

**ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE CALIDAD EXPUESTO
POR LA RESOLUCIÓN 0256 EN EL PERIODO 2016 AL 2022 EN EL HOSPITAL
REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE AGUACHICA, CESAR**

JHONATAN TOBAR BARRAGAN

**UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR SECCIONAL AGUACHICA
PROGRAMA DE ECONOMÍA.
AGUACHICA CESAR**

2023

**ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE CALIDAD EXPUESTO
POR LA RESOLUCIÓN 0256 EN EL PERIODO 2016 AL 2022 EN EL HOSPITAL
REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE AGUACHICA, CESAR**

JHONATAN TOBAR BARRAGAN

Pasantías de grado para optar el título de economista

Asesora

MARITZA HERNÁNDEZ MURCIA

Economista

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR SECCIONAL AGUACHICA

PROGRAMA DE ECONOMÍA.

AGUACHICA CESAR

2023

Nota De Aceptación

Firma del evaluador temático

Firma del evaluador metodológico

Día _____ Mes _____ Año _____

Dedicatoria

Este proyecto de grado está dedicado con profundo agradecimiento a mi familia, y a una persona que ha desempeñado un papel fundamental en mi vida a lo largo de muchos años, por ende, lo considero como mi verdadero padre. Su apoyo inquebrantable ha sido la fuerza que me ha impulsado a salir adelante y nunca darme por vencido, permitiéndome alcanzar y cumplir con cada uno de mis objetivos a lo largo de mi carrera como profesional en Economía, la influencia y amor que me han brindado cada uno con invaluable. Por lo tanto, dedico mis logros a él, mi familia y a todas las personas que hicieron parte de esta hermosa profesión.

Jhonatan Tobar Barragan

Agradecimiento

Agradezco primeramente a Dios por haberme brindado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplos de superación, humildad y sacrificio para superar cada uno de los obstáculos que enfrente a lo largo de mi carrera como profesional para así poder lograr la culminación de mi carrera.

Jhonatan Tobar Barragan

Resumen Ejecutivo

El Hospital Regional José David Padilla Villafañe E.S.E (HRJDPV) enfrenta un desafío al realizar un análisis conforme a los indicadores de calidad establecidos en la Resolución 0256 del 2016. Por lo tanto, el presente proyecto se ha diseñado considerando el cálculo e interpretación de los indicadores de calidad específicos para cada especialidad médica, así como la evaluación de la satisfacción global de los usuarios de IPS y aquellos que recomendarían los servicios de la entidad, para llevar a cabo este análisis, se ha dividido los períodos comprendidos entre 2016 al 2024 de la siguiente manera: los años 2016 a 2019 se asignarán al gerente que prestó sus servicios durante ese período, mientras que los años 2020 a 2024 se asignarán al actualmente gerente en funciones. No obstante, es importante tener en cuenta que el año actual aún no ha concluido, por lo que la recopilación de datos será hasta el año 2022.

Este enfoque permitirá evaluar la evolución de los indicadores de calidad y la satisfacción de usuarios a lo largo del tiempo, tomando en consideración la gestión de ambos gerentes en diferentes periodos. Con ello, se espera obtener una visión completa y precisa de la situación y el progreso del HRJDPV.

Palabras Claves: Análisis, Auditorias, Indicadores, Informes, interpretación de indicadores, Variación.

Executive Summary

The José David Padilla Villafañe Regional Hospital (HRJDPV) faces a challenge when carrying out an analysis in accordance with the quality indicators established in Resolution 0256 of 2016. Therefore, this project has been designed considering the calculation and interpretation of the specific quality indicators for each medical specialty, as well as the evaluation of the overall satisfaction of IPS users and those who would recommend the entity's services, to carry out this analysis, the periods between 2016 to 2024 have been divided as follows: Years 2016 to 2019 will be assigned to the manager who served during that period, while years 2020 to 2024 will be assigned to the currently acting manager. However, it is important to keep in mind that the current year has not yet concluded, so data collection will continue until 2022.

This approach will allow the evolution of quality indicators and user satisfaction to be evaluated over time, taking into consideration the management of both managers in different periods. With this, it is expected to obtain a complete and accurate view of the situation and progress of the HRJDPV.

Keywords: Analysis, Audits, Indicators, Interpretation de indicators, Variation.

GLOSARIO

Auditoria en Salud: Se basa principalmente en los procesos de monitoreo e inspecciones realizadas por expertos, los cuales, determinan si las instalaciones y trabajadores cuentan con los estándares apropiados de calidad, educación continua, responsabilidad profesional y finalmente el peritaje médico legal. Maira, R. (2022).

Calidad En Salud: Es la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficio, riesgo y costos con el fin de lograr la satisfacción de cada uno de los usuarios, de este modo la generación, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en las atenciones de salubridad y bienestar de la población serán el factor fundamental para la evaluación de dicho termino (Kerguelén, A. 2015).

Cancelación De Procedimientos Quirúrgicos Programados: Repercute negativamente en los pacientes afectados; ya sea en trastorno social, económico y de salud, y también en el conjunto de la población atendida al reducir la efectividad y eficiencia de su sistema sanitario. Fraile, J. R. R. (2009).

Cirugías Programadas: Hace referencia en donde el cirujano establece las indicaciones de la cirugía en un paciente y la prioridad con que el procedimiento se debe realizar, planificando así el tiempo suficiente para considerar los riesgos y los beneficios, esta cirugía se programa también en base a varios criterios como; si va a ser ambulatoria o con hospitalización, el posible tiempo de recuperación o la disponibilidad del cirujano o equipo médico. Caro, S. E. (2020).

Costos: Los costos pueden ser directos e indirectos en dependencia de la forma de medición y control de los recursos, así un costo indirecto para un proceso productivo puede ser considerado

directo en otro y viceversa. Fariñas, A. G., Araujo, M. M., López, G. J., González, A. M. G., Crespo, L. H., y Jiménez, A. R. (2016).

Glosa: Se trata de una irregularidad que puede incidir, tanto parcial como totalmente, en el monto de la factura correspondiente a la provisión de servicios de salud. Esta situación es detectada por la entidad encargada de los pagos durante la evaluación completa y debe ser abordada para su Resolución por parte del prestador de servicios de salud, de conformidad con las disposiciones establecidas en la Resolución N.º 3047-(2008) y la Resolución N.º 416-(2009).

Indicadores de Salud: Son indicadores que permiten cuantificar y evaluar diferentes aspectos del estado de salud de una población. Estos indicadores funcionan como resúmenes que recopilan información relevante sobre diversos atributos y dimensiones del estado de salud, así como el funcionamiento del sistema de salud. Al combinar estos dos componentes, es posible representar la situación sanitaria actual de una población, lo que facilita las comparaciones y la medición de cambios a lo largo del tiempo mediante el seguimiento de indicadores (Lengerich, E. J. 2004).

Indicador: En el caso de P3.3, nos referimos al tiempo promedio de espera para obtener una cita en Medicina Interna. Este cálculo implica la suma de dos variables clave. La primera variable, denotada como v1, comprende la diferencia en días calendario entre la fecha en que se otorgó la cita de Medicina Interna por primera vez y la fecha en la que el usuario solicitó esa cita. La segunda variable, llamada v2, representa el número total de citas asignadas para Medicina Interna en primera instancia, con su unidad de medida expresada en días.

Es importante destacar que, de ahora en adelante, las referencias a v1 y v2 seguirán siendo las mismas, con la única diferencia siendo la especialidad médica, según lo indicado en los estándares de calidad establecidos en la Resolución 0256 del 2016.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN.....	15
2.1 Información básica de la empresa	15
2.2 Objeto de la institución	17
2.3 Principios Corporativos.....	17
2.4 Forma jurídica	18
2.5 Tamaño de personal asistencial de trabajadores.....	18
2.6 Ámbito de operación	21
2.7 Composición de capital	22
2.8 Misión.....	23
2.9 Visión	23
2.10 Políticas de la institución.....	24
2.11 Valores	26
3. ÁREA ESPECÍFICA DEL DESARROLLO DEL ESTUDIO	29
4. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA TÉCNICO	31
5. OBJETIVOS.....	33
5.1 Objetivo General	33
5.1.2 Objetivos Específicos.....	33
6. JUSTIFICACIÓN.....	34

7.	SOLUCIÓN AL PROBLEMA TÉCNICO	36
	Objetivo 1: Calcular los indicadores de calidad para los años 2016 - 2022 de acuerdo con la metodología expuesta por la Resolución 0256 del 2016, para el Hospital Regional José David Padilla Villafañe.	36
	Objetivo 2: Describir el umbral de aceptación por indicador para los años 2016 - 2022 de acuerdo con la metodología expuesta por la Resolución 0256 del 2016, para el Hospital Regional José David Padilla Villafañe.	61
	Objetivo 3: Identificar la estacionalidad de los indicadores de calidad expuestos.	66
	7.3 Análisis del resultado de la prueba de Dickey-Fuller Aumentada para n_mean :	67
	7.4 Análisis del resultado de la prueba de Dickey-Fuller Aumentada para d_mean :	69
8.	PRESENTACIÓN DE ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.	71
	8.1 Presentación del cronograma de actividades.....	71
	8.2 Descripción del desarrollo de actividades conforme a lo tiempos establecidos.	72
	8.2.1. Organización de documentos:	72
	8.2.3 Modificación y actualización de indicadores:	72
	8.2.4 Elaboración de actas e informes de los comités:	73
	8.2.5 Elaboración del formato de inducción:	73
	8.2.6 Elaboración de informes:	73
	8.2.7 Tareas diversas de oficina:	74
9.	LECCIONES APRENDIDAS.	75
10.	PRESUPUESTO PARA DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORA	76

11.	CONCLUSIONES	77
12.	RECOMENDACIONES.....	79
13.	APÉNDICE.....	80
	APÉNDICE 1. Tablero De Indicadores De Calidad HRJDPV	80
		80
	APÉNDICE 2. Pagina SISPRO Página para Validar Indicador 0256 HRJDPV	81
	APÉNDICE 3. Página Genesis de la EPS CAJACOPI donde se debe de cargar el indicador 1552 del 2013	81
	APÉNDICE 4. Pagina Iris de la EPS ASMET SALUD donde se debe cargar el indicador 1552 del 2013.	82
	APÉNDICE 5. Software del HRJDPV denominado (DINAMICA).....	82
	APÉNDICE 6. Ubicación donde se realizaron las practicas.	83
	APÉNDICE 7. Carta de aprobación de evaluadores del proyecto de pasantías.....	84
	APÉNDICE 9. Porcentaje de plagio.	86
	APÉNDICE 8. Registro en el CVLAC	86
		87
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

1. INTRODUCCIÓN

Los indicadores de calidad en salud son herramientas de medición utilizados para describir y comprender la calidad de los servicios de salud prestados por una entidad. Así mismo, proporcionan información relevante sobre los diferentes aspectos y dimensiones del estado de salud de una población específica. Al formular dichos indicadores, se obtienen beneficios significativos para la gestión, debido a que permite identificar las deficiencias que habita dentro y fuera de la entidad, lo que a su vez ayuda a tomar decisiones contundentes para llevar a cabo mejoras en la atención del paciente.

Por lo tanto, es necesario llevar a cabo un análisis exhaustivo en los indicadores de calidad establecidos por la Resolución 0256 de 2016, la cual, fue remplazada posteriormente por la Resolución 1446 de 2006. Quien es la que regula el sistema de información y medición de la calidad de los servicios en salud. En contexto, para este proyecto de grado se llevará a cabo una comparación entre el desempeño del gerente actual y el gerente del período anterior del HRJDPV de Aguachica, Cesar, debido a que, hasta la fecha, no se ha determinado un análisis adecuado en el que se identifiquen las deficiencias que se han presentado durante el mandato de cada gerente.

Este proyecto se divide en seis capítulos. El primer capítulo introduce la importancia de analizar los indicadores de calidad en una entidad, en este caso, el HRJDPV. El segundo capítulo proporciona información sobre la organización en la que se lleva a cabo la intervención, incluyendo su ubicación, representante legal, actividad económica, objeto, forma jurídica, tamaño, ámbito de operación y estructura de capital. El tercer capítulo describe el área específica de desarrollo de la práctica. El cuarto capítulo detalla la ejecución del proyecto, que implica recopilar información actual del hospital para realizar el respectivo análisis. El quinto capítulo aborda el

contexto geográfico y temporal del problema a resolver y define términos técnicos relacionados con el sector. Por último, el sexto capítulo establece y describe en detalle los objetivos a abordar.

La meta fundamental de este proyecto es establecer una base sólida que permita a la entidad generar análisis para la toma de decisiones basadas en los indicadores de calidad, con el propósito de poder mejorar la adherencia de los servicios proporcionados a cada paciente.

2. IDENTIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

2.1 Información básica de la empresa

El Hospital Regional José David Padilla Villafañe E.S.E (HRJDPV) es una entidad de salud pública de segundo nivel de atención, ubicada en la Calle 5 # 30 A-56 en el municipio de Aguachica, Cesar, brinda servicios de alta y mediana complejidad a toda la región sur del Cesar y sur de Bolívar e área de influencia, trabajando continuamente en procesos de calidad y seguridad del paciente para lograr la satisfacción de sus clientes.

El hospital se encuentra habilitado en el REPS¹ con el código de habilitación 20011057201, y trabajo constantemente para cumplir con los estándares de calidad más altos que garanticen un servicio oportuno en beneficio de la calidad de vida de nuestros usuarios.

Dispone de diversos mecanismos de comunicación, como páginas web, redes sociales (Facebook e Instagram) por lo cual nuestros usuarios puedan obtener más información y estar en contacto con la institución.

El HRJDPV ofrece los servicios de consulta externa de medicina especializada, atención de urgencias y hospitalización de 24 horas, atención de urgencias ginecobstetricias las 24 horas, cirugías de urgencia y ambulatorias especializadas, así como servicios de diagnóstico y terapias complementarias y servicios de transporte asistencial básico y medicalizado.

¹ (REPS): Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud; Es una herramienta fundamental en el ámbito de la salud en varios países, especialmente en América Latina, como Colombia. Este registro tiene como objetivo principal la inscripción y habilitación de entidades y profesionales que prestan servicios de salud, asegurando que cumplan con los estándares de calidad y normativas establecidos por las autoridades de salud. El REPS es una garantía de que los servicios de atención médica brindados a la población se realizan de manera segura, efectiva y ética. Algunas de las funciones más destacadas del REPS incluyen: 1. ****Registro y Habilitación****: Los prestadores de servicios de salud, como hospitales, clínicas, consultorios médicos y profesionales de la salud, deben registrarse en el REPS y obtener la habilitación correspondiente para operar legalmente. Esto implica una revisión exhaustiva de sus instalaciones, personal, equipos y capacidad para brindar atención médica de calidad.

Para el Hospital Regional, es de suma importancia trabajar en la mejora continua de la atención, con el objetivo de expandirse a nivel local, departamental y regional, brindando un cuidado humano, ético y de calidad, con un personal capacitado y comprometido.

En la actualidad, el Hospital Regional está bajo la dirección de Juan Carlos Quiñonez Rincón, un destacado administrador de empresas con raíces en el municipio de Aguachica. Quiñonez Rincón cuenta con una especialización en finanzas y una sólida experiencia laboral que abarca 2 años en el sector público y 7 años en el ámbito privado.

A lo largo de su carrera, ha ocupado puestos clave, incluyendo el de subgerente administrativo y financiero, jefe de recursos humanos y director del Instituto Municipal de Deporte, Recreación y Cultura de Aguachica. Además, ha desempeñado un papel activo como miembro de la junta directiva del Hospital Local del municipio. Su vasta experiencia y su compromiso hacen de él un líder destacado en el Hospital Regional

La actividad económica principal del HRJDPV es la hospitalización, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes internos, en total conformidad con la clasificación CCB (2023, cód. 8610).



Nota: Hospital Regional de Aguachica, Cesar

2.2 Objeto de la institución

El HRJDPV es una entidad encargada de la prestación de los servicios de salud, entendido este como un servicio público a cargo del Estado y como parte integral del Sistema de Seguridad Social en Salud presta los servicios correspondientes al Plan Obligatorio de Salud - POS y los demás servicios incluidos y no incluidos en los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la capacidad resolutive y el registro de habilitación.

Igualmente puede actuar como centro de investigación, adiestramiento y formación del personal requerido por el sector salud, para lo cual coordinará sus acciones con otras entidades públicas o privadas.

2.3 Principios Corporativos

Para cumplir con su objeto, el HRJDPV Empresa Social del Estado asumirá como principios básicos la eficiencia, calidad y equidad:

- **La Eficiencia:** Definida como la mejor utilización de los recursos humanos, tecnológicos, materiales y financieros, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población usuaria.
- **La Calidad:** Relacionada con la atención efectiva, oportuna, segura, personalizada, humanizada y continua de acuerdo con los estándares aceptados sobre los procedimientos científicos, técnicos, administrativos y mediante la utilización de tecnología apropiada, de acuerdo con los requerimientos del servicio de salud que ofrece y las normas vigentes sobre la materia.
- **La Equidad:** Entendida como la atención de los usuarios, en la medida de las necesidades particulares de salud, de las disposiciones legales que rigen la Seguridad Social en Salud y

de los recursos institucionales, sin que medie otro criterio que condicione la atención o discrimine la población y el compromiso social.

2.4 Forma jurídica

El HRJDPV es una institución pública de segundo nivel de atención del orden departamental. De conformidad con lo dispuesto (Decreto 1876, 1994, art. 01) la Ordenanza No. 053 de noviembre 02 de 1995, por otra parte, el HRJDPV es una entidad pública de categoría especial, descentralizada del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en la (Ley 100, 1993), (Decreto 1876, 1994), (Ley 1122, 2007), (Ley 1438, 2011), en el derecho privado en lo que se refiere a contratación.

De igual forma, fue transformado en Empresa Social del Estado por medio de la (Ordenanza 050, 1994) emanada de la Honorable Asamblea Departamental del Cesar, modificado a su vez por la (Ordenanza 053, 1995), mediante la cual se le denominó HRJDPV E.S.E.

2.5 Tamaño de personal asistencial de trabajadores

El HRJDPV emplea un total de 480 trabajadores en diversos servicios que se prestan, quienes están distribuidos en las siguientes áreas:

Tabla 1.

Talento humano por área de asistenciales profesionales de la salud.

ÁREA	SERVICIO	PERFIL	TOTAL
Asistencial Profesionales De La Salud	Asistencial	Especialistas	38
	Asistencial	Médico General	41
	Asistencial	Enfermera jefa	29
	Cirugía	Instrumentador Quirúrgico	11
	Laboratorio Clínico	Bacterióloga -Microbióloga	12
	Auditoría	Auditor Médico - Cuentas	1
	Calidad	Gestor de Calidad	1
	Servicio Farmacéutico	Químico Farmacéutico	1
	Nutrición	Nutricionista	1
	Fisioterapia	Fisioterapeuta	10
	SIAU	Psicóloga	2
TOTAL			147

Nota: Oficina Gestión Humana

Tabla 2.

Talento humano por área de médicos especialistas.

ÁREA	SERVICIO	PERFIL	TOTAL
Médicos Especialistas	Hospitalización, Cirugía, Urgencias y Consulta Externa	Anestesiólogos	3
		Cirujanos	4
		Ginecólogos	9
		Internistas	6

		Cardiología	1
		Pediatrías	5
		Radiólogos	3
		Psiquiatras	2
		Ortopedistas	4
		Urólogo	1
TOTAL			38

Nota: Oficina Gestión Humana

Tabla 3.

Talento humano por área de misional auxiliares, técnicos y tecnólogos asistenciales.

ÁREA	SERVICIO	PERFIL	TOTAL
Misional Auxiliares,	Asistencial	Auxiliar Área Salud	129
Técnicos Y	Asistencial	Camillero	5
Tecnólogos	Servicio Farmacéutico	Regentes de Farmacia	8
Asistenciales	Imagenología	Tecnólogos de Rayos x	4
TOTAL			155

Nota: Oficina Gestión Humana

Tabla 4.

Talento humano por área de profesionales administrativos o de apoyo.

ÁREA	SERVICIOS	TOTAL
Profesionales Administrativos O De Apoyo	Profesionales Administrativos	26
	Auxiliares y Técnicos	54
	Administrativos	
	Servicios Generales	53

	Vigilancia o Seguridad	16
TOTAL		149

Nota: Oficina Gestión Humana

2.6 Ámbito de operación

El HRJDPV tiene como área de influencia la región sur del departamento del Cesar. Gracias a su ubicación estratégica, también presta servicios de salud a las comunidades del sur de Bolívar, el sur de Magdalena y parte del norte de Santander. La población atendida en su mayoría proviene de los municipios circundantes, siendo un público objetivo que alcanza aproximadamente los 500.000 habitantes.

Tabla 5.

Población de influencia.

BOLÍVAR		CESAR	
MUNICIPIOS	TOTAL	MUNICIPIO	TOTAL
Santa Rosa Del Sur	34.568	Aguachica	118.652
San Pablo	28.741	San Alberto	28.453
Tiquisio	19.034	Curumaní	39.667
Monte cristo	17.604	San Martín	28.769
Morales	23.348	Pelaya	22.291
Simití	19.143	Pailitas	19.705
Arenal	7.775	Gamarra	15.864
Rio Viejo	10.736	Rio De Oro	17.793
San Martín De Loba	14.897	Tamalameque	16.189
Regidor	7.227	La Gloria	18.448

Norosí	9.953	González	4.568
TOTAL	193.026	TOTAL	330.399
Total, de la Población	523.425		

Nota: Oficina Gestión Humana

2.7 Composición de capital

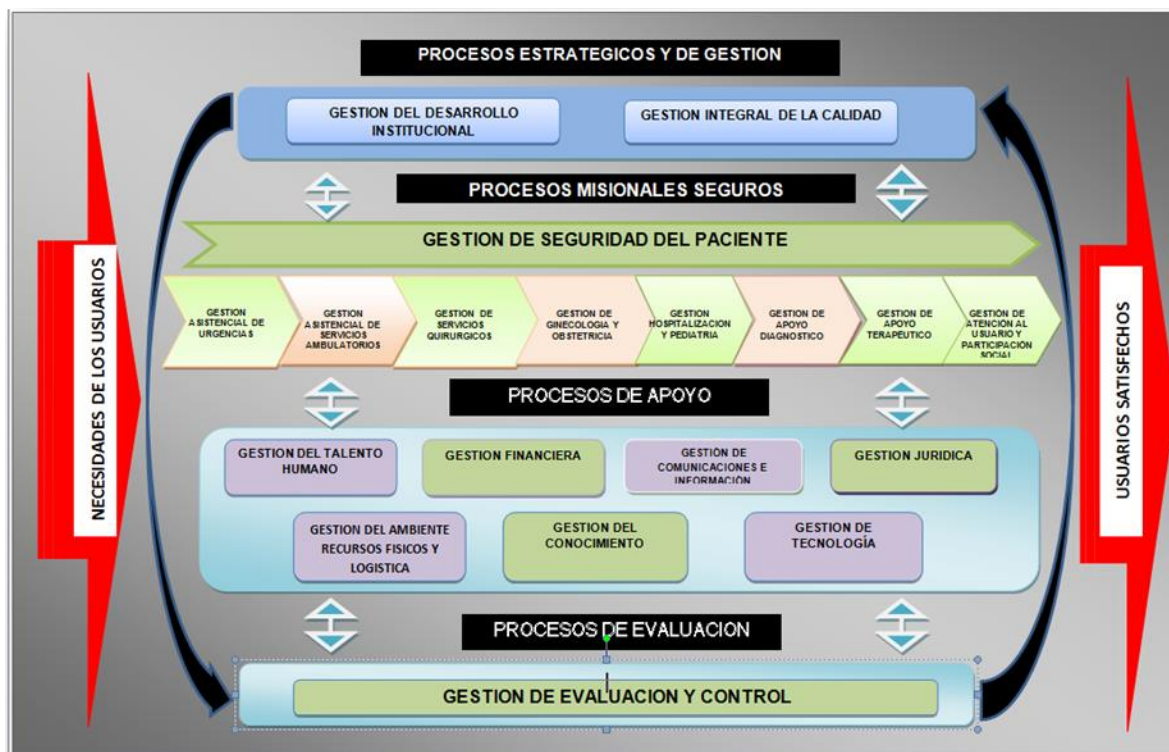
La composición del capital de un hospital público en Colombia puede variar dependiendo de la entidad específica y su estructura de financiamiento. Sin embargo, en general, los hospitales públicos en Colombia obtienen su capital de las siguientes Notas:

Recursos del Estado: Los hospitales públicos reciben financiamiento del gobierno a través de presupuestos asignados por entidades de salud a nivel nacional, departamental o local. Estos recursos provienen de impuestos y otros ingresos públicos.

Recursos propios: Algunos hospitales públicos generan ingresos por servicios de salud que ofrecen a los usuarios, como consultas médicas, cirugías, hospitalización, entre otros. Estos ingresos pueden contribuir a su capital y a su sostenibilidad financiera.

Otras Notas de recursos en que los hospitales públicos pueden obtener capital a través de diversas Notas. Por un lado, la cooperación internacional desempeña un papel importante, ya que organismos internacionales, fundaciones y programas de cooperación brindan apoyo financiero para fortalecer la infraestructura y la prestación de servicios de salud. Además, los hospitales públicos pueden recibir donaciones y recursos provenientes de acuerdos de colaboración con entidades privadas, universidades y otras organizaciones, lo cual contribuye a su capital y permite mejorar tanto las instalaciones como los servicios que ofrecen.

Figura 2. Mapa de procesos.



Nota: Oficina Gestión Humana

2.8 Misión

Nuestro compromiso es la excelencia en la prestación de servicios de salud a todos los habitantes de la región, participando en el progreso social, científico, económico y docente asistencial de la misma, generando satisfacción a nuestros clientes internos y externos con tecnología de punta y talento humano altamente calificado (HRJDPV, 2020).

2.9 Visión

En el 2026 seremos reconocidos a nivel departamental y nacional por la excelencia en la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, apoyados en un talento humano calificado y comprometido con la atención humanizada y segura, moderna infraestructura y

tecnología, con políticas de responsabilidad social fundamentadas en un enfoque de gestión sostenible garantizando la satisfacción de nuestros usuarios del Sur del Cesar y su área de influencia (HRJDPV, 2020).

2.10 Políticas de la institución

El HRJDPV cuenta con políticas independientes en cada una de las actividades que se ejercen en el campo de la salud en donde se tiene en cuenta las siguientes políticas extraídas de la página web (HRJDPV, 2020).

Política de Calidad: Esta política implica la adhesión y compromiso de un Talento Humano altamente competente y comprometido, manteniendo una relación responsable con la conservación sostenible del medio ambiente.

Plan anticorrupción: Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti-trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

Manual de políticas seguridad de la información: El HRJDPV se compromete a otorgar los recursos necesarios para garantizar los tres (3) pilares fundamentales de la Seguridad como son la disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos institucionales, la estrategia y misión de la entidad.

Manual de procesos: Fortalecer a la cultura del Autocontrol y del Sistema de Calidad de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control del HRJDPV, Empresa Social del Estado, con el fin de que se tenga una herramienta de trabajo que contribuya al

cumplimiento eficaz y eficiente de la misión y objetivos institucionales bajo el enfoque de la atención segura en salud.

Manual de cobro coactivo: El procedimiento Administrativo Coactivo es un procedimiento especial contenido en los artículos 823 y siguientes del Estatuto Tributario Nacional, por medio del cual las Entidades deben hacer efectivos directamente los créditos fiscales a su favor, a través de sus propias dependencias y/o funcionarios y sin necesidad de acudir a la justicia ordinaria.

Manual de funciones: El Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales, es una herramienta técnica y procedimental necesaria para la administración del talento humano vinculado a cada uno de los cargos por grupos ocupacionales de la Empresa Social del Estado HRJDPV.

Manual de elaboración de documento: Este manual aplica a todos los documentos generados en los procesos, subproceso y procedimientos del HRJDPV y los criterios deben ser aplicados por todas las dependencias que hacen parte del Hospital, así como por los responsables de actualizaciones y elaboración de documentos de los sistemas de gestión.

Manual de identidad e imagen visual corporativa: Se establecen las pautas de construcción y aplicación de logo, los colores institucionales, el uso de las tipografías y los usos indebidos del mismo. Al manual se le debe dar la importancia y aplicación necesaria, ya que será herramienta que permitirá darle un valor significativo y reflejar la filosofía de la empresa interna y externamente.

2.11 Valores

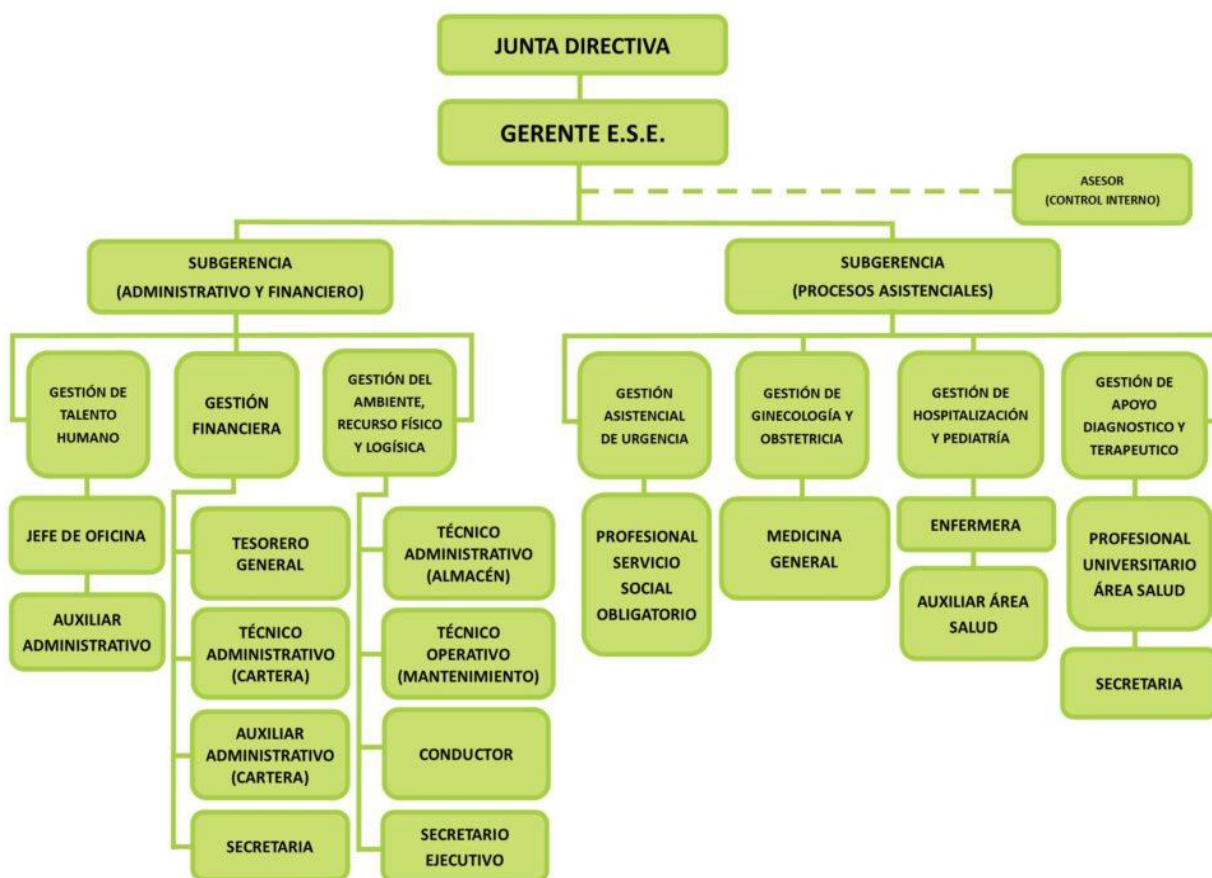
Los autores Valbuena, M., Morillo, R., y Salas, D. (2006), señalan que los valores de una empresa abarcan el estilo de vida, la personalidad y el comportamiento de los individuos en su entorno social y laboral. Además, estos autores sugieren que, con el pasar de los tiempos, han surgido diferentes enfoques y decisiones, mediante los cuales cada organización establece sus propios valores que reflejan la ética de sus empleados.

En este sentido, HRJDPV, ha definido valores específicos para cada una de las actividades relacionadas con la atención médica, como se describe en la página web del (HRJDPV, 2020). Donde estos valores se convierten en un reflejo de la ética y el compromiso de los trabajadores del hospital en el desempeño de sus funciones en el campo de la salud.

- **Responsabilidad:** Los funcionarios del HRJDPV; deben caracterizarse por cumplir sus funciones y prestar los servicios asignados oportunamente con los recursos propios del cargo que desempeña.
- **Compromiso:** Los funcionarios asumen cada una de sus obligaciones tanto en sus aciertos como en sus fallas, buscando el mejoramiento continuo y la calidad en los servicios prestados.
- **Honestidad:** Los funcionarios se comportan y expresan con coherencia y sinceridad, respetando la verdad y justicia en cada una de sus actuaciones.
- **Solidaridad:** Trabajamos en pro de la igualdad, fraternidad, ayuda mutua y la practicamos sin distinción de credo, sexo, raza, nacionalidad o afiliación política, cuya finalidad es el ser humano necesitado.

- **Confianza:** Actuamos adecuadamente, generando seguridad en el deber ser y el hacer que garantizan el cumplimiento de nuestra misión.
- **Transparencia:** Los funcionarios del HRJDPV, Empresa Social del Estado se caracterizan por prestar los servicios acordes a su competencia, de manera clara, ética y moral en cada uno de sus procesos liderados, los cuales se reflejarán en la calidad de la atención brindada.
- **Respeto:** Los trabajadores del HRJDPV, Empresa Social del Estado se caracterizan por prestar sus servicios basados en la dignificación del ser humano, la preservación de la vida, la tolerancia y convivencia pacífica en toda la región.
- **Prudencia:** Nuestros funcionarios estarán dispuestos a reflexionar y considerar los efectos que pueden ocasionar sus palabras y acciones, dando como resultado el actuar correcto en cualquier circunstancia.
- **Pertenencia:** Nuestros funcionarios inician sus labores con sentido de pertenencia que permita mantener la cohesión humana. Con amor por su trabajo, que además de ser una bendición, es un privilegio hacer parte de esta entidad, participando en las actividades que permitan generar una sinergia, fortaleciendo el sentimiento de que todos somos uno.
- **Creatividad:** Nuestro entorno de trabajo es emocionalmente positivo. Innovamos permanentemente de la tal forma que cada una de las áreas funcionales están motivadas a propiciar cambios en el diseño de nuestros servicios.

Figura 2. Estructura organizacional.



Nota: Oficina Gestión Humana

3. ÁREA ESPECÍFICA DEL DESARROLLO DEL ESTUDIO

La pasantía se desarrolla en el área de Calidad del HRJDPV, bajo la supervisión de la Doctora Luxana Royero Meza, una especialista altamente cualificada que ejerce el rol de asesora de calidad. Su principal responsabilidad es asegurar el cumplimiento de las normativas, decretos y Resoluciones establecidos por el Ministerio de Salud, con el propósito de garantizar el funcionamiento eficiente de la institución.

La Oficina de Calidad tiene la responsabilidad de organizar y codificar todos los documentos, como formatos, protocolos, procedimientos e indicadores de calidad, que demuestran la implementación de los procesos de lineamiento en el mapa de procesos institucional. De esta manera, lidera la gestión integral de calidad y supervisa la actualización de la documentación en todas las áreas y oficinas, con un enfoque especial en el área asistencial.

El Hospital Regional de Aguachica, Cesar se rige por diferentes normativas que son lideradas por la oficina de calidad, estas normativas son:

- Decreto 1011/2006 - Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS): Este decreto busca mejorar los resultados de la atención en salud, centrándose en el usuario. Va más allá de la verificación de la estructura y la documentación de procesos, ya que se enfoca en alcanzar resultados concretos.
- Resolución 3100/2019 - Habilitación: Esta Resolución establece los procedimientos y condiciones para la inscripción de los prestadores y habilitación de los servicios de salud. Además, adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación del mismo como parte integral de dicha normativa.

- Resolución 5095/2018 - Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario:
Este manual establece los estándares para la acreditación en salud. Cada estándar debe ser evaluado durante el proceso de autoevaluación y debe ser acordado previamente con el ente acreditador.

4. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA TÉCNICO

El área de calidad del HRJDPV actualmente enfrenta un desafío de considerable importancia relacionado con el análisis de los indicadores de calidad. Estos indicadores son críticos para evaluar con precisión la ejecución y el desarrollo de la prestación de servicios de salud bajo la dirección de cada gerente, quienes asumen el control durante un período de cuatro años como lo estipula la ley.

Por lo tanto, esta problemática surge debido a la ausencia de un análisis que permita determinar la eficiencia en los indicadores de calidad, lo cual podría traer consecuencias negativas para dicha entidad. De igual forma, la falta de un análisis dificulta la comprensión del comportamiento en torno a la calidad de las atenciones que son brindadas a cada persona que busca de los servicios de salud en la entidad prestadora.

De igual modo, la falta de un conocimiento claro y preciso al momento de llevar a cabo el análisis de los indicadores de calidad antes de ser cargados a la PLATAFORMA PISIS se convierte en un obstáculo, lo que resulta crucial para demostrar a cada uno de los jefes de área cuál fue su desempeño durante el trimestre, tal como lo establece la Resolución 0256 de 2016, donde el Ministerio de Salud identifica las áreas en que se han registrado mejoras y en cuáles persisten deficiencias durante la prestación de servicios bajo la dirección de cada gerente.

Por ende, es fundamental que el HRJDPV implemente un análisis respectivo para cada uno de los indicadores de calidad presentados cada trimestre al Ministerio de Salud, en el que abarque las falencias que se han obtenido, para que con la ayuda de los jefes de área se pueda llegar a una solución a dicho problema, y consigo mismo, analizar regularmente los resultados obtenidos para identificar áreas de mejora y optimización.

Además, contar con un análisis respectivo en el indicador de calidad durante los últimos periodos que determinar la eficiencia en que los gerentes han prestado sus servicios durante cuatro años, así como lo estipula el Concepto 094241 art. 20, (2022), es de esta forma, en la que el hospital regional tenga una breve comparación de la ejecución del gerente vigente con el gerente pasado. Es de este modo en que se determinaría que mejoras ha presentado y en que se han encontrado falencias.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Analizar el comportamiento de los indicadores de calidad expuesto por la Resolución 0256 del 2016 concorde al gerente vigente y el gerente del periodo pasado.

5.1.2 Objetivos Específicos

- Calcular los indicadores de calidad para los años 2016 - 2022 de acuerdo con la metodología expuesta por la Resolución 0256 del 2016, para el Hospital Regional José David Padilla Villafañe.
- Describir el umbral de aceptación por indicador para los años 2016 - 2022 de acuerdo con la metodología expuesta por la Resolución 0256 del 2016, para el Hospital Regional José David Padilla Villafañe.
- Identificar la estacionalidad de los indicadores de calidad expuestos.

6. JUSTIFICACIÓN

La justificación de este proyecto de grado se sustenta en diversas dimensiones que abordan su relevancia teórica, práctica, metodológica y social, a continuación, describe cada una de ellas de forma narrativa.

Este proyecto de grado se sustenta en una base teórica sólida relacionada con la gestión de la calidad en instituciones de salud. Como lo son; el Modelo de Donabedian y las prácticas de mejora continua, que hace referencia en que evaluar los indicadores de calidad son esenciales para garantizar la eficiencia y eficacia de los servicios de salud. Además, la necesidad de analizar un indicador específico, en este caso, el 0256 del 2016, responde a la importancia de medir y controlar los aspectos claves de la atención médica

De igual forma, desde una perspectiva práctica, en la que se radica la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud dentro del HRJDPV en que se determina que la falta de un análisis exhaustivo previo del indicador de calidad expuesto, ha impedido en la identificación y corrección de deficiencias que se presentan en áreas críticas de atención médica. Lo que quiere decir que la práctica se basada en evidencias que requiere de una evaluación continua y una mejora de los procesos de atención al paciente. Lo que se espera lograr que este proyecto permita que la institución aborde problemas prácticos para así poder mejorar la atención a sus usuarios.

Por otra parte, este proyecto se basa en la recopilación y análisis de datos cuantitativos y cualitativos. En la que se emplearán técnicas estadísticas y de evaluación comparativa para determinar cómo ha evolucionado el indicador 0256 a lo largo del tiempo. Esto incluye la comparación de los desempeños de los últimos dos gerentes que han prestado sus servicios a la entidad. Además, se contará con la participación de la asesora de calidad, para así poder garantizar

un enfoque colaborativo y estratégico para la toma de decisiones de mejora de los indicadores de calidad.

Finalmente, este proyecto beneficiará, en primera instancia al HRJDPV, ya que le permitirá identificar las deficiencias en la prestación de servicios de cada área que impacta negativamente en el indicador de calidad, esto impulsará la necesidad de convocar a los jefes de las áreas correspondiente para implementar planes de mejora para abordar cada una de las deficiencias que presentes en la institución.

En segunda instancia, se encuentra la comunidad quien es la que recibe o solicita de los servicios del hospital, una vez que los encargados implementen mejoras para abordar las deficiencias identificadas, la calidad de atención médica mejorará considerablemente para cada usuario. Lo que conllevará a una mayor seguridad y confianza al adquirir cualquier tipo de servicio de atención médica, fortaleciendo la relación entre el hospital y la comunidad a la hora de satisfacer sus necesidades en el ámbito de salud.

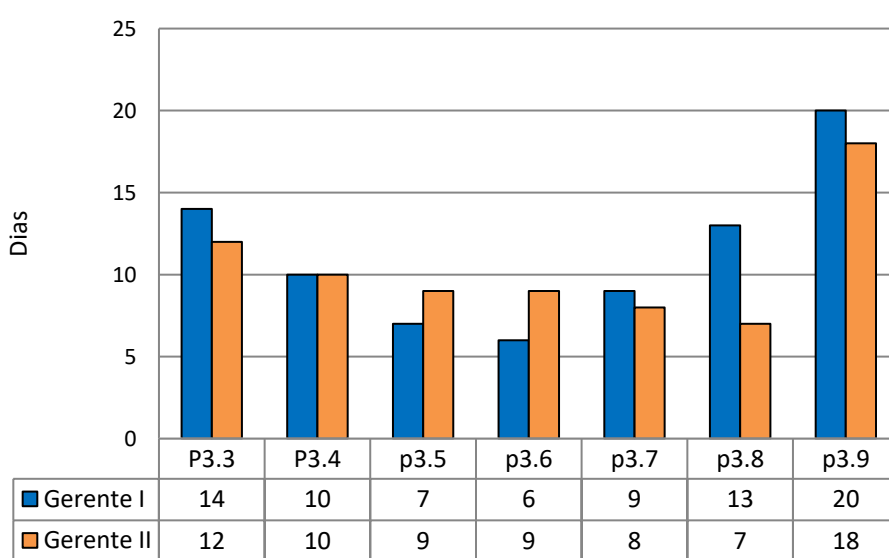
Por ende, este proyecto busca abordar la problemática que se evidencia en el HRJDPV el cual, se centra en llevar a cabo un análisis detallado del indicador de calidad 0256, en comparación con el desempeño del gerente actual y del período pasado. Este análisis tiene como objetivo identificar las deficiencias en los servicios y colaborar en el diseño de estrategias de mejora en conjunto con los responsables de áreas específicas.

7. SOLUCIÓN AL PROBLEMA TÉCNICO

Objetivo 1: Calcular los indicadores de calidad para los años 2016 - 2022 de acuerdo con la metodología expuesta por la Resolución 0256 del 2016, para el Hospital Regional José David Padilla Villafañe.

Figura 1.

Indicadores de Calidad del 1 Gerente y 2 Gerente - Año Informado 2016-2022



Nota: Figura de elaboración propia con información del HRJDV

Es importante tener en cuenta que los promedios obtenidos para cada una de las citas asignadas en el HRJDPV, equivale a la “oportunidad,” la cual es determinada por el día en que el usuario sugiere la cita, menos el día en el que el hospital la asigna. Teniendo como resultado un promedio que excede a la duración de un año, por lo tanto, es fundamental considerar que el promedio de oportunidad obtenido, es multiplicado por la cantidad de usuarios quienes requirieron la cita durante todo el periodo que es evaluado.

De igual forma, es de igual importancia recalcar que “**P**” hace referencia a cada uno de los ítems que evalúan la experiencia de la atención de citas; es decir:

P3.3: Es el tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna.

P3.4: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.

P3.5: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología.

P3.6: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.

P3.7: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General.

P3.8: Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía:

P3.9: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Triage II en el servicio de urgencias

P3.10: Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS

P3.11: Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo

De acuerdo a estos ítems expuestos se llevarán a cabo el respectivo cálculo de los indicadores de calidad.

Entonces para el desarrollo de los indicadores “**P**” se hace bajo la siguiente operación

$$P = \sum_{2016}^{2022} v1 + \sum_{2016}^{2022} v2 \rightarrow \frac{\sum v1}{\sum v2} = P_{dias}$$

(1)

La anterior información se suministra en la siguiente tabla:

Tabla 1.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina interna.

Variable	2016	2017	2018	2019	Var P.	Suma	P3. 3
V1	61833	55945	45407	72909	10,74%	236094	14
V2	4267	4145	3543	4946	7,41%	16901	
	2020	2021	2022	2023		Suma	P3. 3
V1	15926	23212	30585	N/A	38,76%	69723	12
V2	1466	2579	2530	N/A	37,01%	6575	

Nota: Cuadro de elaboración propia con información del HRJDV

V1 representa la suma de las diferencias en días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó. Esta variable refleja el tiempo promedio de espera que experimentan los pacientes entre solicitar una cita y obtener una fecha asignada para Medicina Interna.

El tiempo promedio de espera varía a lo largo de los años. En 2016, el promedio de espera es de 61833 días, disminuye en 2017 a 55945 días, luego a 45407 días en 2018, y aumenta en 2019 a 72909 días. Los años 2020, 2021 y 2022 presentan reducciones en el tiempo promedio de espera, con valores de 15926, 23212 y 30585 días, respectivamente.

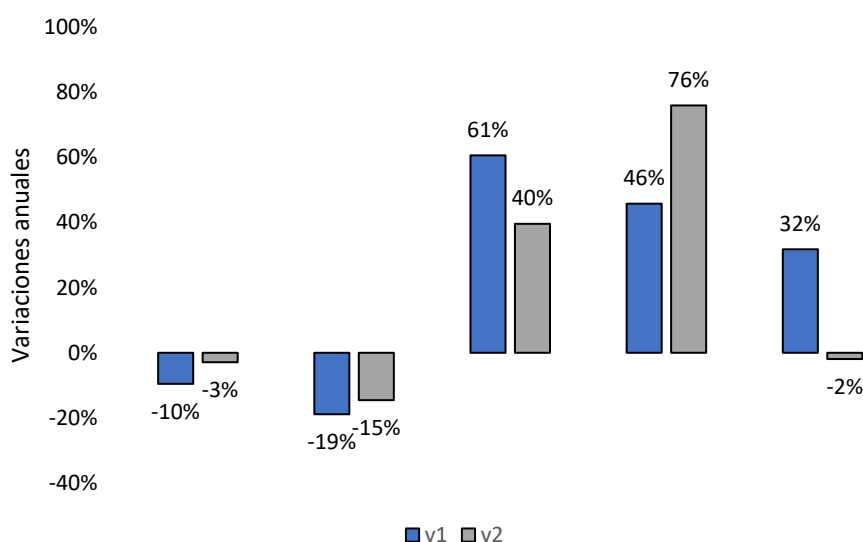
V2 representa el número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas. Esta variable refleja la cantidad de citas que se han asignado en cada año. Los números totales de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas varían de año en año. En 2016, se asignaron 4267

citas, aumentan a 4145 en 2017, disminuyen a 3543 en 2018 y vuelven a aumentar a 4946 en 2019. En 2020, 2021 y 2022, se asignaron 1466, 2579 y 2530 citas, respectivamente.

El consciente de la sumatoria de v1 y v2 para el primer periodo da 14 días, y para el segundo periodo es de 12 días. Lo cual está dentro del umbral permitido de menor o igual a 15 días.

Figura 1.1

Variaciones anuales, Medicina interna. Año Informado 2016-2022



Nota: Figura de elaboración propia con información del HRJDV

Antes de estos aumentos, los porcentajes de cambio en los años anteriores (2016 a 2019) son más bajos, con valores entre el 7,41% y el 10,74%. Este análisis sugiere que ha habido cambios significativos en el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Medicina Interna a lo largo de los años. Las mejoras notables en los años 2020, 2021 y 2022 pueden indicar que se implementaron medidas para agilizar el proceso de asignación de citas. Finalmente, este indicador de calidad en los dos periodos de medición muestra un valor dentro de lo aceptable, puesto que el umbral máximo es de 15 días calendario.

Tabla 2.*Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría*

Variable	2016	2017	2018	2019	Var P.	Suma	P3.4
V1	34188	33422	11555	22989	10,43%	102154	10
V2	2760	2480	1772	2825	6,91%	9837	
	2020	2021	2022	2023	Var P.	Suma	P3.4
V1	5295	11817	23802	N/A	112,30%	40914	10
V2	728	1459	2431	N/A	83,52%	4618	

Nota: Cuadro de elaboración propia con información del HRJDV

V1 en esta tabla representa la suma de las diferencias en días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó. Esto refleja el tiempo promedio de espera que experimentan los pacientes entre solicitar una cita y recibir una cita asignada para el servicio de Pediatría.

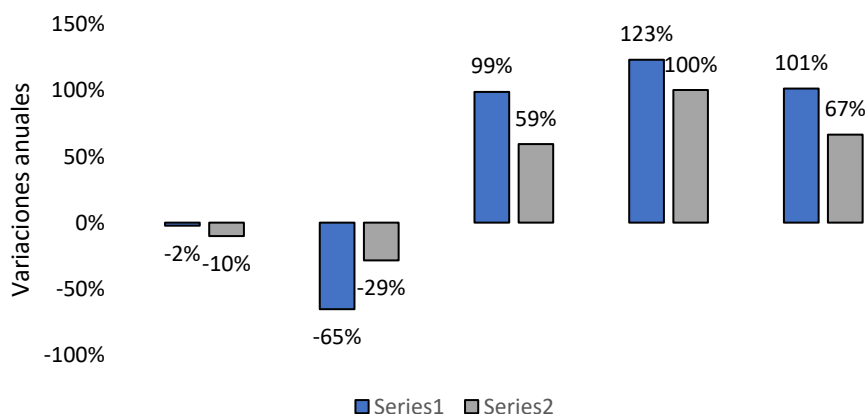
El tiempo promedio de espera en Pediatría varía durante los años. En 2016, el promedio de espera es de 34188 días, disminuye en 2017 a 33422 días, luego disminuye nuevamente a 11555 días en 2018, y aumenta en 2019 a 22989 días. Los años 2020, 2021 y 2022 experimentan incrementos significativos en el tiempo promedio de espera, con valores de 5295, 11817 y 23802 días respectivamente.

V2 en esta tabla representa el número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas. Esto refleja la cantidad de citas que se han asignado en cada año. La cantidad total de citas de Pediatría de primera vez asignadas varía de año en año. En 2016, se asignaron 2760 citas, aumentan a 2480 en 2017, disminuyen a 1772 en 2018 y vuelven a aumentar a 2825 en 2019. En 2020, 2021 y 2022, se asignaron 728, 1459 y 2431 citas, respectivamente.

El consciente de la sumatoria de v1 y v2 para el primer periodo da 10 días, y para el segundo periodo es de 10 días. Lo cual está fuera del umbral permitido de menor o igual a 5 días.

Figura 1.2

Variaciones anuales, Pediatría. Año Informado 2016-2022



Nota: Figura de elaboración propia con información del HRJDV

Al igual que en el análisis anterior, esta tabla muestra cambios significativos en el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Pediatría a lo largo de los años. Las mejoras en los años 2018 y 2022 parecen haber resultado en reducciones notables en el tiempo de espera, mientras que los aumentos drásticos en los años 2020 y 2021 podrían requerir una mayor exploración para comprender las razones detrás de estos cambios.

Tabla 3.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología

Variable	2016	2017	2018	2019	Suma	P3.5
V1	32976	21867	13993	32805	101641	7
V2	4360	2957	2714	4417	14448	

	2020	2021	2022	2023	Suma	P3.5
V1	16393	21330	22603	N/A	60326	9
V2	2119	2932	2626	N/A	7677	

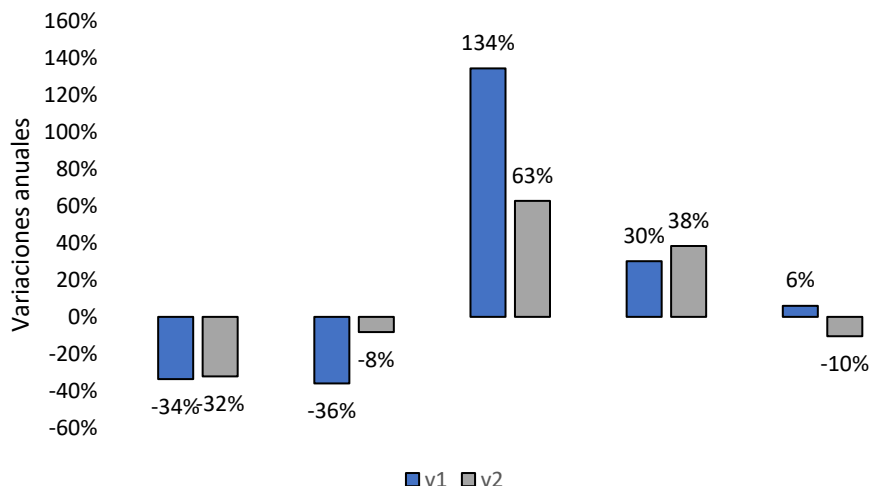
Nota: Cuadro de elaboración propia con información del HRJDV

La tabla muestra el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Ginecología a lo largo de varios años. Los valores se calculan utilizando dos variables clave: V1 (la suma de las diferencias de días calendario entre la fecha de asignación de la cita y la fecha en que se solicitó) y V2 (el número total de citas asignadas). La variable P3.5 se calcula dividiendo V1 entre V2, lo que proporciona una medida del tiempo promedio de espera en días por cita asignada. El umbral máximo aceptado de espera es de 8 días.

En los primeros años (2016 y 2017), el tiempo promedio de espera se mantuvo en alrededor de 7 días, lo que estaba dentro del umbral máximo aceptado de 8 días. En 2018, hubo una mejora significativa, con el tiempo promedio de espera disminuyendo a 5 días, indicando una mayor eficiencia en la asignación de citas. Sin embargo, en los años posteriores (2019, 2020 y 2021), el tiempo promedio de espera comenzó a aumentar y superar el umbral máximo. Esto podría sugerir un aumento en la demanda de citas, problemas en la gestión de citas o en los procedimientos de asignación.

Figura 1.3

Variaciones anuales, Ginecología. Año Informado 2016-2022



Nota: Cuadro de elaboración propia con información del HRJDV

V1 Variaciones Anuales:

Hubo una tendencia a la disminución en el tiempo de espera acumulado (V1) durante los primeros dos años (2016 a 2017) con una disminución de -34% y luego una disminución adicional de -36%. Esto sugiere una mejora en la eficiencia de asignación de citas durante este período.

A partir de 2018, se observaron aumentos significativos en el tiempo de espera acumulado. El aumento más dramático fue en 2019, con un incremento del 134%. Esto indica que los pacientes experimentaron un tiempo de espera acumulado mucho mayor en 2019 en comparación con el año base 2017. En 2020 y 2021, los aumentos en el tiempo de espera acumulado fueron más moderados, con un aumento del 30% en 2020 y un aumento del 6% en 2021 en comparación con 2017. Estos aumentos más pequeños podrían indicar un intento de controlar la tendencia de aumento.

V2 Variaciones Anuales:

Los primeros dos años (2016 a 2017) mostraron disminuciones significativas en la asignación de citas (V2) con una disminución del 32% y luego una disminución del 8%. Esto podría haber contribuido a la mejora en el tiempo de espera acumulado durante ese período.

A partir de 2018, se observaron aumentos notables en la asignación de citas, con un aumento del 63% en 2019 y un aumento del 38% en 2020 en comparación con 2017. Estos aumentos indican una respuesta a una mayor demanda de servicios. En 2021, hubo una disminución del 10% en la asignación de citas en comparación con 2017. Esto podría indicar un ajuste para alinear la asignación con la demanda real o factores operativos.

Tabla 4.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia

Variable	2016	2017	2018	2019	Suma	P3.6
V1	16538	21702	10400	9671	58311	6
V2	2563	2755	2182	1732	9232	
	2020	2021	2022	2023	Suma	P3.6
V1	16393	21330	22603	N/A	60326	9
V2	2119	2932	2626	N/A	7677	

Nota: Cuadro de elaboración propia con información del HRJDV

En la tabla sobre el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Obstetricia (P3.6), se observan fluctuaciones en el tiempo de espera a lo largo de varios años. Considerando el umbral máximo aceptado de 5 días de espera.

En los primeros años (2016 y 2017), el tiempo promedio de espera se mantuvo en alrededor de 6 días, lo que se mantuvo dentro del umbral máximo aceptado de 5 días. Esto sugiere que,

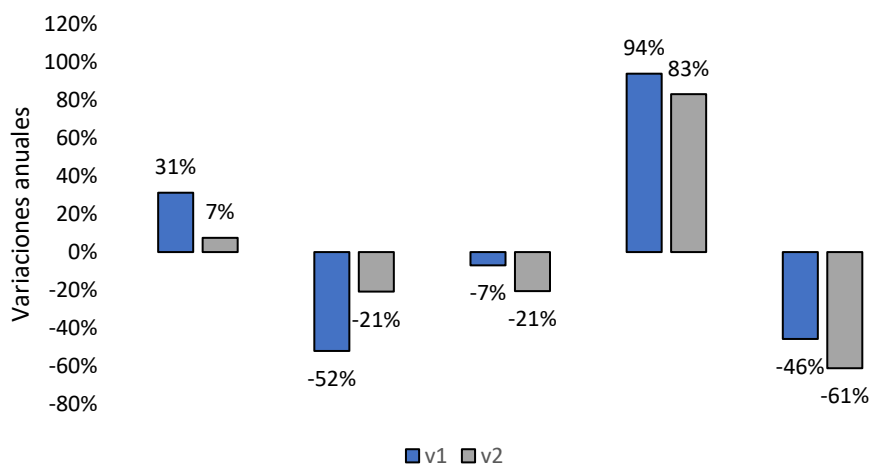
durante este período, los pacientes experimentaron un tiempo de espera razonable para la asignación de citas de Obstetricia de primera vez.

En 2018, hubo una mejora significativa en la eficiencia de la asignación de citas. El tiempo promedio de espera disminuyó a 4 días, lo que indica una mayor eficacia en el proceso de programación. Esta mejora es positiva, ya que logró mantener el tiempo de espera por debajo del umbral máximo aceptado.

Sin embargo, en los años posteriores (2019, 2020 y 2021), el tiempo promedio de espera comenzó a aumentar y superar el umbral máximo de 5 días. En 2019, el tiempo de espera promedio aumentó a 3 días, y en los años siguientes, 2020 y 2021, aumentó aún más a 5 días y 9 días, respectivamente. Estos aumentos en el tiempo de espera podrían indicar un aumento en la demanda de citas, problemas en la gestión de citas o en los procedimientos de asignación.

Figura 1.4

Variaciones anuales, Obstetricia. Año Informado 2016-2022



Nota: Cuadro de elaboración propia con información del HRJDV

V1 Variaciones Anuales:

Durante el periodo analizado, el tiempo de espera acumulado (V1) experimentó cambios significativos de un año a otro. Estas variaciones en el tiempo de espera pueden haber sido influenciadas por factores tales como la demanda de servicios, la eficiencia de los procesos de asignación de citas y la capacidad operativa.

En 2017, se observó un aumento del 31% en el tiempo de espera acumulado con respecto a 2016. Esto podría sugerir un incremento en la demanda de citas o posiblemente desafíos en la asignación de citas eficiente.

En 2018, hubo una disminución significativa del 52% en el tiempo de espera acumulado en comparación con 2017. Esta mejora puede reflejar esfuerzos exitosos para optimizar los procesos de asignación. Sin embargo, en 2019, a pesar de la disminución del 7%, el tiempo de espera acumulado seguía siendo menor que en años anteriores. Esta tendencia puede deberse a la continua atención a la eficiencia en la asignación de citas.

En 2020, se experimentó un aumento drástico del 94% en el tiempo de espera acumulado en comparación con 2019. Este aumento puede indicar desafíos en la gestión de la demanda o factores externos que afectaron los tiempos de espera. En 2021, hubo una disminución significativa del 46% en el tiempo de espera acumulado en comparación con 2020.

V2 Variaciones Anuales:

En 2017, hubo un aumento del 7% en el número total de citas asignadas con respecto a 2016. Esto podría ser una respuesta a la creciente demanda. En 2018 y 2019, se observaron disminuciones del 21% en el número total de citas asignadas, lo que puede indicar una adaptación a la demanda fluctuante o cambios en los procedimientos de asignación.

En 2020, se experimentó un aumento significativo del 83% en el número total de citas asignadas en comparación con 2019. Esta cifra puede estar relacionada con un incremento repentino en la demanda o con estrategias para aumentar la capacidad de atención. En 2021, hubo una disminución drástica del 61% en el número total de citas asignadas en comparación con 2020. Esto podría sugerir una adaptación a la demanda o cambios en los procedimientos.

Tabla 5.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía general

Variable	2016	2017	2018	2019	Suma	P3.7
V1	30570	20801	25325	68097	144793	9
V2	3929	3165	3978	5239	16311	
	2020	2021	2022	2023	Suma	P3.7
V1	24761	37118	29928	N/A	91807	8
V2	2213	3514	3673	N/A	9400	

Nota: Cuadro de elaboración propia con información del HRJDV

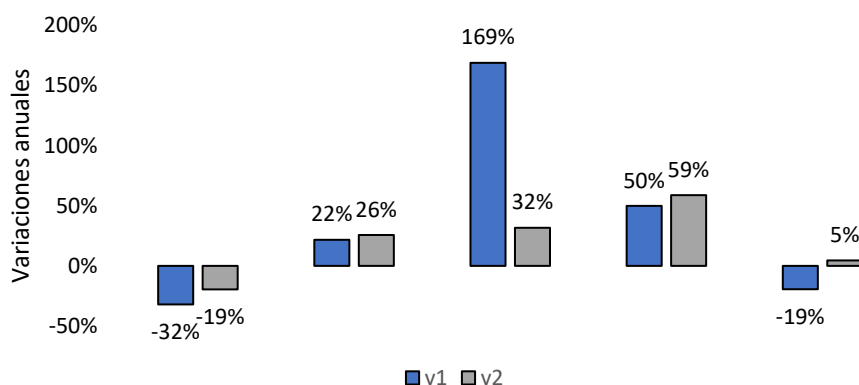
La tabla presenta datos sobre el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Cirugía General de primera vez (P3.7) en varios años. En los primeros años (2016 y 2017), el tiempo promedio de espera se mantuvo en alrededor de 7 días, lo que estaba dentro del umbral máximo aceptado de 20 días. Esto indica que los pacientes experimentaron un tiempo de espera razonable durante este período.

En 2018, hubo una mejora significativa en la eficiencia de la asignación de citas. El tiempo promedio de espera disminuyó a 5 días, lo que señala una mayor eficacia en la programación de citas y una respuesta más rápida a las necesidades de los pacientes.

Sin embargo, en los años posteriores (2019, 2020 y 2021), el tiempo promedio de espera comenzó a aumentar y superar el umbral máximo de 20 días. En 2019, el tiempo de espera promedio aumentó considerablemente a 34 días, y en los años siguientes, 2020 y 2021, siguió aumentando a 57 días y 46 días, respectivamente. Estos aumentos en el tiempo de espera pueden indicar un aumento en la demanda de citas, problemas en la gestión de citas o en los procedimientos de asignación, lo que resulta en tiempos de espera más largos y potencialmente insatisfactorios para los pacientes.

Figura 1.5

Variaciones anuales, Cirugía general. Año Informado 2016-2022



Nota: Cuadro de elaboración propia con información del HRJDV

V1 Variaciones Anuales:

Durante el período analizado, el tiempo de espera acumulado (V1) experimentó cambios notables de un año a otro. Estas variaciones reflejan fluctuaciones en los tiempos de espera experimentados por los pacientes para la asignación de citas de Cirugía General de primera vez. Se observó una disminución de 32% en V1 del 2016 a 2017, indicando una reducción en el tiempo de espera acumulado durante ese año.

En 2018, hubo un aumento del 22% en V1, lo que sugiere que el tiempo de espera acumulado aumentó en comparación con el año anterior. El aumento drástico del 169% en V1 de 2018 a 2019 es notable. Esto indica un incremento significativo en los tiempos de espera acumulados en 2019 en relación con 2018. Aunque V1 aumentó en un 50% de 2019 a 2020, se produjo una disminución del 19% de 2020 a 2021. Estos cambios reflejan fluctuaciones en la duración de los tiempos de espera a lo largo de estos años.

V2 Variaciones Anuales:

Las variaciones en el número total de citas asignadas (V2) también fueron significativas a lo largo de los años, lo que sugiere cambios en la demanda de servicios y en la asignación de citas. En 2017, se observó una disminución del 19% en V2, indicando una reducción en el número total de citas asignadas en comparación con el año anterior.

En 2018 y 2019, hubo aumentos del 26% y 32% en V2 respectivamente, sugiriendo un aumento en el número total de citas asignadas en esos años. El incremento del 59% en V2 de 2019 a 2020 señala un aumento significativo en la asignación de citas durante ese período. Aunque hubo un aumento del 5% en V2 de 2020 a 2021, esta tasa de aumento fue la más baja en comparación con los años anteriores.

Tabla 6.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ecografía.

Variable	2016	2017	2018	2019	Suma	P3.8
V1	106824	56544	36220	61250	260838	13
V2	4977	3435	4242	7959	20613	
	2020	2021	2022	2023	Suma	P3.8

V1	27883	46845	28315	N/A	103043	7
V2	3917	6710	4256	N/A	14883	

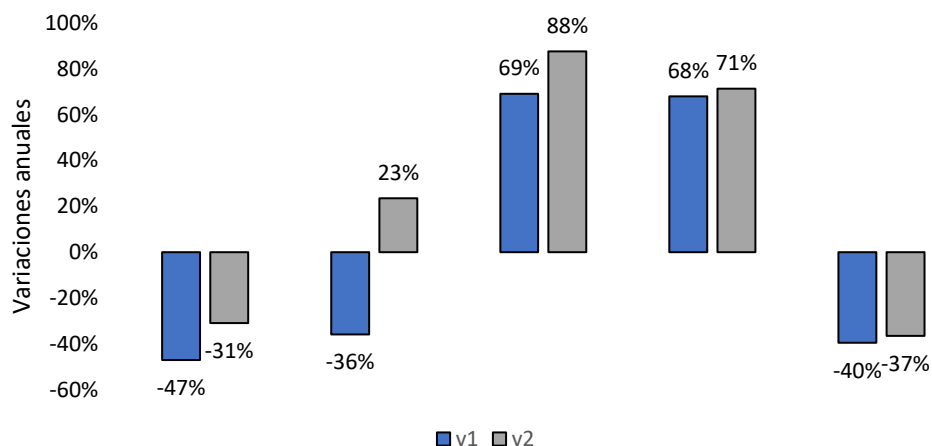
Nota: Cuadro de elaboración propia con información del HRJDV

La tabla presenta datos sobre el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Ecografía en varios años. Considerando el umbral máximo aceptado de 8 días de espera, el análisis es el siguiente:

En los primeros años (2016 y 2017), el tiempo promedio de espera se mantuvo alrededor de 21,365 días, lo que excedió significativamente el umbral máximo aceptado de 8 días. Esto indica que, durante este período, los pacientes experimentaron tiempos de espera sustancialmente más largos de lo que se considera aceptable. En 2018, hubo una mejora significativa en la eficiencia de la asignación de citas. El tiempo promedio de espera disminuyó a 18,110 días, aunque aún estaba por encima del umbral máximo aceptado.

Sin embargo, en los años posteriores (2019, 2020 y 2021), el tiempo promedio de espera continuó superando el umbral máximo de 8 días. En 2019, aumentó a 30,625 días; en 2020, aumentó aún más a 31,090 días; y en 2021, llegó a 46,845 días. Estos aumentos en el tiempo de espera indican que los pacientes enfrentaron esperas más largas que el umbral máximo establecido, lo que podría tener un impacto negativo en su experiencia y satisfacción.

Es esencial investigar las razones detrás de estos aumentos en el tiempo de espera y tomar medidas para abordarlos. Esto podría incluir la revisión de los procesos de asignación de citas, la optimización de los recursos disponibles y la implementación de estrategias para garantizar que los pacientes reciban atención en un tiempo razonable y dentro de los límites aceptados.

Figura 1.6*Variaciones anuales, Ecografía. Año Informado 2016-2022*

Nota: Figura de elaboración propia con información del HRJDV

V1 Variaciones Anuales:

Entre 2016 y 2017, hubo una disminución del 47% en el tiempo de espera acumulado. Esto sugiere una mejora sustancial en la eficiencia de asignación de citas de ecografía en 2017 en comparación con el año anterior.

La disminución continuó de 2017 a 2018 con un 36%, lo que indica una mayor reducción en el tiempo de espera. Sin embargo, se observó un cambio significativo en 2018 a 2019, con un aumento del 69% en el tiempo de espera acumulado. Esto sugiere una demora sustancial en la asignación de citas durante ese período.

La tendencia al alza continuó en 2019 a 2020, con un aumento del 68% en el tiempo de espera acumulado. En 2020 a 2021, se registró una disminución del 40% en el tiempo de espera acumulado, lo que indica una mejora en la eficiencia de asignación de citas nuevamente.

V2 Variaciones Anuales:

En cuanto al número total de citas asignadas, se observó una disminución del 31% de 2016 a 2017, indicando una reducción en la cantidad de citas durante ese año. Esta tendencia cambió de 2017 a 2018, con un aumento del 23% en el número total de citas asignadas.

De manera significativa, de 2018 a 2019, el número total de citas asignadas aumentó en un 88%, lo que refleja un incremento sustancial en la demanda de servicios de ecografía.

La tendencia al alza continuó en 2019 a 2020, con un aumento del 71% en el número total de citas asignadas. Sin embargo, esta tendencia se revirtió en 2020 a 2021, con una disminución del 37% en el número total de citas asignadas.

Tabla 7.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Triage 2 en el servicio de urgencias

Variable	2016	2017	2018	2019	Suma	P3. 9
V1	62687	41009	39792	21206	164694	20
V2	4545	1995	1072	772	8384	
	2020	2021	2022	2023	Suma	P3. 9
V1	6884	8048	16829	N/A	31761	18
V2	301	421	910	N/A	1632	

Nota: Cuadro de elaboración propia con información del HRJDV

La tabla presenta datos sobre el tiempo promedio de espera para la asignación de citas de Triage 2 en el servicio de Urgencias en diferentes años. Considerando el umbral máximo aceptado de entre 20 y 30 minutos de espera, el análisis es el siguiente:

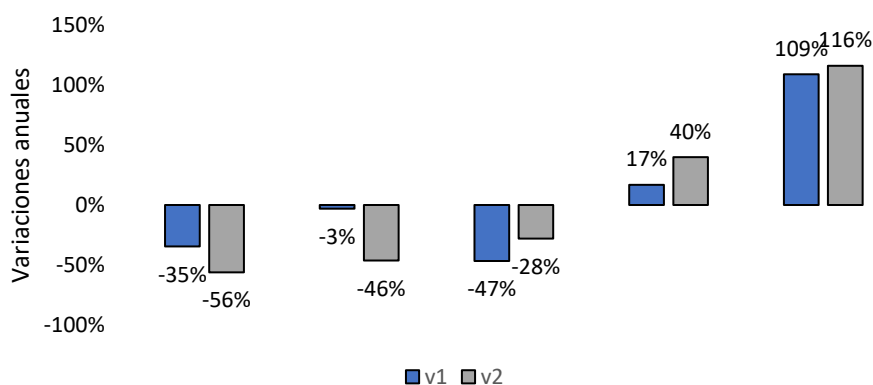
En los primeros años (2016 y 2017), el tiempo promedio de espera se mantuvo constante alrededor de 20 minutos, lo que estaba dentro del umbral máximo aceptado de entre 20 y 30 minutos. Esto sugiere que los pacientes con clasificación Triage 2 fueron atendidos en consulta de Urgencias dentro del tiempo deseado.

En 2018, hubo una ligera disminución en el tiempo promedio de espera a 19 minutos, lo que sigue estando dentro del umbral aceptado. Esta mejora podría indicar una mayor eficiencia en la atención a pacientes con clasificación Triage 2. En 2019, se observa una disminución significativa en el tiempo promedio de espera a 14 minutos, lo que indica una optimización en la asignación y atención de pacientes con prioridad Triage 2.

En 2020, el tiempo promedio de espera se mantuvo en 14 minutos, indicando que la eficiencia en la asignación y atención de pacientes Triage 2 se mantuvo constante durante el año. En 2021, el tiempo promedio de espera aumentó a 18 minutos, pero aún se mantuvo dentro del umbral máximo aceptado de entre 20 y 30 minutos. Aunque hubo un aumento, sigue siendo un tiempo de espera razonable en términos de atención de Urgencias.

Figura 1.7

Variaciones anuales, Triage 2 en el servicio de urgencias. Año Informado 2016-2022



Nota: Figura de elaboración propia con información del HRJDV

V1 (Tiempo Promedio de Espera) Variaciones Anuales:

Entre 2016 y 2017, hubo una notable disminución del 35% en el tiempo de espera acumulado, indicando una mejora en la rapidez de atención de los pacientes clasificados como Triage 2

Aunque en 2018 la disminución fue más moderada (3%), aún se mantenía un esfuerzo por mantener tiempos de espera controlados. El año 2019 mostró un impactante descenso del 47% en el tiempo de espera, demostrando una importante reducción en el tiempo que los pacientes Triage 2 esperaron para ser atendidos.

A pesar de un aumento del 17% en 2020, la atención seguía siendo relativamente ágil. El incremento significativo del 109% en 2021 es una señal preocupante de que los tiempos de espera han aumentado drásticamente en comparación con el año anterior.

V2 (Número de Pacientes Clasificados como Triage 2) Variaciones Anuales:

Durante 2016 a 2017, el número total de pacientes clasificados como Triage 2 disminuyó en un 56%, lo que indica una reducción en la cantidad de casos que requirieron atención urgente de nivel 2.

En 2018, la disminución continuó con un 46%, lo que refleja una disminución en la cantidad de pacientes con necesidades médicas urgentes. Aunque en 2019 el descenso fue del 28%, la cantidad seguía siendo controlada en comparación con años anteriores. El aumento del 40% en 2020 indica un incremento en la cantidad de pacientes clasificados como Triage 2, posiblemente relacionado con la demanda de atención médica urgente.

El impresionante aumento del 116% en 2021 sugiere un incremento significativo en la cantidad de casos que requieren atención urgente en el servicio de Urgencias.

En conjunto, estos cambios indican fluctuaciones notables en la demanda de atención urgente y la eficiencia en la atención en el servicio de Urgencias a lo largo de los años. El aumento drástico en el tiempo de espera y en la cantidad de pacientes clasificados como Triage 2 en 2021 es una señal importante para realizar una revisión detallada de los procesos de atención y recursos disponibles. Es crucial garantizar que los pacientes reciban atención oportuna y de calidad, especialmente en situaciones de urgencia.

Tabla 8.

Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS

Variable	2016	2017	2018	2019	Suma	P3. 10
V1	1794	1881	2023	1841	7539	90,3%
V2	1919	2209	2174	2048	8350	
	2020	2021	2022	2023	Suma	P3. 10
V1	1870	3175	2440	N/A	7485	96,2%
V2	2003	3256	2523	N/A	7782	

Nota: Cuadro de elaboración propia con información del HRJDV

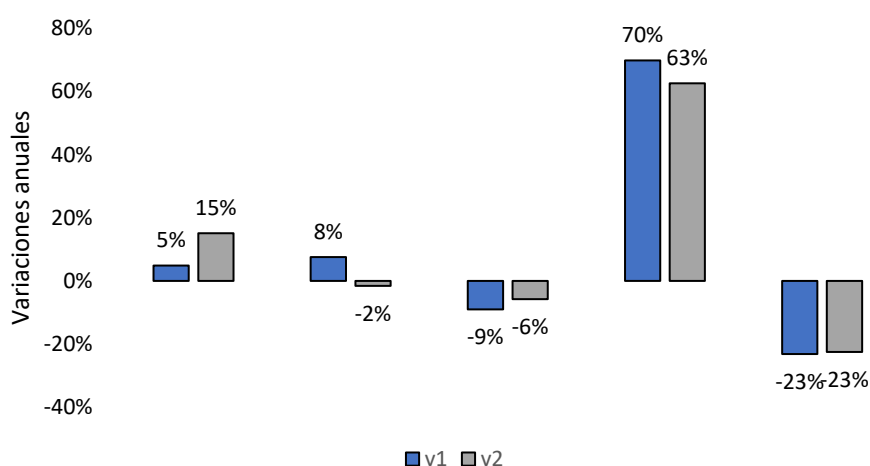
El indicador se calcula dividiendo el número de usuarios que calificaron su experiencia como "muy buena" o "buena" en relación con el servicio, entre el número total de usuarios que respondieron la pregunta. Considerando el umbral máximo deseado de más del 90% de satisfacción, el análisis es el siguiente:

En los primeros años (2016 y 2017), la proporción de usuarios satisfechos superó el umbral deseado, alcanzando un 90,3% y 85,2% respectivamente. Esto indica que la mayoría de los usuarios calificaron positivamente su experiencia global en relación con los servicios de salud que recibieron a través de la IPS. En 2018, la proporción de usuarios satisfechos aumentó aún más, alcanzando el 93,1%. Esta tendencia positiva sugiere que los servicios proporcionados por la IPS continuaron siendo bien recibidos por los usuarios.

A lo largo de 2019, la proporción de satisfacción se mantuvo alta con un 89,9%. Aunque hubo una ligera disminución en comparación con el año anterior, aún se mantuvo por encima del umbral deseado. En 2020 y 2021, la proporción de usuarios satisfechos continuó siendo significativamente alta, alcanzando un 96,2% y 97,6% respectivamente. Estos valores indican que la gran mayoría de los usuarios estaban satisfechos con los servicios de salud proporcionados por la IPS durante estos años.

Figura 1.8

Variaciones anuales, Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS. Año Informado
2016-2022



Nota: Figura de elaboración propia con información del HRJDV

V1 Variaciones Anuales:

A lo largo de los años, se observan fluctuaciones en la proporción de usuarios que califican su experiencia como "muy buena" o "buena" en relación con los servicios de salud proporcionados por la IPS.

En los primeros años (2016 y 2017), hubo un aumento gradual en la proporción de usuarios satisfechos, lo que indica un crecimiento en la percepción positiva de los servicios de salud. En 2018, se mantuvo la tendencia al alza con un aumento adicional en la proporción de usuarios satisfechos. Sin embargo, en 2019, se registró una disminución del 9% en la proporción de usuarios satisfechos, lo que podría reflejar un cambio en la satisfacción de los usuarios en ese año.

En 2020, hubo un aumento drástico del 70% en la proporción de usuarios satisfechos, lo cual es un cambio significativo y podría estar relacionado con mejoras en la calidad de los servicios o con cambios en la percepción de los usuarios. En 2021, se experimentó una disminución del 23% en la proporción de usuarios satisfechos, lo que sugiere un posible retroceso en la satisfacción de los usuarios en comparación con el año anterior.

V2 Variaciones Anuales:

En 2016, se registró un aumento del 15% en el número de usuarios que respondieron la pregunta, lo que podría indicar una mayor participación de los usuarios en la evaluación de sus experiencias. Aunque hubo una ligera disminución del -2% en 2018, esto puede considerarse relativamente estable en comparación con el año anterior.

En 2019, se observó una disminución del -6% en el número de usuarios que respondieron la pregunta, lo cual podría estar relacionado con la participación de un menor número de usuarios en la encuesta.

En 2020, hubo un aumento significativo del 63% en el número de usuarios que respondieron la pregunta, lo cual indica un aumento en la participación de los usuarios en la evaluación de sus experiencias. En 2021, se registró una disminución del -23% en el número de usuarios que respondieron la pregunta, lo que sugiere una disminución en la participación de los usuarios en la encuesta.

Tabla 9.

Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo

Variable	2016	2017	2018	2019	Suma	P3. 11
V1	1852	2011	2025	1954	7842	94%
V2	1909	2209	2174	2048	8340	
	2020	2021	2022	2023	Suma	P3. 11
V1	1958	3219	2469	N/A	7646	98,2%
V2	2003	3256	2524	N/A	7783	

Nota: Cuadro de elaboración propia con información del HRJDV

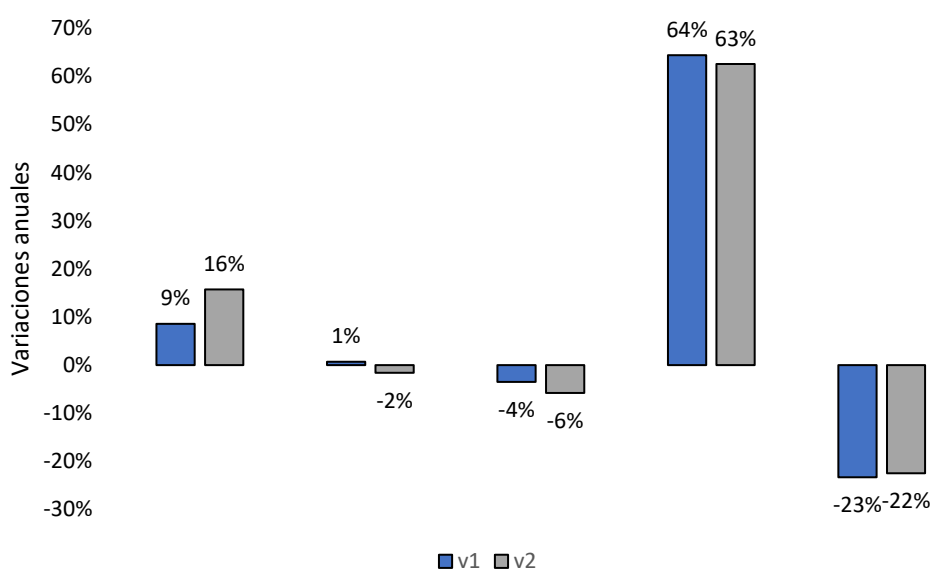
En los primeros años (2016 y 2017), la proporción de usuarios que recomendarían su IPS se mantuvo en niveles elevados, superando el umbral máximo del 90%. Esto indica que una gran mayoría de los usuarios estaban dispuestos a recomendar la IPS a sus familiares y amigos. En 2018, la proporción se mantuvo alta y consistentemente por encima del umbral máximo, lo que señala una tendencia positiva continua en la recomendación de la IPS por parte de los usuarios.

En 2019, aunque la proporción disminuyó ligeramente, siguió estando por encima del umbral máximo del 90%, lo que indica que la mayoría de los usuarios aún expresaron su disposición a recomendar la IPS. En 2020, la proporción de usuarios que recomendarían la IPS aumentó aún más, superando el 98%, lo cual sugiere un nivel muy alto de satisfacción y disposición

a recomendar los servicios de la IPS a sus conocidos. En 2021, esta tendencia positiva se mantuvo, con la proporción de usuarios que recomendarían la IPS superando nuevamente el umbral máximo del 90%.

Figura 1.9

Variaciones anuales, Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo. Año Informado 2016-2022



Nota: Figura de elaboración propia con información del HRJDV

V1 Variaciones Anuales:

En el período analizado, se observan fluctuaciones en la proporción de usuarios que estarían dispuestos a recomendar su IPS a familiares o amigos. En 2017, hubo un aumento del 9% en la proporción de usuarios satisfechos en comparación con el año anterior. Esta tendencia continuó en 2018, con un aumento adicional del 1% en la proporción de usuarios dispuestos a

recomendar la IPS. Sin embargo, en 2019, se registró una disminución del -4% en la proporción de usuarios dispuestos a recomendar la IPS, aunque la disminución fue pequeña.

Un cambio significativo ocurrió en 2020, con un aumento drástico del 64% en la proporción de usuarios que estarían dispuestos a recomendar la IPS a sus familiares o amigos. Este incremento notable puede reflejar mejoras en la calidad de los servicios o en la experiencia general de los usuarios durante ese año. No obstante, en 2021, se produjo una disminución del -23%, lo que indica una reducción significativa en la proporción de usuarios dispuestos a recomendar la IPS.

V2 Variaciones Anuales:

El número total de usuarios que respondieron la pregunta y expresaron su disposición a recomendar la IPS también experimentó cambios a lo largo de los años. Se observó un aumento del 16% en 2017, lo que sugiere un mayor número de usuarios satisfechos que compartieron su experiencia positiva. En 2018, hubo una pequeña disminución del -2% en el número total de usuarios que respondieron la pregunta. Esta tendencia negativa continuó en 2019, con una disminución del -6%.

Sin embargo, en 2020, se registró un aumento notable del 63% en el número total de usuarios que respondieron la pregunta y expresaron su disposición a recomendar la IPS. Esta coincidió con el aumento drástico en la proporción de usuarios satisfechos en ese año. Luego, en 2021, se produjo una disminución del -22% en el número total de usuarios que respondieron la pregunta.

Objetivo 2: Describir el umbral de aceptación por indicador para los años 2016 - 2022 de acuerdo con la metodología expuesta por la Resolución 0256 del 2016, para el Hospital Regional José David Padilla Villafañe.

En el análisis de los tiempos promedio de espera y la satisfacción de los usuarios en diferentes servicios médicos a lo largo de dos periodos (2016-2019 y 2020-2022), se identifican importantes observaciones respecto a la alineación de los datos con los umbrales aceptados. Veamos cómo cada servicio se ha comportado en relación con el umbral aceptado:

Medicina Interna:

El tiempo promedio de espera para la asignación de citas para medicina interna es de 15 días o más, tras un análisis detallado de los datos, se puede observar que, según la tabla 1, en el período de 2016 a 2019, el tiempo promedio de espera se situaba en 14 días, mientras que en los períodos de 2020 a 2022, se ha reducido a 12 días. Este avance se traduce en un mayor nivel de satisfacción por parte de los usuarios que necesitan acceder a este servicio.

Pediatría:

El tiempo promedio de espera para la asignación de cita en Pediatría se ha mantenido constante en 10 días en ambos períodos, según se evidencia en la tabla 2. No obstante, es importante destacar que el umbral aceptado es de máximo 5 días, lo que señala una demora considerable en la asignación de citas, incumpliendo con las expectativas de tiempo de los pacientes.

Ginecología:

De acuerdo con la información proporcionada en la tabla 3, se observa que, en el primer período, el tiempo promedio de espera para la asignación de citas en Ginecología fue de 7 días, mientras que en el segundo período aumentó a 9 días. En ambos casos, se puede evidenciar que se excede el umbral aceptado que es máximo de 8 días. Esto sugiere que los pacientes que buscan citas en el área de Ginecología han experimentado tiempos de espera más prolongados de lo deseado.

Obstetricia:

Según los datos de la tabla 4, el tiempo promedio de espera para la asignación de citas para el servicio de Obstetricia fue de 6 días en el primer período, y se incrementó a 9 días en el segundo período. En ambos casos, se supera el umbral aceptado de 5 días. Este hecho indica que las mujeres embarazadas han experimentado tiempos de espera más largos de lo deseado para acceder a la atención obstétrica requerida.

Cirugía General:

Lo que respecta a la asignación de citas para Cirugía General, el tiempo promedio de espera se mantuvo constante en 9 días durante el primer periodo y se redujo a 8 días en el segundo periodo, de acuerdo a lo reflejado en la tabla 5. No obstante, es relevante mencionar que el umbral aceptado es de hasta 20 días, lo que indica que los tiempos de espera se mantienen dentro de los límites considerados aceptables.

Ecografía:

La tabla 6 revela que el tiempo promedio de espera para la programación de Ecografías fue de 13 días en el primer período, pero disminuyó significativamente a 7 días en el segundo período. Este análisis sugiere que, durante el mandato del primer gerente, los tiempos de espera para las ecografías superaban el umbral establecido, mientras que, en el segundo periodo bajo la gestión del gerente actual, se ha logrado una notable reducción, lo que ha permitido superar dicho umbral y satisfacer de manera más eficaz las necesidades de los pacientes.

Urgencias (Triage 2):

Según la tabla 7, indica que, para el primer periodo, el tiempo promedio de espera en Urgencias fue de 20 minutos, y se redujo a 18 minutos en el segundo periodo. Ambos periodos exceden el umbral aceptado de 20-30 minutos. Esto indica que los pacientes clasificados como Triage 2 han tenido que esperar más tiempo del deseado para recibir atención médica urgente.

Satisfacción Global de Usuarios:

De acuerdo con la información presentada en la tabla 8, la proporción de satisfacción global de los usuarios de la IPS ha experimentado un aumento, pasando del 90.3% al 96.2% en el segundo periodo. Logrando de este modo que ambos periodos, cumplan con el umbral establecido el cual es de >90%, lo que indica una mejora general en la satisfacción de los usuarios con los servicios brindados por la IPS

Recomendación a Familiares o Amigos:

La tabla 9, revela que la tasa de usuarios dispuestos a recomendar su IPS a un familiar o amigo también ha experimentado un aumento que pasa del 94% al 98.2% en el segundo periodo.

Ambos periodos cumplen con el umbral aceptado de $> 90\%$, lo que sugiere una mayor disposición de los usuarios a recomendar la IPS.

La tabla 9, revela que la tasa de usuarios dispuestos a recomendar su IPS a familiares o amigos, ha experimentado un aumento, pasando del 94% al 98.2% para el segundo período. Lo que indica que ambos periodos, cumplen con el umbral aceptado el cual es mayor a 90%, trayendo consigo este incremento mayor seguridad para los pacientes que requieren de sus servicios.

7.2 Descripción general (CG)

El análisis minucioso de los indicadores clave de desempeño en los servicios médicos de la IPS a lo largo de dos periodos diferentes (2016-2019 y 2020-2022) ha permitido identificar patrones y tendencias significativas. Estos resaltan tanto las áreas de éxito como los desafíos a los que la IPS se enfrenta en términos de eficiencia, satisfacción del paciente y calidad de atención.

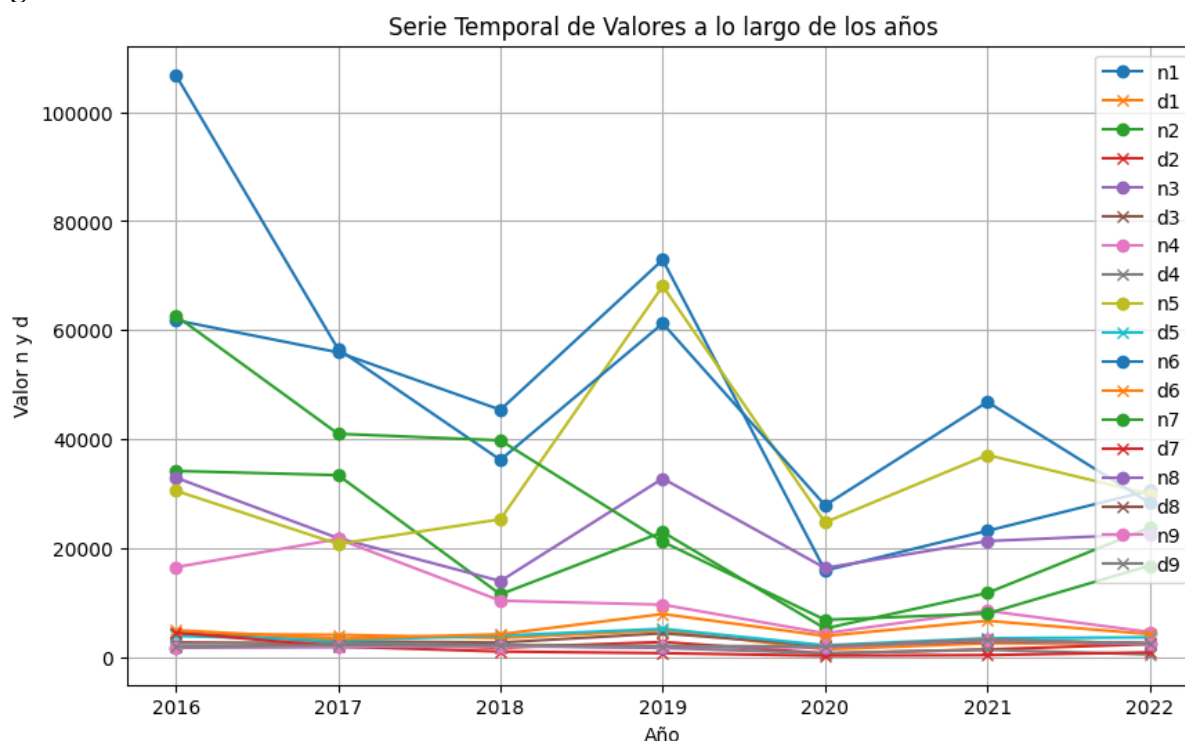
Durante el primer periodo (2016-2019), se observaron mejoras significativas en varios indicadores, como el tiempo promedio de espera para la asignación de citas en (CG), el tiempo de espera para la toma de Ecografías, así como la proporción de satisfacción y recomendación de usuarios. Estos resultados sugieren un enfoque positivo en la optimización de la atención al paciente y una mayor satisfacción general.

Sin embargo, el análisis también reveló ciertos retos. En varios servicios médicos, como Pediatría, Ginecología y Obstetricia, los tiempos promedio de espera superaron los umbrales aceptados, lo que indica la necesidad de mejorar la eficiencia en la asignación de citas y la atención a los pacientes. Además, los tiempos de espera en Urgencias (Triage 2) también superaron los umbrales en ambos periodos, lo que subraya la importancia de garantizar un acceso oportuno a la atención urgente.

En el segundo periodo (2020-2022), se notó una tendencia a la mejora continua en la proporción de satisfacción y recomendación de usuarios, lo que sugiere un enfoque exitoso en la satisfacción del paciente. No obstante, algunos servicios aún enfrentan desafíos en cuanto a los tiempos de espera, lo que puede tener un impacto en la experiencia general del paciente.

Objetivo 3: Identificar la estacionalidad de los indicadores de calidad expuestos.

Figura 2.



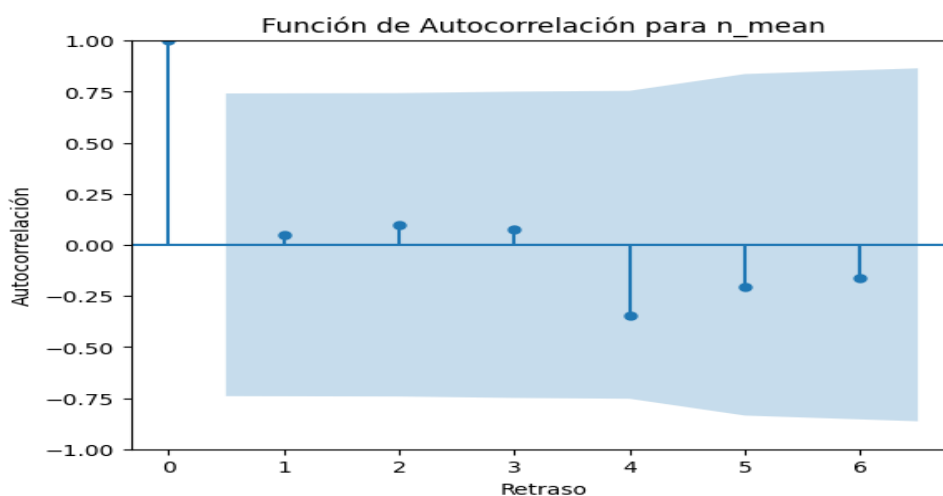
Nota: Figura de elaboración propia en Google Colab.

En esta Figura 2 elaborada en Google Colab, se puede evidenciar que el año con la mayor estacionalidad fue el 2019. Esta estacionalidad se manifiesta claramente a través de patrones distintivos, en los cuales se destacan valores que alcanzaron picos significativos en ciertos meses, contrastando con valles marcados en otros momentos del año,

Lo que hace particularmente notable la estacionalidad en el año 2019 es su marcada diferencia en comparación con otros períodos dentro de la serie temporal analizada. Los valores máximos y mínimos en el año 2019 son considerablemente más extremos que en cualquier otro punto representado en la figura. Esto indica una variación estacional excepcionalmente pronunciada durante ese año en particular, lo que puede tener implicaciones significativas en términos de comprensión de los datos y la toma de decisiones relacionadas con esta serie temporal.

Se profundiza en la investigación de lo ocurrido en el periodo 2019 y se llega a la conclusión de que en ese año se experimentó una clara estacionalidad debido a la alta demanda de servicios prestados por la entidad. Esta demanda estuvo impulsada principalmente por enfermedades crónicas principales como el dengue y el chikunguña. Estas enfermedades fueron la principal razón del colapso del HRJDPV.

Figura 2.1



Nota: Figura de elaboración propia en Google Colab.

7.3 Análisis del resultado de la prueba de Dickey-Fuller Aumentada para n_mean:

Se aplica la prueba a la serie **n_mean**, que es la media de las series de datos **n** a lo largo de los años. Los valores clave en el resultado de la prueba de Dickey-Fuller son los siguientes:

Tabla 11.

Resultados n_mean.

Concepto	Datos
Estadísticas de la prueba	-2.4335414546
Valor p	0.13249246250

Nota: Tabla de elaboración propia.

La estadística de la prueba es -2.4335414546. Si esta estadística es más negativa que los valores críticos, proporciona evidencia en contra de la hipótesis nula de que la serie no es estacionaria. En este caso, la estadística de la prueba es más negativa que los valores críticos. El valor p es 0.13249246250. Un valor p más alto sugiere que no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula. En este caso, el valor p es mayor que 0.05, lo que indica que no tenemos suficiente evidencia para afirmar que la serie es estacionaria.

Tabla 12.

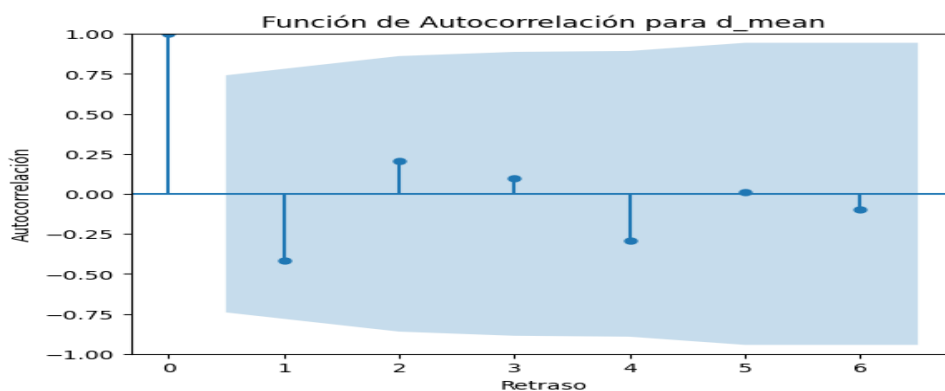
Resultados Valores Críticos n_mean .

Valores críticos	Resultados
1%	-5.354256481
5%	-3.6462381481
10%	-2.901197777

Nota: Tabla de elaboración propia.

En este caso, no hay suficiente evidencia para afirmar que la serie n_mean es estacionaria.

Figura 2.2



Nota: Figura de elaboración propia en Google Colab.

7.4 Análisis del resultado de la prueba de Dickey-Fuller Aumentada para d_mean :

Se aplica la prueba a la serie d_mean , que es la media de las series de datos d a lo largo de los años. Los valores clave en el resultado de la prueba de Dickey-Fuller son los siguientes:

Tabla 13.

Resultados Valores Críticos n_mean .

Concepto	Datos
Estadísticas de la prueba	-3.59513347
Valor p	0.005854749781

Nota: Tabla de elaboración propia.

La estadística de la prueba es -3.59513347. Cuanto más negativo sea este valor, más evidencia tenemos en contra de la hipótesis nula de que la serie no es estacionaria. En este caso, un valor negativo sugiere que la serie es estacionaria. El valor p es 0.005854749781. Es el resultado de la prueba de hipótesis. Un valor p más pequeño sugiere que hay evidencia significativa para rechazar la hipótesis nula. En este caso, con un valor p tan bajo, podemos rechazar la hipótesis nula y afirmar que la serie es estacionaria.

Tabla 14.

Resultados Valores Críticos² d_mean .

Valores críticos	Resultados
1%	-5.354256481

² El resultado para las pruebas de Dickey-Fuller Aumentada tanto para n_mean como para d_mean , los valores críticos son los mismos. Esto se debe a que los valores críticos son independientes de los datos en sí, y solo dependen del nivel de confianza de la prueba.

5%	-3.6462381481
10%	-2.901197777

Nota: Tabla de elaboración propia.

En este caso, la estadística de la prueba está más negativa que los valores críticos, lo que también sugiere que la serie es estacionaria. Por tanto, mientras que la serie d_mean parece ser estacionaria según los resultados de la prueba ADF y su comparación con los valores críticos, la serie n_mean no parece ser estacionaria.

8. PRESENTACIÓN DE ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

8.1 Presentación del cronograma de actividades

ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR	PERIODO 2023																											
	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Z																												
1: Revisar la documentación si cuenta con el logo de la entidad.																												
2: Seleccionar los documentos a partir de 2 años atrás.																												
3: Escanear los documentos escogidos para que reposen en formato magnético y así poder tener una mejor claridad de la ubicación de ellos.																												
II. Modificación y actualizar los indicadores																												
1: Indicador 1552 de 2013																												
2: Indicador 0256 de 2016																												
3: Montar a la plantilla indicadores de calidad mensualizado la información que fue validada en las plataformas.																												
III. Realización de actas e informes de los diferentes comités																												
1: Comité de calidad																												
2: Comité de historia clínica.																												
3: Informe de auditorías del comité																												
IV: Realización del formato de inducción																												
1: Diligenciar formato que se realiza al personal que ingresa a laborar.																												
V: Realizar Informe																												
1: informe análisis brecha de oportunidad asignación citas consulta externa																												
2: Informe del porcentaje de efectividad en el servicio quirúrgico.																												
3: Informe de auditorías internas.																												
VI: Trabajos varios de oficina																												
1: Cartas																												
2: Recolección de firma para reuniones																												
3: Formatos en Excel																												

Nota: Tabla de elaboración propia.

8.2 Descripción del desarrollo de actividades conforme a lo tiempos establecidos.

8.2.1. Organización de documentos:

Se procedió a actualizar los archivos en formato digital, incorporando el nuevo encabezado institucional y los códigos asignados a cada servicio proporcionado por la entidad. En una etapa subsiguiente, se optó por seleccionar los documentos más recientes para su escaneo, con el propósito de contar con copias electrónicas que ofrezcan mayor claridad y facilidad de acceso en momentos necesarios, ya sea para ocasiones como inspecciones del Ministerio de Salud o requerimientos de las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

8.2.3 Modificación y actualización de indicadores:

Al finalizar cada mes, la institución envía a la Superintendencia de Salud los indicadores establecidos por la Resolución 1552 del 2013. Estos indicadores se centran en el registro de citas otorgadas a los pacientes que pertenecen a Entidades Promotoras de Salud (EPS), en base al período requerido. Esta información se obtiene mediante el programa DINAMICA que pertenece a la institución.

Además, se llevan a cabo ajustes en los datos correspondientes al indicador 0256 del año 2016. En este procedimiento, se completan los formatos específicos para cada (EPS), detallando aspectos como las citas médicas, encuestas, cirugías, triaje, entre otros. Estos registros deben pasar por un proceso de validación en la plataforma PISIS, la cual, desempeña un papel crucial en el intercambio de datos dentro del Sistema Integral de Información de la Protección Social (Sispro).

La plataforma PISIS recibe los archivos en formato plato para poder realizar su verificación asegurando que los datos estructurados cumplan con los requisitos técnicos definidos en el anexo

correspondiente. Este enfoque garantiza la integridad y exactitud de la información antes de su remisión.

8.2.4 Elaboración de actas e informes de los comités:

Se generan actas en formato digital que documentan todos los aspectos abordados durante las auditorías realizadas en colaboración con el comité. Estas actas tienen como propósito proporcionar un respaldo que funcione como evidencia, tanto para el recuerdo interno como para apoyar a los miembros del equipo que no pudieron asistir a la reunión. Además, estas actas permiten destacar las deficiencias identificadas y las mejoras propuestas por cada uno de los participantes. Posteriormente, se procede a crear un informe detallado que resalte las mejoras propuestas por cada miembro del comité. Este informe recopila las contribuciones individuales y presenta un resumen completo de las sugerencias para la mejora de los procesos y prácticas.

8.2.5 Elaboración del formato de inducción:

Al ingresar a prestar servicios en el Hospital Regional, cada persona pasa por una inducción realizada en la oficina de calidad. Durante esta inducción, se les presenta la entidad y el área en la que trabajarán como apoyo o jefatura. Al finalizar, se completa un formato que incluye los datos personales y el área de trabajo, y en el cual el funcionario acepta el mapa de procesos presentado por la entidad.

8.2.6 Elaboración de informes:

Se realiza un informe de brechas con el propósito de exponer las deficiencias que existen en el tiempo de asignación de citas a pacientes. Este informe también ofrece soluciones breves para cada una de estas deficiencias. Se ha llevado a cabo un informe específico para evaluar la

efectividad de los consentimientos informados después de haber sido implementados en el formato Excel con las fórmulas adecuadas. También se han diligenciado informes de auditorías internas realizadas en cada servicio, donde se exponen hallazgos favorables y no favorables, junto con las observaciones correspondientes. Esto permite que el jefe de área elabore un plan de mejora en respuesta a los hallazgos encontrados.

8.2.7 Tareas diversas de oficina:

Se redactaron cartas de solicitud de mejoras para algunos servicios, así como para demostrar hallazgos encontrados en los mismos. Se recopilaron firmas de los miembros pertenecientes a cada uno de los comités dirigidos por la asesora de calidad, en este caso, la Doctora Médica Especialista Luxana Royero. Además, se elaboró un formato Excel para evaluar la efectividad de los consentimientos informados. Se tomaron ejemplos de 12 historias clínicas en abril y mayo del presente año, con el objetivo de evaluar la efectividad en los diferentes servicios en términos del diligenciamiento de los consentimientos.

9. LECCIONES APRENDIDAS.

Durante la práctica, se adquirieron diversos conocimientos y habilidades, entre los cuales se destacan los siguientes:

- Se obtuvo comprensión sobre las plataformas establecidas por el Ministerio de Salud, destinadas a que cada entidad proveedora de servicios de salud demuestre su cumplimiento con las normativas reguladoras. Estas plataformas permiten mostrar cómo se ha llevado a cabo la gestión conforme a las directrices establecidas.
- Se aprendió la formulación de indicadores, involucrando la extracción precisa de datos necesarios para completar y ajustar los cuadros indicadores. Esta habilidad resulta fundamental para medir el desempeño y la calidad de los servicios.
- Se desarrolló la habilidad de leer y comprender las historias clínicas de los pacientes, permitiendo entender el historial médico de cada individuo y proporcionando una visión holística de su atención.
- Se adquirieron competencias en la utilización del sistema de Dinámica Gerencial, herramienta empleada por el hospital para evaluar el rendimiento de cada servicio prestado. Igualmente, se aprendió a extraer la información necesaria para ajustar los indicadores 1552 y 0256, requeridos tanto por las (EPS) como por el Ministerio de Salud.
- Se profundizó en el conocimiento de las regulaciones que rigen a las instituciones de salud del ámbito público, establecidas por la Superintendencia de Salud. Además, se comprendieron los requisitos y necesidades que las EPS deben cumplir al solicitar servicios de salud para sus afiliados, adecuándose a las condiciones particulares de cada caso.

10. PRESUPUESTO PARA DESARROLLO DEL PLAN DE MEJORA

Rubros	Recursos de la entidad	Total
Computador	2.500.000	2.500.000
Tiempo internet	250.000	250.000
Tiempo horas laborales	500.000	500.000
Asesorías	100.000	100.000
Transporte	210.000	210.000
Impresiones y papelería	20.000	20.000
Refrigerios	100.000	100.000
Total		3.680.000

Nota: Tabla de elaboración propia.

11. CONCLUSIONES

1. En conclusión, el análisis de los datos recopilados revela que la gestión del gerente actual ha experimentado mejoras significativas en comparación con el gerente del período anterior, especialmente en la prestación de servicios evaluada mediante la Resolución 0256. Estos hallazgos indican un avance positivo en la calidad y eficiencia de los servicios proporcionados por la institución durante la gestión del gerente actual. Estas mejoras son un indicador talentoso de un compromiso continuo con la excelencia en la atención médica y la satisfacción del paciente.

Por otra parte, es de gran importancia que estos indicadores de calidad no sean únicamente un requisito normativo, si no una herramienta valiosa para garantizar la excelencia en la atención proporcionada por cada entidad prestadora de servicios de salud.

2. Después de llevar a cabo el análisis de cada servicio de acuerdo a la Resolución 0256 y sus umbrales, se llega a la conclusión de que los servicios que han experimentado mejoras son los siguientes:
 - **Asignación de citas en Cirugía general:** Se ha logrado cumplir con el umbral estipulado para la asignación de citas a pacientes que requieren de los servicios.
 - **Toma de ecografías:** Se ha mejorado significativamente en la toma de ecografías, lo que indica una mayor eficiencia en este aspecto.
 - **Proporción de satisfacción:** La proporción de satisfacción de los usuarios ha mejorado, lo que sugiere que los pacientes están más satisfechos con los servicios brindados

- **Recomendación:** La disposición de los usuarios a recomendar la institución a amigos o familiares ha aumentado, lo que indica un mayor nivel de confianza en la calidad de los servicios prestados.
3. Por último, se puede identificar que el año con mayor estacionalidad se encuentra en el 2019 lo cual se denota por sus picos y valles que son mayores al de los demás años evaluados, esto se debe a que en este periodo se presentaron grandes dificultades en enfermedades presentadas en la población del municipio y lugares aledaños a él.

12. RECOMENDACIONES

Para garantizar una atención médica efectiva, segura y de alta calidad para la población, es esencial que las entidades de salud establezcan un sistema de seguimiento y análisis continuo de los indicadores de calidad. A continuación, se proponen algunas acciones clave:

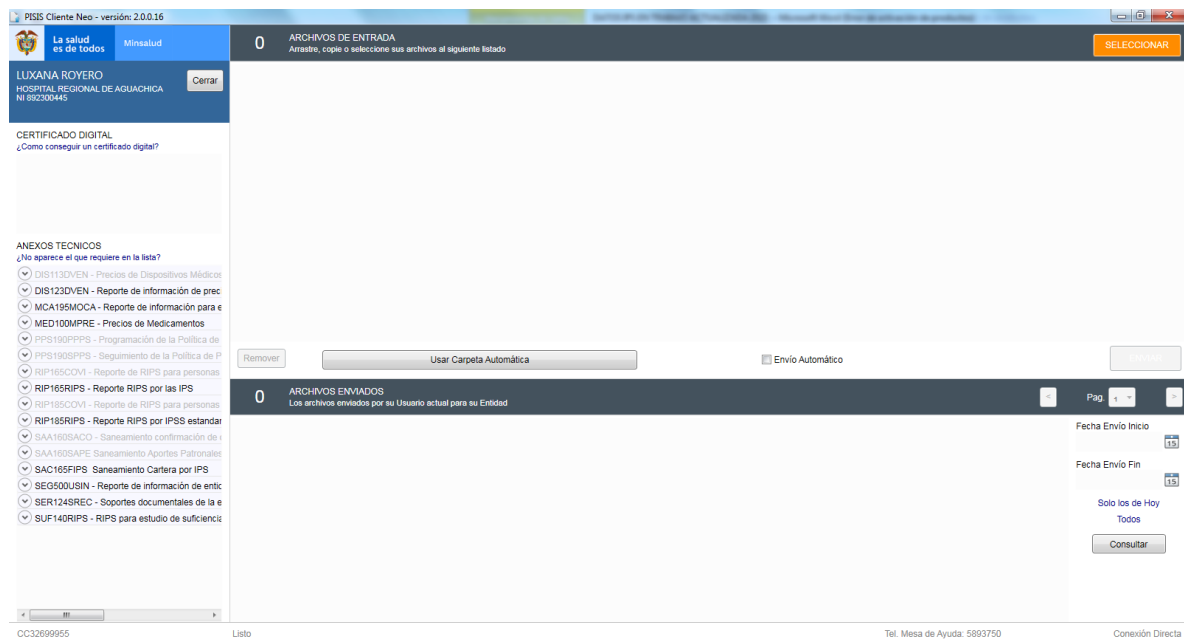
1. **Establecer un equipo especializado:** Formar un equipo de profesionales de la salud con experiencia en la medición y análisis de indicadores de calidad. Este equipo será responsable de recopilar, analizar y reportar datos relevantes de acuerdo al indicador 0256 del 2016.
2. **Definir metas claras:** Establecer objetivos específicos en función de los indicadores de calidad que sean medibles y alcanzables. Estas metas deben estar alineadas con la mejora continua de la atención médica.
3. **Recopilar datos de manera consistente:** Implementar un sistema de recopilación de datos estandarizado y consistente. Asegúrese de que la información recopilada sea precisa y adecuada.
4. **Análisis periódico:** Realizar análisis regulares de los indicadores de calidad para identificar tendencias

13. APÉNDICE

APÉNDICE 1. Tablero De Indicadores De Calidad HRJDPV

INDICADORES DE CALIDAD DEL 1 GERENTE Y 2 GERENTE - AÑO INFORMADO 2017-2022																	
CODIGO	INDICADOR	UNIDAD DE MEDICION		2016	2017	2018	2019	Total I GERENTE	INDICADOR I GERENTE	2020	2021	2022	2023	Total II GERENTE	INDICADOR II GERENTE	TOTAL AÑO	UMBRAL DE DESEMPEÑO
BLOQUE EXPERIENCIA DE LA ATENCION																	
P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina interna	Días	N	61833	55945	45407	72909	236094	14	15926	23212	30585		69723	12	305817	Menor o igual a 15 días
			D	4267	4145	3543	4946	16901		1466	2579	2530		6575		23476	
P.3.4	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Días	N	34188	33422	11555	22989	102154	10	5295	11817	23802		40914	10	143068	Menor o igual a 5 días
			D	2760	2480	1772	2825	9837		728	1459	2431		4618		14455	
P.3.5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología	Días	N	32976	21867	13993	32805	101641	7	16393	21330	22603		60326	9	161967	Menor o igual a 8 días
			D	4360	2957	2714	4417	14448		2119	2932	2626		7677		22125	
P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Días	N	16538	21702	10400	9671	58311	6	4408	8547	4637		17592	9	75903	Menor o igual a 5 días
			D	2563	2755	2182	1732	9232		757	1386	538		2681		11913	
P.3.7	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía general	Días	N	30570	20801	25325	68097	144793	9	24761	37118	29928		91807	8	236600	Menor o igual a 20 días
			D	3929	3165	3978	5239	16311		2213	3514	3673		9400		25711	
P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de Ecografía	Días	N	106824	56544	36220	61250	260838	13	27883	46845	28315		103043	7	363881	Menor o igual a 8 días
			D	4977	3435	4242	7959	20613		3917	6710	4256		14883		35496	
P.3.9	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage 2 en el servicio de urgencias	En minutos	N	62687	41009	39792	21206	164694	20	6884	8048	16829		31761	18	196455	20 -30 minutos
			D	4545	1995	1072	772	8384		301	421	910		1632		10016	
P.3.10	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	Relacion porcentual	N	1794	1881	2023	1841	7539	90,3%	1870	3175	2440		7485	96,2%	15024	> 90 %
			D	1919	2209	2174	2048	8350		2003	3256	2523		7782		8350	
P.3.11	Proporcion de usuarios que recomendaria su IPS a un familiar o amigo	Relación porcentual	N	1852	2011	2025	1954	7842	94,0%	1958	3219	2469		7646	98,2%	7842	> 90 %
			D	1909	2209	2174	2048	8340		2003	3256	2524		7783		8340	

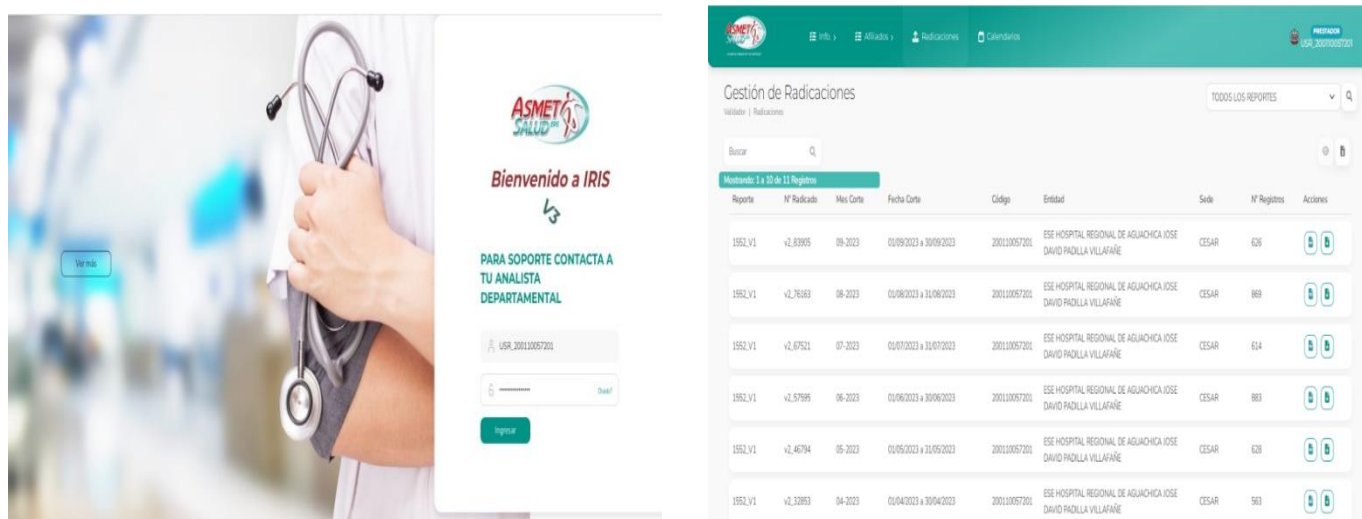
APÉNDICE 2. Pagina SISPRO Página para Validar Indicador 0256 HRJDPV



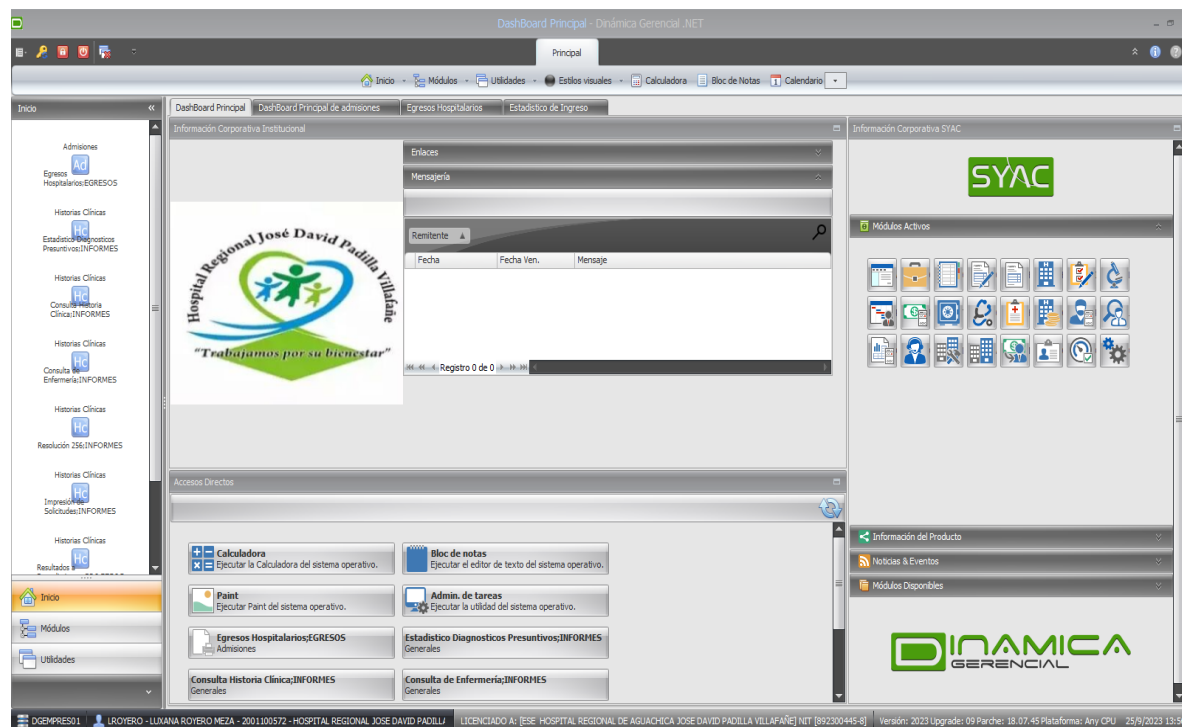
APÉNDICE 3. Página Genesis de la EPS CAJACOPI donde se debe de cargar el indicador 1552 del 2013



APÉNDICE 4. Pagina Iris de la EPS ASMET SALUD donde se debe cargar el indicador 1552 del 2013.



APÉNDICE 5. Software del HRJDPV denominado (DINAMICA)



APÉNDICE 6. Ubicación donde se realizaron las practicas.



APÉNDICE 7. Carta de aprobación de evaluadores del proyecto de pasantías.**Evaluadora 1:** Erimar Carolina Bracho Colina.

Aguachica, Septiembre 08 del 2023

Señores:

COMITÉ DE PROYECTOS DE GRADO

Universidad Popular del Cesar-Seccional Aguachica.

Programa de Economía

Ref: Carta emitir concepto proyecto final como opción de grado

Cordial saludo,

Yo, **Erimar Carolina Bracho Colinas**, identificado con C.C de extranjería N° 778.628 de Venezuela, hago entrega formal de las recomendaciones y correcciones al proyecto de pasantías titulado: **“ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE CALIDAD EXPUESTO POR LA RESOLUCION 0256 EN EL PERIODOS 2016 AL 2022 EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFANE AGUACHICA, CESAR,** presentado por los estudiante: **Jhonatan Tobar Barragan** identificado con C.C N° 1.003.168.966 de Aguachica, del programa de Economía de la Universidad Popular del Cesar-Seccional Aguachica.

A continuación, emito concepto de aprobación para este proyecto final, evidenciando completitud y precisión. Por lo tanto, revisado los lineamientos me permito manifestar mi aprobación para sustentación proyecto final.

Atentamente,

**ERIMAR CAROLINA BRACHO COLINA**

Evaluador

C.C. 778.628

Email: ebracho@unicesar.edu.co

Evaluador 2: Camilo Andrés Ibáñez Alvares.

Aguachica, Septiembre 08 del 2023

Señores:

COMITÉ DE PROYECTOS DE GRADO

Universidad Popular del Cesar-Seccional Aguachica.

Programa de Economía

Ref: Carta emitir concepto proyecto final como opción de grado

Cordial saludo,

Yo, **Camilo Andrés Ibáñez Álvarez**, identificado con C.C N° 1.977.976 de Ocaña, hago entrega formal de las recomendaciones y correcciones al proyecto de pasantías titulado: **“ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE CALIDAD EXPUESTO POR LA RESOLUCION 0256 EN EL PERIODOS 2016 AL 2022 EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSE DAVID PADILLA VILLAFANE AGUACHICA, CESAR**, presentado por los estudiante: **Jhonatan Tobar Barragan** identificado con C.C N°1.003.168.966 de Aguachica, del programa de Economía de la Universidad Popular del Cesar-Seccional Aguachica.

A continuación, emito concepto de aprobación para este proyecto final, evidenciando completitud y precisión. Por lo tanto, revisado los lineamientos me permito manifestar mi aprobación para sustentación proyecto final.

Atentamente,



CAMILO ANDRES IBÁÑEZ ALVAREZ

Evaluador

C.C. 1.977.976

Email: caibanez@unicesar.edu.co

APÉNDICE 9. Porcentaje de plagio.



APÉNDICE 8. Registro en el CVLAC

8.1 CVLAC Estudiante: Jhonatan Tobar Barragan

Datos generales	Jhonatan Tobar
Participación en grupos de investigación	
Actividades de formación	
Actividades como evaluador	
Apropiación social del conocimiento y Divulgación pública de la Ciencia	
Productos de Investigación + Creación	
Producción bibliográfica	
Producción técnica y tecnológica	
Demás trabajos	
Proyectos	
Reconocimientos	
Imprimir currículo	
Verificador de tipología "Nuevo"	
Verificador de información	

Formación académica	
A continuación puede visualizar la información registrada. Para volver al listado de formación académica pulse el enlace "Regre"	
Formación, Perfeccionamiento o Posgrado Pregrado/Universitario Municipio AGUACHICA Título obtenido Economista Fecha de inicio Enero de 2018 Promedio de notas 4.0 Título de la tesis ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE CALIDAD EXPUESTO POR LA RESOLUCIÓN 256 EN EL PERIODO 2016 AL 2022 EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE AGUACHICA-CESAR	Institución (*) UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR-SECCIONAL AGUACHICA Programa Académico Economía Intensidad horaria (semanal) 25 Fecha de graduación Diciembre de 2023
Nombre Completo del tutor ¿Becado? No	Valoración de la tesis Aprobada Acta de grado N° PGP-001
PERSONAS VINCULADAS (TUTOR, COTUTOR, ASESOR) [Gestionar] MARITZA HERNANDEZ MURCIA	

8.2 CVLAC Asesora: Maritza Hernández Murcia

Datos generales	▼
Participación en grupos de investigación	
Actividades de formación	▼
Actividades como evaluador	▼
Apropiación social del conocimiento y Divulgación pública de la Ciencia	▼
Productos de Investigación + Creación	▼
Producción bibliográfica	▼
Producción técnica y tecnológica	▼
Demás trabajos	
Proyectos	
Reconocimientos	
Imprimir currículo	
Verificador de tipología "Nuevo"	
Verificador de información	
Resultado análisis de convocatoria	

MARITZA HERNANDEZ

Trabajos dirigidos/Tutorías

A continuación puede visualizar la información registrada del trabajo/tutoría dirigida. Para volver al listado de los trabajos/tutorías dirigidas pulse el enlace ["Regresar"](#)

Tipo de producto Trabajos de grado de pregrado

Nombre del trabajo dirigido/tutoría(*)
ANALISIS DEL COMPORTAMIENTO DEL INDICADOR DE CALIDAD EXPUESTO POR LA RESOLUCIÓN 256 EN EL PERIODOS 2016 AL 2022 EN EL HOSPITAL REGIONAL JOSÉ DAVID PADILLA VILLAFANE AGUACHICA - CESAR.

Fecha de inicio		Fecha de fin	
Mes	Año	Mes	Año
Febrero	2023	Octubre	2023

Número de Páginas 0

Programa académico
ECONOMÍA

Institución UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR-SECCIONAL AGUACHICA

Tipo de orientación Tutor/director principal

Estado de la Tesis Tesis terminada

PERSONAS (ORIENTADO, TUTOR, COTUTOR, ASESOR) [[Registrar personas](#)]

- MARITZA HERNANDEZ MURCIA

PALABRAS CLAVE [[Registrar palabra\(s\) clave](#)]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cámara de Comercio de Bogotá [CCB] (2023). Descripción actividades económicas (Código CIIU). <https://linea.ccb.org.co/descripcionciiu/>
- Caro, S. E. (2020). Suspensión de cirugías programadas. Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioarchivo.unaj.edu.ar/uploads/40cbe3224a0b241f954706b60dae3ef9094131ae.pdf>
- Concepto 094241 art. 20, (2021). Departamento Administrativo de la Nación, <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=162635#:~:text=%E2%80%99CART%C3%8DCULO%2020.,de%20la%20respectiva%20Entidad%20Territorial.>
- Fariñas, A. G., Araujo, M. M., López, G. J., González, A. M. G., Crespo, L. H., & Jiménez, A. R. (2016). Definiciones y clasificaciones básicas para el estudio de los costos en salud. *Infodir (Revista de Información para la Dirección en Salud)*, 12(23), 46-54.
- Fraile, J. R. R. (2009). Cancelación de procedimientos quirúrgicos programados: causas, consecuencias y soluciones. *Revista electrónica Anestesia R*, 1(8), 3.
- Hospital Regional José David Padilla Villafañe [HJDPV] (2020). Misión <https://hospitalregionaldeaguachica.gov.co/mision/>
- Hospital Regional José David Padilla Villafañe [HJDPV] (2020). Organigrama. <https://hospitalregionaldeaguachica.gov.co/organigrama/>
- Hospital Regional José David Padilla Villafañe [HJDPV] (2020). Políticas de la Institución. <https://hospitalregionaldeaguachica.gov.co/politicas-de-la-institucion/>

Hospital Regional José David Padilla Villafañe [HJDPV] (2020). Principios Corporativos
<https://hospitalregionaldeaguachica.gov.co/principios-corporativos/>

Hospital Regional José David Padilla Villafañe [HJDPV] (2020). Valores
<https://hospitalregionaldeaguachica.gov.co/valores-corporativos/>

Hospital Regional José David Padilla Villafañe [HJDPV] (2020). Visión
<https://hospitalregionaldeaguachica.gov.co/vision/>

Kerguelén Botero, C. A. (2015). Calidad en salud en Colombia: Los principios. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2008.

Lengerich, E. J. (2004). Indicators For Chronic Disease Surveillance: Consensus Of Cste, Astcdpd, And Cdc. Atlanta, Ga: Council Of States And Territorial Epidemiologists, November 1999. *Indicadores De Salud: Elementos Básicos Para El Análisis De La Situación De Salud. Boletín Epidemiológico*, 22(4).

Maira, R. (2022). Auditoría En Salud: Importancia En La Gestión Clínica. *El Blog De Areandina*.
<https://www.areandina.edu.co/blogs/auditoria-en-salud-importancia>

Resolución N.º 3047-(2008) y 416-(2009). Manual Único De Glosas, Devoluciones. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Anexo%20tecnico%20No.%20%206%20Res%203047-08%20y%20416-09.pdf>

Stepke, L. (2002). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMSEthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

Valbuena, M., Morillo, R., & Salas, D. (2006). Sistema de valores en las organizaciones. *Omnia*, 12(3), 60-78