales marcadores y las maneras diversas por las cuales se encamina la diligente tarea de hacer los cambios vitales para aislar la pieza de su estima que se debe a los atributos de los pacientes basados en lo que es extremadamente debido a la Calidad y eficiencia hospitalaria.

La calidad y la competencia son dos ideas firmemente relacionadas, hasta el punto de que algunos piensan que la productividad es una característica de valor. Claramente, cualquier administración puede proporcionarse dentro de puntos satisfactorios de confinamiento de valor con bastante productividad, pero también es concebible que un análisis irrazonable de competencia sea adverso a la calidad.

A pesar de que, en el campo de la salud, la administración focal es el recurso humano más valioso y parece ser bajo e incluso molesto "cambiar" la calidad de la productividad, la escasez regular de activos debe llevarnos a un proceso progresivamente razonable. Una posición que refleja la necesidad de lograr la calidad más elevada en la disposición de las administraciones con la base de activos, o, tal vez, una posición que respalde la utilización más productiva de los activos accesibles dentro de los puntos adecuados de confinamiento de calidad. Posteriormente,

la búsqueda de calidad debe ser, de manera confiable, el aspecto de la mejor armonía entre calidad y productividad.

No obstante, llama la atención sobre el hecho de que la búsqueda del mejor equilibrio entre calidad y competencia viaja a través de la mejora y la utilización razonable de los indicadores de las dos partes y su relación, una realidad que se subraya en los últimos escritos.

El diagnóstico de la eficiencia hospitalaria del oriente colombiano, enfocada en los insumos usados en las operaciones implementadas se podría cumplir de la siguiente manera:

Mejoría de la salud.

Justeza del acceso.

Entrega efectiva de atención adecuada.

Eficiencia.

Experiencia de pacientes y cuidadores.

Resultados de salud del sistema

el desarrollo de buenos indicadores no es una tarea fácil ni puede abordarse sin un conocimiento profundo de Medicina, unido al de otras disciplinas como la Administración de Salud, la Estadística y la Epidemiología. Un buen indicador por lo menos deberá cumplir al menos con cuatro características:

Validez: debe reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó o estableció y no otro.

Confiabilidad: debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.

Comprensibilidad: debe comprenderse fácilmente qué aspecto de la calidad pretende reflejar.

Sencillez: debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar.

Los marcadores primarios de ejecución de hospitales y sus estructuras; No se ha dado ninguna sutileza sobre el desarrollo y la utilización explícita de ninguno de ellos debido a la cantidad sustancial de indicadores que se pueden planificar dependiendo de las ideas fundamentales y las necesidades explícitas en cualquier circunstancia.

Entre todos los punteros a los que se hace referencia, hay cuatro que, debido a su importancia, amplio uso y clara importancia, merecen una mejora definitiva: la tasa de mortalidad, la tasa de reingreso, la tasa de inconvenientes y lo normal permanecen. Las tres iniciales se utilizan fundamentalmente como marcadores de resultados que deberían reflejar la naturaleza de la consideración dada mientras que la estadía en los hospitales es un registro razonable de productividad como se observó anteriormente.

La tasa de mortalidad

La mortalidad en los hospitales publicos es el marcador de resultados que probablemente tenga la mejor importancia. Los debilitados acuden a las clínicas médicas para mejorar su bienestar, el hecho de pasar es una posible decepción de la consideración dada. Sea como fuere, por diferentes motivos, no todos los pases de clínicas médicas se pueden evitar con el

aprendizaje y los recursos, la temporada de vida es limitada, numerosas enfermedades son graves y los hospitales con frecuencia necesitan albergar a personas que inevitablemente fallecen.

La tasa de reingreso

El reingreso se ha caracterizado en varias vías en la redacción, sin embargo, en conjunto se considera que un paciente vuelve a ingresar en un hospital en caso de que deba ser hospitalizado una vez más, con una determinación similar, no mucho después del final de una primera hospitalización.

La tasa de complejidad

La tasa de complejidad es, además, un marcador común de resultados en la evaluación de la naturaleza de la consideración. Los enredos que emergen en un paciente en medio de su admisión a los hospitales establecen ocasiones atractivas para ser utilizados como marcadores de la naturaleza de la consideración. En el caso de que el paciente ingrese al hospital y debido a la cercanía de cierta enfermedad, hipotéticamente no debería ganar otra en medio de su estadía hospitalaria.

4.3 Análisis de la productividad de los hospitales públicos del oriente colombiano, mediante indicadores de respuesta a demanda de servicios.

Desde 2006, ha habido varios avances administrativos y especializados realizados por el Ministerio de salud que se suman a la mejora persistente de la naturaleza del seguro social: el Plan decenal de salud pública 2012-2021, las Pautas de práctica clínica basadas en la prueba. , el Análisis de la situación en salud (ASIS), el aire de los datos obtenidos de SISPRO, el nuevo significado de un estudio de consideración esencial y la Ley de salud legal, entre otros, que legítimamente o de forma indirecta deciden la necesidad de repensar el sistema de información. por la calidad.

Tanto la adecuación de la consideración como la seguridad se relacionan con el elemento especializado de consideración, en contraste con la experiencia de consideración, que se compara con la medición relacional; Por lo tanto, la viabilidad en el bienestar, relacionada con la seguridad, puede decidir la obtención de resultados específicos en el bienestar. Esto se actualiza mediante un encuentro de consideración visto como positivo por los pacientes.

Se tiende a comprender que la viabilidad de la consideración evalúa si las administraciones de bienestar tienen los componentes necesarios para que los servicios humanos creen en una mejora del estado de bienestar de las personas, si la seguridad se centra en disminuir los peligros de soportar una ocasión desfavorable en el proceso de servicios médicos o aliviar sus resultados.

En conclusión, si la experiencia de la consideración centrada en el paciente / paciente acumula una progresión de estimaciones de los deseos y necesidades que los clientes conceden emocionalmente como características de consideración innatas y atractivas.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud ha ganado terreno en cuanto a inclusión, acceso y valor; Paralelamente, ha habido una extensión en el suministro nacional de administraciones de bienestar, con un desarrollo predominante en el segmento abierto y en la sección de mayor complejidad innovadora.

Por otra parte, las habilidades y los perfiles de los RR.HH. preparados para asegurar la administración esencial en el bienestar carecen de un límite resolutivo más prominente, desarrollando la baja reacción institucional y produciendo supresión de peticiones en bienestar.

En la complejidad media y alta hay una utilización deficiente de activos específicos, ya que los motivadores incitan la solicitud de la oferta, al igual que la deficiencia para realizar actividades para promover el bienestar y la anticipación de la enfermedad.

Con respecto a los proveedores abiertos, hay una reducción en la oferta de administración de las principales dimensiones a considerar, que ha disminuido en algún lugar en el rango de 2013 y 2017 en un 2,4%; en la segunda dimensión ocurre una conducta similar con una disminución del 1.1%; el enorme desarrollo de las IPS abierto de la tercera dimensión de consideración que se desarrolla en medio de un período similar en 9.8% atrae consideración. Además, las dimensiones fundamentales de consideración tienen una alta antigüedad innovadora, una insuficiencia en la cantidad, la importancia y la naturaleza del bienestar y la fuerza laboral,

los impactos que se pueden demostrar en la oferta abierta, donde el interés en la sustitución ha sido poco frecuente.

Por lo tanto, la vejez innovadora se confirma en el nivel principal, la disminución del límite introducido en la segunda dimensión y el desarrollo en el límite introducido de naturaleza multifacética alta con la extensión del apoyo de la idea privada sobre la oferta abierta.

Las dimensiones de ocupación en proveedores abiertos permiten mostrar el patrón de consideración en mayores cantidades de consideración; mientras que las dimensiones de la ocupación en la dimensión principal de consideración no alcanzan el 40%, las diferentes dimensiones superan el 78%. El 48% de los medios de transporte se enviaron a los enfoques de carácter multifacético más notables desde las clínicas abiertas de emergencia de primera dimensión, para 2012 el 88 % creó esta circunstancia equivalente, que permite inducir al motivador.

El desarrollo de la cesárea en el país, que pasó de 25% en 1998 a 46% en 2017.

La reacción de la oferta es fraccionada, lo que crea menos objetivos y límites también en la alta naturaleza multifacética. Debido al crecimiento maligno del seno, por ejemplo, el número normal de días entre la visita primaria y el tratamiento es de 137 días, de los cuales 90 días se pierden entre el análisis subyacente y la afirmación de la conclusión en el enfoque específico. En consecuencia, en Bogotá, se analizan el 29,1% de los casos de neoplasia maligna limitada.

Hay pruebas de una agrupación de consideración nacional; Desde el examen de la economía topográfica en la disposición de las administraciones de bienestar, hay alrededor de 20 centros que unifican la corriente de métodos medicinales para pacientes de las 1.101 regiones de la nación. En el momento en que se rompe el flujo de la entrevista en particular, se ve que este flujo se acumula de forma significativa en diez centros; Seis centros, luego de nuevo, concentran el flujo de métodos clínicos (Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Pasto, Cali y Barranquilla), con una fortaleza estampada de Bogotá y Medellín como reuniones de referencia concluyentes. (Páez y Cols, 2012).

Por fin, bajo el plan del SGSSS y dependiendo de los caracteres en pantalla requeridos, aún existe una notable "diferencia e inconsistencia lógica entre garantes y proveedores, por la forma en que los planes de respaldo caracterizan los costos y el contrato". cooperativas especializadas "; Asimismo, los contratos entre proveedores de redes de seguridad.

Además, los proveedores serán en general inadecuados y temperamentales. Además, está claro que existen contrastes de valor entre los anuncios de suministro que muestran los contrastes en el enfoque y el poder de negociación entre los proveedores de redes de seguridad y los proveedores (Ruiz, 2015). En la dimensión principal de la consideración, la inscripción con mayor frecuencia no se compara con la capitación sin bordes y confines caracterizados y los dos planes de respaldo

Como especialistas, en general, crearán arrendamientos sobre las asimetrías en los acuerdos; lo anterior, utilizando la aprobación como sistema para regular la oferta; y los

proveedores de nivel principal en la derivación de pacientes y el mantenimiento de una estructura no resolutive, sin embargo, más asequible para la disposición de las administraciones. Sin una administración satisfactoria de peligro y enfermedad, el paciente está indefenso ante su propio límite de administración contra el plan de respaldo para adquirir las administraciones que requiere.

Se puede presumir muy bien que la suposición subyacente de las administraciones de mercado equilibradas por el mercado no ha permitido una guía amplia según lo indicado por la ventaja del cliente y la combinación del privilegio de la solidez de toda la población, identificada con los residentes, sujetos de derechos, y trabajado a través de entendimientos institucionales también, un entendimiento implícito reconocido por todos los especialistas. Este tipo de procedimientos de avance que dependen de desafíos no regulados entre los operadores han provocado diversas decepciones:

Eviscerado del mercado, contratación específica y distribución del proveedor de la red de seguridad.

Reclutamiento de intereses, obstrucciones al paso y captura del controlador por parte de organizaciones especializadas en bienestar, IPS

Centralización de oferta y control de preparación a partir de reuniones restaurativas.

Riesgo moral y elección antagónica de los clientes.

Incremento en la utilización e instalación de administraciones de alta innovación (aceptación de solicitud de alta innovación) y objetivos limitados en la dimensión esencial que está en contacto directo con la población. Lo que ha llamado la atención es la perseverancia de los problemas de suministro a lo largo de los años, particularmente cuando el Documento Conpes 3402 de 2002 se introdujo como uno de los procedimientos de la Política de prestación de servicios de salud, la mejora de la efectividad de la oferta de administración de bienestar, a través del avance de un programa de administración donde habría una intersección de "planes de respaldo y proveedores bajo el objetivo normal de mejorar el acceso, disminuir los costos, expandir la dimensión de cumplimiento de los clientes y "Adquirir logros en el bienestar general. Los sistemas que benefician y coordinan las consideraciones esenciales, la atención ambulatoria y el transporte de las administraciones de bienestar general se ejecutarán, teniendo en cuenta los requisitos de los diversos distritos de la nación y los estados de bienestar de la población".

A pesar de que los hechos confirman que una conducta en desarrollo del suministro de administraciones se vigila universalmente, esta maravilla no garantiza que las condiciones suficientes sean accesibles para el área de bienestar, ya que los incrementos o disminuciones no se han relacionado con el examen de las necesidades y los estados de interés, y han reaccionado más a las fuerzas motivadoras hacia una creación más notable de administraciones de bienestar con respecto a la cantidad de ejercicios realizados, sin embargo, no en la búsqueda de resultados de bienestar o arreglos de bienestar en los estados de disponibilidad, oportunidad, progresión, integralidad y límite de metas; Esto provoca una confusión entre las necesidades del interés y el límite resolutivo, con rasgos de valor, integralidad y congruencia, de las administraciones de baja

impredecibilidad, con una adecuación limitada en las actividades individuales y agregadas cuyo objetivo es el avance del bienestar.

Estos impedimentos han sido controlados por el enfoque de los hospitales de las administraciones situadas hacia la enfermedad y sus objetivos en los establecimientos clínicos de emergencia más intrincados. Seguramente, el desarrollo en el interés por expertos particulares es infame. Las crisis del IPS de complejidad media y alta se han fusionado como el portal al marco, con la subutilización extrema de las administraciones esenciales. Este impacto es el resultado del plan mismo de una demostración de ahorro administrada por el gobierno, en la que se avanza una metodología de administración.

La inclusión de las posibilidades presupuestarias para las familias se obtuvo a costa de la enfermedad. Este objetivo situó la dolencia como un objetivo del marco sobre los aumentos en el bienestar y la consideración completa.

Desde la administración del bienestar general, hay pruebas de una baja especialización y el límite de la junta con respecto a los elementos regionales para controlar el desarrollo participativo de los planes de bienestar regional, impulsar actividades intersectoriales sobre determinantes sociales que promuevan la solidez de la población y guíen la administración necesaria. de peligros para el bienestar, ejecutando intercesiones agregadas y planificando la verbalización de las actividades de bienestar general con los ejercicios individuales realizados por cada uno de los operadores del Sistema. Los impactos de una doble descentralización que

transmitieron los hospitales y las capacidades de bienestar general a los elementos regionales sin crear las capacidades con respecto a su administración (Guerrero et al, 2013).

Por lo tanto, el interés en el bienestar general demuestra estados de desperdicio; Una evaluación rápida de la ejecución del gasto encontró que, en octubre de 2015, cerca del 40% de los planes de gasto de bienestar general de los distritos no se habían ejecutado. Además, es clave percibir expresamente los temas de valor e inclusión de una parte de las actividades de progreso de bienestar y prevención de enfermedades, ya que no existe una disposición necesaria de confirmación de valor para estas actividades como datos suficientes que sirven a la administración y Formas de IVC. Las regiones más pequeñas muestran impedimentos en su límite especializado con respecto a la supervisión del bienestar general y existen limitaciones en el tamaño de la actividad para actualizar las mediaciones agregadas de bienestar de una manera inteligente.

Por otra parte, la heterogeneidad regional y popular de la nación se destaca de una confirmación que media los peligros de la población de manera homogénea, sin pensar en los determinantes de la población y la dispersión regional en los resultados en la disposición de las administraciones.

El marco de bienestar colombiano tiene sus protectores y depreciadores. El misterio es que, en la dimensión de la determinación, e independientemente de sus puntos de vista adversos, los dos lados son correctos. Por así decirlo, como veremos, estos dos sueños son lados opuestos de una moneda similar.

A decir verdad, están directamente en el Ministerio de Salud y Protección Social cuando afirman que el marco de bienestar de Colombia ofrece mucho a sus clientes, específicamente ofrece acceso a medicamentos generalmente continuos, a pesar del hecho de que son medicamentos costosos y, a continuación, una vez más, los colombianos pagan una porción baja directamente de sus bolsillos. Los costos de salida, controlados por instrumentos de copago y gastos de dirección, son extremadamente bajos en Colombia, lo que implica que, para un hogar colombiano, es prácticamente difícil de "romper" debido a los resultados monetarios de los peligros del bienestar. El Ministerio está en el camino correcto para subrayar lo mencionado anteriormente, dado que es un rasgo extremadamente positivo del marco de bienestar colombiano, incluso el que las naciones creadas podrían envidiar.

Sin embargo, los spoilers del marco de bienestar tienen algunas reacciones legítimas. La realidad cotidiana a la que se enfrentan numerosos clientes del marco de bienestar en Colombia es cada vez más parecida a un encuentro extraído de un libro de Kafka que todo lo demás. Los inconvenientes reglamentarios, en general tan inseguros como inútiles, forzados por algunos EPS a sus clientes, o la desaprobación de los medicamentos que deben cubrirse, cuelgan en ocasiones ajustadas, injustificadamente largas, para el cumplimiento de un acuerdo que podría ser grave, lo que hace que en varios estudios los clientes son declarados decepcionados con la naturaleza de la consideración obtenida y el marco general de bienestar.

En el caso de que estas dos perspectivas restrictivas sean válidas, el principal objetivo que podemos lograr es que definitivamente el mejor acuerdo no es cambiar todo el marco de

bienestar, dado que para esta situación corremos el riesgo de perder los avances conseguidos. En las últimas décadas posteriores a la ley. 100. El segundo extremo es que es vital ver las decepciones del escaparate, por ejemplo, las de la guía del marco actual, ya que a pesar del hecho de que el marco de bienestar parece ser extremadamente útil y suficiente en el papel, el hecho de el asunto es único. Como de costumbre, el ángel caído se guardará en general en las sutilezas, y sin un examen profundo del marco desde los puntos focales de la microeconomía, es probable que no localice los arreglos correctos. (Barragán Bechara,2012).

Bajo este concepto, la Teoría de los Recursos y Capacidades (TRC) de la empresa surge bajo la corriente de la dirección estratégica, cuya premisa básica es la existencia de heterogeneidad entre las empresas en lo que a dotación de recursos y capacidades se refiere, lo que explica las diferencias de resultados entre ellas. (Torres, Martínez, Meza y Muñoz, 2015)

Los Recursos y capacidades (RC), han sido tratados por numerosos autores, la mayoría de los cuales coincide en una visión de la empresa como una colección única de RC que no se pueden comprar y vender libremente en el mercado. Para esta teoría, la empresa constituye el nivel de análisis adecuado, y su misión principal es el estudio de las diferencias en los resultados empresariales.

4.4 Comparativos de indicadores de eficiencia y productividad de hospitales del oriente colombiano con similares indicadores de hospitales públicos de la ciudad de Bogotá D.C.

Para el cumplimiento de este objetivo se compararon los indicadores obtenidos para el año 2017 en eficiencia hospitalaria y producción de servicios en los hospitales públicos del oriente

colombiano con similares indicadores de hospitales públicos de la ciudad de Bogotá y midió el grado de correlación existente entre la eficiencia y la producción de servicios. Se encontraron diferencias en los resultados que podrían estar relacionadas con factores demográficos como la cantidad y tipo de población atendida, la ubicación geográfica, el grado de pobreza y otros factores relacionados con la capacidad técnica instalada.

Indicadores de eficiencia hospitalaria

La capacidad del hospital se mide por la conexión entre los resultados y la estimación de los activos utilizados. La OMS ha desarrollado marcadores para medir la competencia clínica general (índice de eficiencia hospitalaria), que incluyen: (Ministerio de Salud my protección Social, 2011)

Día / cama de turno, día de comprensión, tasa de rotación, nivel de Ocupación, número de afirmaciones cada año, permanecen las clínicas normales. Sea como sea, esta no es la mejor manera de cuantificar la competencia clínica, y como no hay pautas de esa manera, se pensaron en los puntos medios anuales de los indicadores que lo acompañan:

Porcentaje de ocupación: porcentaje de ocupación durante todo el año.

Giro cama total por mes: número de veces que una cama es ocupada por un paciente por mes. (Ministerio de Salud my protección Social, 2011)

Promedio de estancia: número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado. (Ministerio de Salud my protección Social, 2011)

Tabla 11. Indicadores de eficiencia hospitalaria

Hospital	Porcentaje de ocupación: porcentaje de ocupación durante todo el año.	Giro cama total por mes: número de veces que una cama es ocupada por un paciente por mes.	Promedio de estancia: número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado.
Hospital universitario de Bucaramanga	87%	354	7
Hospital de Sogamoso	98%	128	7
Hospital de san gil	85%	47	4
Hospital de Pie de cuesta	66,55%	4015	3
Hospital de Barrancabermeja	84,8%	77	1,7
Hospital de Duitama	78%	137	3,8
Hospital Erasmo meoz Cucuta	86,2%	909	5,3
Hospital la playa	0%	0	0
Hospital de Bogota sub red sur	83,43%	626	4,01
Hospital Bogota suroccidente	94%	574	5,26

Fuente: Autor del proyecto

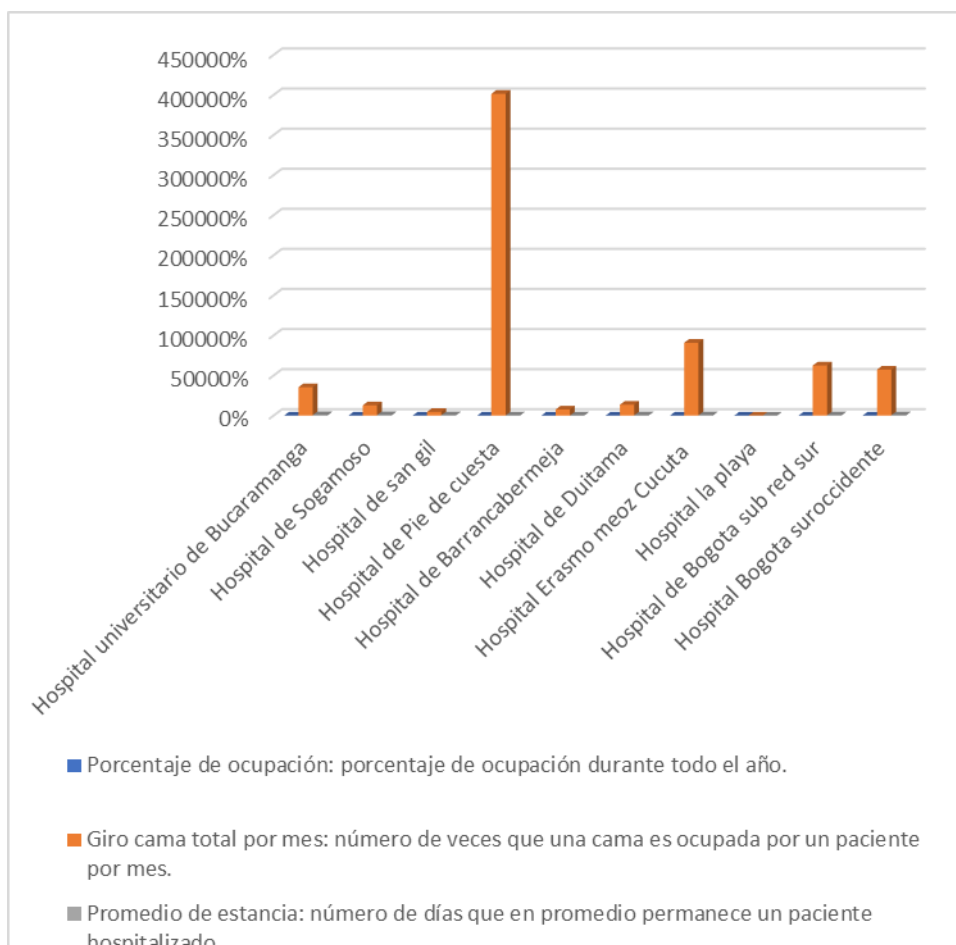


Figura 7. Indicadores de eficiencia hospitalaria

Fuente: Autor del proyecto

Como se puede observar en la figura el hospital de pie de cuesta es el que tiene un porcentaje mayor giros de cama por mes es ocupada por un paciente con un total de 4015 camas.

En cuanto al porcentaje de ocupación el hospital de Sogamoso tiene un 98% y el mayor promedio de estancia de un paciente se da en el hospital universitario de Bucaramanga y el hospital de Sogamoso con un promedio de 7 días.

Indicadores de producción de servicios hospitalarios

Se compararon las sumatorias anuales de los siguientes indicadores:

Total, anual de egresos hospitalarios.

Total, de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes).

Total, de consultas de urgencias realizadas.

Total, de consultas externas realizadas.

Total, de exámenes de laboratorio clínico realizados.

Total, de imágenes diagnósticas realizadas.

Total, de partos atendidos (cesáreas y naturales).

Total, de terapias realizadas.

Tabla 12. Indicadores de producción de servicios hospitalarios

Hospital	Total, anual de egresos hospitalarios.	Total, de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes)..	Total, de consultas de urgencias realizadas.	Total, de consultas externas realizadas.	Total, de exámenes de laboratorio clínico realizados.	Total, de imágenes diagnósticas realizadas.	Total, de partos atendidos (cesáreas y naturales).	Total, de terapias realizadas.
Hospital universitario de Bucaramanga	18.926	26.265	52.454	37.633	602.071	73.971	2.492	119.825
Hospital de Sogamoso	16.384	8.168	42.443	48.614	167.589	40.709	2.664	48.093
Hospital de san gil	4.961	5.226	31.306	40.819	100.857	23.488	896	24.534
Hospital de Pie de cuesta	738	0	11.883	50.088	51.060	9.502	201	0
Hospital de Barrancabermeja	14.011	3.821	16.252	11.813	76.604	13.234	2.747	9.653
Hospital de Duitama	9,040	6.954	49.042	14.453	192.821	44.458	1.565	40.439

Continuación tabla 12.

Hospital Erasmo Meoz Cucuta	24.954	50.513	66.715	45.449	533.663	68.786	4.626	88.866
Hospital la playa	0	0	2.103	9.365	12.903	138	13	0
Hospital de Bogota sub red sur	47.483	32.846	283.639	549.742	2.004.776	229.937	6.621	395.754
Hospital Bogota suroccidente	33.983	23.800	159.673	641.899	1.915.047	201.506	5.985	120.100

Fuente: Autor del proyecto

Como se puede observar en la tabla anterior el total, anual de egresos hospitalarios los tienen los hospitales de Bogotá con un total de egresos de 47.483 y 33.983 es de entender ya que la población en esta región del país es una de las mas grandes seguido del hospital Erasmo Meoz de Cúcuta con un promedio de 24.954 egresos hospitalarios al año.

En cuanto al total, de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes). En primer lugar se encuentra el hospital Erasmo Meoz de Cúcuta con 50.513 intervenciones quirúrgicas seguido por el hospital de Bogotá sub red sur con un total de 32.846 intervenciones.

El total, de consultas de urgencias realizadas son en los hospitales de Bogotá con valores de 283.639 y 159.673, seguido del hospital Erasmo Meoz Cucuta con 66.715 pacientes.

En cuanto al total, de consultas externas realizadas. Repiten los hospitales de Bogotá con 549.742 y 641.899 pacientes seguido del hospital de Pie de cuesta Santander con un total de pacientes de 50.088.

El total, de exámenes de laboratorio clínico realizados. El mayor porcentaje lo tienen los hospitales de Bogotá con 2.004.776 y 1.915.047 respectivamente, seguido por el hospital universitario de Bucaramanga 602.071 exámenes al año.

En cuanto al total, de imágenes diagnósticas realizadas al año 229.937 y 201.506 son para los hospitales de Bogotá y 73.971 para el hospital universitario de Bucaramanga.

El total, de partos atendidos (cesáreas y naturales). En primer lugar se encuentran los hospitales de Bogotá con un total de 6.621 y 5.985 seguido por el hospital Erasmo Meoz Cucuta con un total de 4.626 en partos normales y cesarías.

Finalmente el total, de terapias las realizan en los hospitales de Bogotá 395.754 y 120.100 seguido por el hospital universitario de Bucaramanga con un total de 119.825 terapias al año.

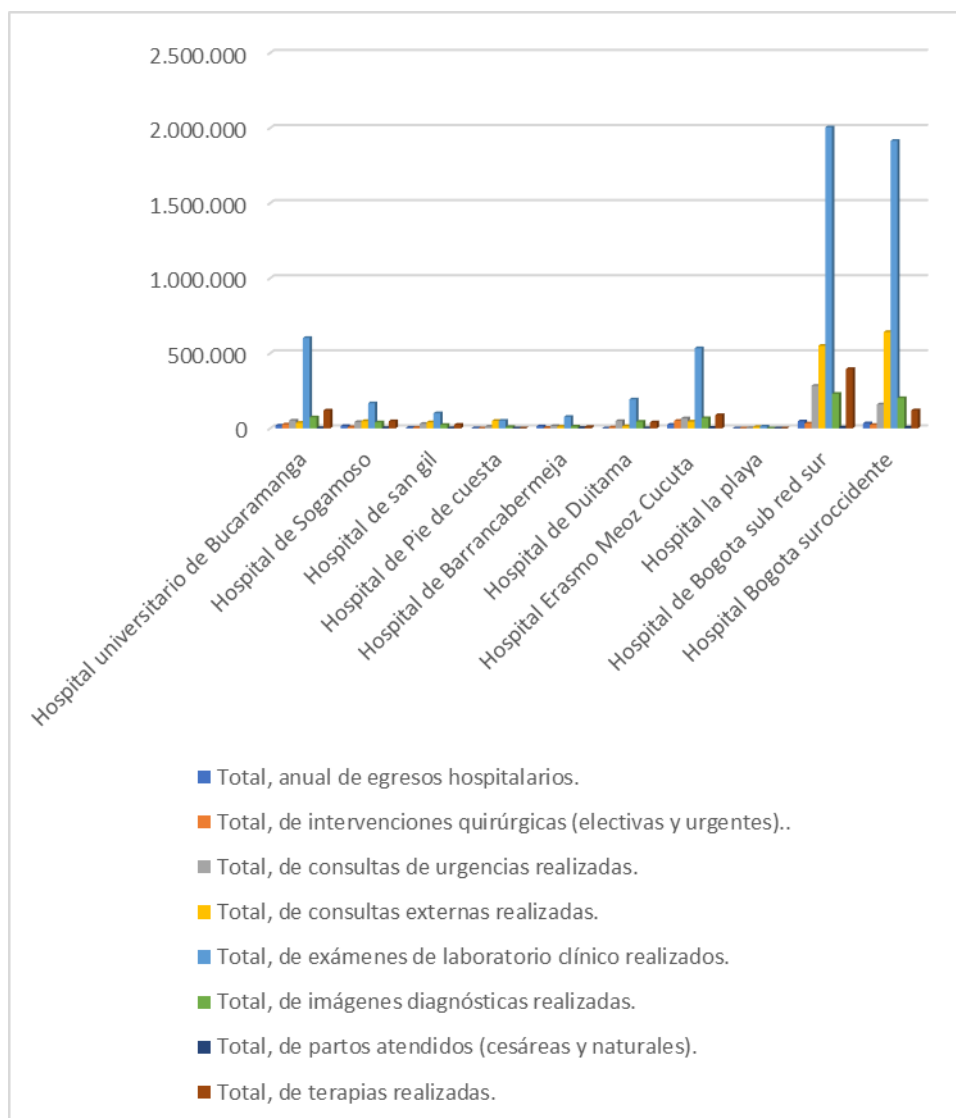


Figura 8. Indicadores de producción de servicios hospitalarios

Fuente: Autor del proyecto

Como se observa en la figura en primer lugar se encuentra el total anual de egresos hospitalarios por el hospital de Bogotá sub red sur seguido del hospital de Bogotá suroccidente y del oriente colombiano encontramos al hospital universitario de Bucaramanga y el hospital de

Cúcuta respectivamente, el resto de indicadores se da en mayor cantidad en los hospitales de Bogotá, seguidos por los el hospital de Bucaramanga y Cúcuta.

En este objetivo se compararon los resultados consolidados entre los hospitales, del oriente colombiano con los de Bogotá obtenidos durante el año 2017.

La cantidad de camas introducidas en una base que identifica directamente con el agregado de los costos cada año y el giro de la cama de mes a mes; a pesar de lo que podría esperarse, no es directamente relativo a la estancia normal por entendimiento y la tasa de ocupación.

El agregado de las publicaciones de egresos hospitalarios no se identifica con la tasa de mortalidad en los hospitales después de 48 horas, ni con el agregado de ocasiones antagónicas; ni con la estancia normal en el hospital, ni con la tasa de contaminaciones nosocomiales.

La tasa de cumplimiento general está influenciada esencialmente por la oportunidad en el centro ambulatorio, la puerta abierta en la sala de crisis, el nivel de retractación de los procedimientos médicos y la tasa de ocasiones antagónicas.

Estos punteros pueden no ser suficientes para representar la calidad, competencia y rentabilidad de las fundaciones evaluadas. También hay diferentes marcadores que no se han determinado, sino que se utilizan ampliamente en todo el mundo, por ejemplo, el archivo de mortalidad equilibrado para el peligro, el archivo de dificultades equilibrado para el peligro, la

normalidad permanece equilibrada para los casos de sofisticación y seriedad, el registro de ocupación, el coeficiente de ambulatorio y la rentabilidad equilibrada por falacia, entre otros.

Sea como sea, esta estimación es uno de los numerosos enfoques para evaluar la efectividad de los ejecutivos de los hospitales.

El uso sensato y el avance de los activos, pilares de competencia, pueden reflejarse enfáticamente en la consecuencia de los marcadores de valor; Por lo tanto, los factores, por ejemplo, la manera en que se ejecutan los activos designados, los entendimientos que se elogian y la utilización suficiente de la innovación accesible son factores que influyen en los factores en los hospitales públicos. Esa es la razón por la que una administración suficiente refleja el nivel de responsabilidad social con la comunidad.

Bajo este concepto, la Teoría de los Recursos y Capacidades (TRC) de la empresa surge bajo la corriente de la dirección estratégica, cuya premisa básica es la existencia de heterogeneidad entre las empresas en lo que a dotación de recursos y capacidades se refiere, lo que explica las diferencias de resultados entre ellas. (Torres, Martínez, Meza y Muñoz, 2015)

Conclusiones

Al evaluar la efectividad y la rentabilidad homogéneas de los hospitales, se determinó que los fundamentos de complejidad son menos competentes que los de la impredecibilidad más notable. Los permisos previos para derivar que no todo el marco introduce problemas similares que los hospitales deben ser un modelo a seguir. En consecuencia, el desarrollo de la investigación dio a conocer las fuentes de despilfarro y su distinción entre los diferentes hospitales. Esto con el objetivo de establecer estimaciones que permitan mejorar la ejecución de los cimientos dentro de cada uno de ellos.

La forma en que la disminución de la rentabilidad ha sido provocada por la holgura en el cambio innovador de la tecnología. La explicación de lo anterior es que el cambio innovador puede ser impulsado por especulaciones más prominentes dentro de los hospitales relacionados con la recepción de nuevos avances. Sea como fuere, una administración deficiente de los activos podría causar un inconveniente de la competencia especializada de sus servicios y, posteriormente, disminuir la ejecución rentable de la misma. A decir verdad, alrededor de uno de cada hospital en Bogotá y el oriente colombiano adquirieron este tipo de trabajos según lo indicado por las secuelas de la investigación.

En los hospitales de las localidades del oriente de Colombia, la reducción de la competencia lucrativa también fue evidente, estos territorios contribuyeron con alrededor del 66% de la igualación negativa de la rentabilidad cuando todo está dicho. Al pensar en la importancia de estas áreas en el contexto nacional para lograr los objetivos de bienestar, se debe

poner especial énfasis en evaluar las causas de la debilidad beneficiosa de sus hospitales, al igual que su efecto sobre la naturaleza de las administraciones.

La caída en la rentabilidad observada en esta investigación recomienda el requisito de una evaluación expansiva del marco de los hospitales públicos en general. Por lo tanto, ante la posibilidad de que se descubra que todo está hecho, también se mostró una pérdida de eficiencia, en los enfoques propuestos por el Gobierno los cuales deben ser reconsiderados para abordar los aspectos de pérdida en el transcurso del período interrumpido. En este sentido, sin renunciar a la responsabilidad de garantizar la calidad y disponibilidad de los servicios a los clientes.

La utilización de indicadores es y seguirá siendo valiosa para los gerentes de hospitales, expertos en bienestar para cada una de las personas que de alguna manera están relacionadas con la mejora del Sector de Salud en los hospitales específicamente.

Es claro, en cualquier caso, que para obtener indicadores oportunos es básico construir los Sistemas de Información que permitan recopilar la información fundamental para su preparación. También es importante evaluar la naturaleza de las fuentes esenciales de datos, específicamente la historia clínica, la fuente principal de datos sobre las cualidades de cada paciente hospitalizado.

Los indicadores proporcionan datos cuantitativos que permiten identificar espacios con alta probabilidad de problemas en la consideración. La garantía y la evaluación de cada problema y

sus causas deben ser objeto de una investigación explícita, punto por punto y de arriba a abajo con una metodología progresivamente subjetiva.

En ciertas naciones, la utilización de marcadores refinados de ejecución de clínicas de emergencia ha sido increíblemente deficiente, el reconocimiento de los problemas se ha realizado y se completa esencialmente con actividades rápidas a las que se envían recursos humanos con criterios maestros que realizan evaluaciones, en su tiempo profundo, sobre el movimiento de bienestar en una condición clínica médica determinada. No se puede ver, ya que este no es un método eficaz para identificar problemas, pero no es productivo. La utilización sistemática de indicadores de cualquiera de los dos tipos anunciados en este trabajo permitiría coordinar las actividades de control con mayor precisión para la búsqueda de problemas explícitos y explícitos.

Se diagnostico la eficiencia hospitalaria del oriente colombiano, enfocada en los insumos usados en las operaciones implementadas. Comprobando que es evidente la necesidad de un sistema de información interconectado y actualizado, asumiendo las diferencias entre los datos recolectados en las instituciones de salud del departamento y los datos manifestados por el ministerio de salud. Por otro lado La inadecuada utilización de camas en los servicios de hospitalización, contribuye a la congestión hospitalaria y a la alteración del panorama social de los departamentos al cual se le realizo el estudio.

Se analizo la productividad de los hospitales públicos del oriente colombiano, mediante indicadores de respuesta a demanda de servicios. Las entidades hospitalarias cuentan con la

capacidad instalada mayor a la requerida para la garantía de la prestación de servicios en su área de influencia, por lo que las entidades deberá analizar opciones como ajustar su capacidad instalada, o la implementación de otros servicios o los mismos servicios mejorando la contratación con régimen contributivo y subsidiado. Los indicadores de producción de dichas entidades si bien presentaron decrecimiento constante en las vigencias analizadas, en especial en 2017 es el resultado de la disminución de servicios para lograr la disminución del gasto planteado en el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero. Las entidades debe mejorar el nivel de contratación con el régimen subsidiado y contributivo, dado que su ingreso por ventas de servicios de salud se encuentra apalancado en otras ventas de servicios de salud, o de lo contrario corregir posibles inconsistencias en reporte al Sistema de Información Hospitalaria.

Se realizaron comparativos de los indicadores de eficiencia y productividad de hospitales del oriente colombiano con similares indicadores de hospitales públicos de la ciudad de Bogotá D.C. En general, en cuanto a la producción de servicios, las instituciones muestran un patrón similar. El laboratorio clínico produce más unidades, excepto en la institución con bajos porcentajes. Los hospitales demuestran que sí existe una relación positiva entre la calidad y la eficiencia; pero esta relación es inversamente proporcional con la producción de servicios, ya que los hospitales más productivos no necesariamente obtuvieron los mejores resultados de calidad y eficiencia; ya que con estos resultados se podría concluir que los indicadores de calidad y eficiencia hospitalaria se pueden ver insignificantes por la productividad.

Recomendaciones

Se recomienda que los indicadores de calidad y efectividad de los hospitales y la junta tengan su lugar adecuado en la evaluación de la ejecución de la misma. La presentación de marcos automatizados y la utilización de sistemas intra y extrahospitalarios contribuirán de manera concluyente a la comprobación incesante de la calidad y productividad en el marco de bienestar.

Impulsar instrumentos y motivaciones para que los responsables de la administración y los ejecutivos de los hospitales se dirijan a modernizar sus componentes autoritarios y jerárquicos, a la luz de la recepción de planes de acción que aseguren la productividad y la calidad en la organización de las administraciones.

Apoyar y dinamizar el avance de la investigación sobre innovación y bienestar a través de hospitales más prominentes que permitan explotar y crear la capacidad humana dentro de cada entidad.

Potenciar las relaciones de complementariedad y no la rivalidad entre los hospitales, de modo que ocurra una estima incluida que permita su mantenimiento.

De esta manera, se propone mejorar los datos que estiman los ítem de los hospitales, de modo que la efectividad de un hospital no se evalúe solo por la utilización de sus activos, sino

también en la medida en que la naturaleza de la administración le otorgue a la administración diversos tipos de pacientes.

Referencias

- Aguilar, A. (octubre de 2010). *Revista Archivo Médico de Camagüey*. Obtenido de Revista Archivo Médico de Camagüey:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500020
- Bligoo. (02 de mayo de 2014). *Bligoo*. Obtenido de Bligoo:
http://manuelgross.bligoo.com/conozca-3-tipos-de-investigacion-descriptiva-exploratoria-y-explicativa#.WXExaoQ1_IU
- Bonet, J. (agosto de 2015). *Banco de la República*. Obtenido de Banco de la República:
http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_222.pdf
- Carreño, A. (agosto de 2009). *Universidad del Rosario*. Obtenido de Universidad del Rosario:
http://www.urosario.edu.co/urosario_files/98/98266dc7-975a-423e-b45a-84ba6b486ef0.pdf
- Carvajal, L. (2014). *El método deductivo de investigación*. Obtenido de El método deductivo de investigación: <http://www.lizardo-carvajal.com/el-metodo-deductivo-de-investigacion/>
- Chirinos, E. (2008). *Revista Científica Electrónica Ciencias Gerenciales*. Obtenido de Revista Científica Electrónica Ciencias Gerenciales:
<http://www.revistanegotium.org.ve/pdf/10/Art4.pdf>
- DLE RAE. (s.f.). *DLE RAE*. Obtenido de DLE RAE: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=6nVpk8P>
- En Colombia. (2017). *En Colombia*. Obtenido de En Colombia:
<https://encolombia.com/educacion-cultura/geografia/departamentos/santander/>
- España, J. (2011). La eficiencia de los hospitales Colombianos en el contexto Latinoamericano. Una aplicación de Análisis Envolvente de Datos (DEA) en un grupo de hospitales de alta complejidad, 2009. *Ecos de Economía*, Medellín.

Espectador. (04 de diciembre de 2016). *El Espectador*. Obtenido de El Espectador:

<http://www.elcolombiano.com/antioquia/cadena-de-corrupcion-enreda-al-sistema-de-salud-en-colombia-MF5502835>

Giugni, P. (06 de febrero de 2009). *La calidad como filosofía de gestión*. Obtenido de La calidad

como filosofía de gestión: <http://www.pablogiugni.com.ar/william-edwards-deming/>

Gobernación Norte de Santander. (2018). *Norte de Santander*. Obtenido de Norte de Santander:

<http://www.nortedesantander.gov.co/Gobernaci%C3%B3n/Nuestro-Departamento/Informaci%C3%B3n-General-Norte-de-Santander>

Guix, O. (2005). *Gaceta Sanitaria*. Obtenido de Gaceta Sanitaria:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000400010&script=sci_abstract

Guzmán, K. (2015). *Un análisis regional de la salud en Colombia*. Bogotá D.C.: Banco de la

República.

Herrero, L. (2011). *Universidad de la Rioja*. Obtenido de Universidad de la Rioja:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3630743>

INEGI. (octubre de 2003). *Instituto Nacional de Estadística*. Obtenido de Instituto Nacional de

Estadística: <http://ceppia.com.co/Herramientas/INDICADORES/Indicadores-de-productividad.pdf>

INEGI. (2012). *Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (México)*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (México):

https://www.snieg.mx/contenidos/espanol/normatividad/doctos_genbasica/procesamiento_informacion.pdf

J. Anguita, J. C. (2003). *Revista Investigación*. Obtenido de Revista Investigación:

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13047738>

Juan Carlos Barragán Bechara, R. C. (diciembre de 2012). *Universidad y Salud*. Obtenido de Universidad y Salud: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000200008

Kerguelén, C. (marzo de 2008). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Lindsay, J. R. (2005). *UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS*. Obtenido de UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS: <https://jorriveraunah.files.wordpress.com/2011/06/capitulo-3-filosofias-y-marcos-de-referencia-de-la-calidad.pdf>

Llinás, A. (26 de marzo de 2010). *Sistema de Información Científica*. Obtenido de Sistema de Información Científica: <http://www.redalyc.org/html/817/81715089014/>

Luis Herrero Tabanera, J. J. (02 de marzo de 2015). *Scielo.isciii*. Obtenido de Scielo.isciii: <http://scielo.isciii.es/pdf/gv/v29n4/original5.pdf>

Melina Cardoza, K. F. (2017). *Nova scientia*. Obtenido de Nova scientia: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052017000200411#B76

Migesa. (2016). *Migesa Microsoft*. Obtenido de Migesa Microsoft: <http://www.migesamicrosoft.com/productividad-vs-eficiencia/>

MinSalud. (2013). *Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia*. Obtenido de Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf>

Nupia, O. (septiembre de 2001). *Desarrollo y Sociedad*. Obtenido de Desarrollo y Sociedad:

<http://www.redalyc.org/html/1691/169118211003/>

o, C. r. (2008). *Calidad en salud en Colombia Calidad en salud*. Santafé de Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

Orozco, A. (2014). *Una aproximación regional a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos*. Cartagena: Banco de la República.

Pinzón, M. (15 de diciembre de 2003). *Departamento Nacional de Planeación de Colombia*.

Obtenido de Departamento Nacional de Planeación de Colombia:

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/245.pdf>

Registraduría Nacional. (s.f.). *Registraduría Nacional del Estado Civil Colombia*. Obtenido de

Registraduría Nacional del Estado Civil Colombia:

http://www.registraduria.gov.co/descargar/clin_hosp.pdf

Rojas, I. (julio-diciembre de 2011). *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe,*

España y Portugal. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina y el

Caribe, España y Portugal: <https://www.redalyc.org/html/311/31121089006/>

Santelices, E. (2013). *Revista Médica de Chile*. Obtenido de Revista Médica de Chile:

<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v141n4/art06.pdf>

Sectorial. (23 de marzo de 2017). *Sectorial*. Obtenido de Sectorial:

<https://www.sectorial.co/articulos-especiales/item/52616-desempe%C3%B1o-y-riesgos-actuales-del-sector-salud-en-colombia>

Sunil Mithas, N. R. (2011). *Singapore Management University*. Obtenido de Singapore Management University:

https://ink.library.smu.edu.sg/cgi/viewcontent.cgi?article=1218&context=sis_research

Toda Colombia. (2015). *Toda Colombia*. Obtenido de Toda Colombia:

<http://www.todacolombia.com/departamentos-de-colombia/boyaca.html>

Toro, J. (2009). *Biblioteca Virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales*. Obtenido de Biblioteca Virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales:

<http://www.eumed.net/libros->

[gratis/2010a/658/TEORIA%20DE%20RECURSOS%20Y%20CAPACIDADES.htm](http://www.eumed.net/libros-gratis/2010a/658/TEORIA%20DE%20RECURSOS%20Y%20CAPACIDADES.htm)

Vásquez, A. D. (2014). *Universidad Autónoma de Bucaramanga*. Obtenido de Universidad Autónoma de Bucaramanga:

http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/3791/1/Evaluacion_conocimiento_personal.pdf

Apéndices

Apéndice A. Encuesta Dirigida a Gerentes de Hospitales Públicos de Norte de Santander, Santander y Boyacá.

Encuesta Dirigida a Gerentes de Hospitales Públicos de los departamentos Norte de Santander, Santander y Boyacá.

Objetivo: Calcular indicadores de eficiencia y productividad de los hospitales públicos de los departamentos de Norte de Santander, Santander y Boyacá en comparación con los de Bogotá DC. En el año 2017 – Maestría en Administración Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña.

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Nivel en el que se encuentra el Hospital	
2	Población estimada en el área de influencia del hospital para el año 2017	
3	Número de médicos del hospital para el año 2017	
4	Número de médicos especialista en el hospital para el año 2017	
5	Numero de enfermeros (a) jefes en el hospital para el año 2017	
6	Valor total de la inversión en tecnología en el hospital para el año 2017	
7	Número de pacientes hospitalizados para el año 2017	
8	Número de reingresos de pacientes en los primeros 20 días posteriores al egreso, para el año 2017	
9	Número total de pacientes que mueren después de 48 horas del ingreso para el año 2017	
10	Número de eventos adversos que se presentaron en el servicio de hospitalización para el año 2017.	
11	Número de casos con infección intrahospitalaria. Para el año 2017	
12	Porcentaje de ocupación durante todo el año.	
13	Número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado.	
14	Total anual de egresos hospitalarios para el año 2017.	
15	Total de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes) para el año 2017.	
16	Total de partos atendidos (cesáreas y naturales) para el año 2017.	
17	Total de consultas de urgencia realizadas para el año 2017.	
18	Total de consultas externas realizadas para el año 2017.	
19	Total de exámenes de laboratorio clínico realizados para el año 2017.	
20	Total de imágenes diagnósticas realizadas para el año 2017.	
21	Total de terapias realizadas para el año 2017.	
22	Promedio anual de camas instaladas para el año 2017.	
23	Cuál es la principal problemática que afrontó la institución en el año 2017	
24	Considera usted que la institución satisface las expectativas de los usuarios en su zona de influencia.	
25	Cuál es la principal fortaleza de la institución en la prestación del servicio.	

Apéndice B. Encuesta Dirigida a Gerentes de Hospitales Públicos de Bogotá (Subredes Sur y Suroccidental)

Encuesta Dirigida a Gerentes de Hospitales Públicos de Bogotá (Subredes Sur y Suroccidental)

Objetivo: Calcular indicadores de eficiencia y productividad de los hospitales públicos de Norte de Santander, Santander y Boyacá en comparación con los de Bogotá DC (Subredes Sur ESE y Suroccidente) En el año 2017 – Maestría en Administración Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña.

No	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Nivel en el que se encuentra el Hospital	
2	Población estimada en el área de influencia del hospital para el año 2017	
3	Número de médicos del hospital para el año 2017	
4	Número de médicos especialista en el hospital para el año 2017	
5	Numero de enfermeros (a) jefes en el hospital para el año 2017	
6	Valor total de la inversión en tecnología en el hospital para el año 2017	
7	Número de pacientes hospitalizados para el año 2017	
8	Número de reingresos de pacientes en los primeros 20 días posteriores al egreso, para el año 2017	
9	Número total de pacientes que mueren después de 48 horas del ingreso para el año 2017	
10	Número de eventos adversos que se presentaron en el servicio de hospitalización para el año 2017.	
11	Número de casos con infección intrahospitalaria. Para el año 2017	
12	Porcentaje de ocupación durante todo el año.	
13	Número de días que en promedio permanece un paciente hospitalizado.	
14	Total anual de egresos hospitalarios para el año 2017.	
15	Total de intervenciones quirúrgicas (electivas y urgentes) para el año 2017.	
16	Total de partos atendidos (cesáreas y naturales) para el año 2017.	
17	Total de consultas de urgencia realizadas para el año 2017.	
18	Total de consultas externas realizadas para el año 2017.	
19	Total de exámenes de laboratorio clínico realizados para el año 2017.	
20	Total de imágenes diagnósticas realizadas para el año 2017.	
21	Total de terapias realizadas para el año 2017.	
22	Promedio anual de camas instaladas para el año 2017.	
23	Cuál es la principal problemática que afrontó la institución en el año 2017	
24	Considera usted que la institución satisface las expectativas de los usuarios en su zona de influencia.	
25	Cuál es la principal fortaleza de la institución en la prestación del servicio.	