

MEDICIÓN DE LA GESTIÓN 2006 DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO – ESE DISTRITALES

1. INTRODUCCIÓN

Continuando con la evaluación periódica a las ESE distritales para determinar el desempeño de su gestión, tanto de manera individual como frente a las otras ESE, la Veeduría Distrital ha aplicado los indicadores que permiten medir su gestión total. Por lo anterior, ésta se ha dividido en dos grandes componentes, el técnico-científico y social, y el financiero. Al primero, se le otorga un peso de 70 puntos, dada su importancia en el desarrollo del objeto social de estas empresas, y al segundo componente 30 puntos.

Para medir el componente técnico-científico y social se trabajan seis indicadores macro: oportunidad, rendimiento, cobertura, productividad, seguridad y gestión social, los cuales a su vez están compuestos por unas variables específicas, para cada uno de los tres niveles de atención (ver anexo No.1).

En cuanto al componente financiero se trabajan tres indicadores macro: liquidez, eficiencia operacional y gestión presupuestal, que a su vez contemplan unos específicos y generales para los tres niveles de atención (ver anexo No. 2).

Los indicadores son aplicados a la información reportada por las ESE del Distrito Capital, la cual se consolida en la matriz de evaluación junto con los estándares correspondientes y rangos definidos para dicha medición. En la matriz se comparan los resultados obtenidos frente a los estándares establecidos, con los que se determina el rango en el que se ubica cada hospital.

Los rangos para la gestión del año 2006 fueron establecidos en cuatro categorías, dependiendo del resultado del indicador frente al estándar: excelente, buena, aceptable y baja; es decir, se agregó uno a la medición de la gestión del año 2005, la cual contempló tres rangos: excelente, aceptable y baja.

Adicionalmente al ajuste de los rangos se efectuaron también algunos ajustes a los estándares de los indicadores. Lo anterior, como resultado de reuniones sostenidas con varios hospitales, producto de la evaluación efectuada para el año 2005, lo cual constituye la presente medición en línea de base, por contener los ajustes ya referidos y la gestión integral completa de un año. No obstante, se hacen algunas comparaciones con la medición efectuada en el año 2005, que, para el componente técnico-científico y social se realizó para el último trimestre, dado que los resultados de la misma pueden tomarse como indicativos de la evolución de la gestión de los hospitales. El componente financiero tanto en la medición 2005, como en la de 2006 se efectuó para el total de la vigencia.

Es de observar que la información ha sido suministrada directamente por las ESE a la Veeduría Distrital, por lo tanto cualquier inconsistencia que se pueda presentar es responsabilidad de los hospitales en el suministro de la misma. Dicha información se solicitó refrendada por parte de la revisoría fiscal, requisito que en la mayoría de casos no se cumplió.

2. MEDICIÓN POR CADA UNO DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN

La gestión de las ESE puede ser evaluada como *excelente*, caso en el cual se presentará con un color verde, *buena* representada con un color amarillo, *aceptable* en naranja, o *baja*, representada con un color rojo. Lo anterior dependiendo del puntaje obtenido en cada uno de los indicadores específicos, que sumados nos darán el puntaje alcanzado a nivel macro, los cuales a su vez determinarán el puntaje del componente técnico–científico y social, así como del financiero.

Para el componente técnico–científico y social, se asignó un puntaje máximo de 70 puntos. Los rangos están determinados de la siguiente manera:

Primer Nivel

Entre 65 y 70 puntos	Excelente	Verde
Entre 52.6 y 64.99 puntos	Buena	Amarillo
Entre 35 y 52.59 puntos	Aceptable	Naranja
Menor de 35 puntos	Baja	Rojo

Segundo Nivel

Entre 64.5 y 70 puntos	Excelente	Verde
Entre 52.5 y 64.49 puntos	Buena	Amarillo
Entre 35 y 52.49 puntos	Aceptable	Naranja
Menor de 35 puntos	Baja	Rojo

Tercer Nivel

Entre 64 y 70 puntos	Excelente	Verde
Entre 52.6 y 63.99 puntos	Buena	Amarillo
Entre 35 y 52.59 puntos	Aceptable	Naranja
Menor de 35 puntos	Baja	Rojo

Para el componente financiero se asigna un puntaje máximo de 30 puntos, estos son los rangos para los tres niveles:

Entre 26 y 30 puntos	Excelente	Verde
Entre 20 y 25.9 puntos	Buena	Amarillo
Entre 14 y 19.9 puntos	Aceptable	Naranja
Menor de 14 puntos	Baja	Rojo

El total, sumando los puntos obtenidos en los dos componentes, se consolida así:

Primer Nivel

Entre 91 y 100 puntos	Excelente	Verde
Entre 72.6 y 90.99 puntos	Buena	Amarillo
Entre 49 y 72.59 puntos	Aceptable	Naranja
Menor de 49 puntos	Baja	Rojo

Segundo Nivel

Entre 90.5 y 100 puntos	Excelente	Verde
Entre 72.5 y 90.49 puntos	Buena	Amarillo
Entre 49 y 72.49 puntos	Aceptable	Naranja
Menor de 49 puntos	Baja	Rojo

Tercer Nivel

Entre 90 y 100 puntos	Excelente	Verde
Entre 72.6 y 89.99 puntos	Buena	Amarillo
Entre 49 y 72.59 puntos	Aceptable	Naranja
Menor de 49 puntos	Baja	Rojo

La medición se hace por niveles de atención con el fin de hacer homogénea la comparación interinstitucional.

Con base en lo anterior, los resultados de la evaluación de los 22 hospitales, por niveles de atención, son los siguientes:

2.1. Medición primer nivel de atención

HOSPITAL INDICADOR	COMPONENTE TÉCNICO - CIENTÍFICO Y SOCIAL		COMPONENTE FINANCIERO		TOTAL 100 puntos	
	SUBTOTAL 70 puntos		30 puntos			
	oct a dic-05	ene a dic-06	ene a dic-05	ene a dic-06	ene a dic-05	ene a dic-06
Primer Nivel						
Pablo VI Bosa	39,69	59,51	20,00	23,00	59,69	82,51
Rafael Uribe Uribe	40,87	60,39	24,00	22,00	64,87	82,39
San Cristóbal	49,03	55,15	28,00	25,00	77,03	80,15
Nazareth	40,84	55,14	17,00	25,00	57,84	80,14
Chapinero	45,53	50,78	17,00	23,00	62,53	73,78
Usaquén	46,69	54,28	14,00	19,00	60,69	73,28
Usme	45,53	52,53	25,00	20,00	70,53	72,53
Suba	40,85	48,16	23,00	22,00	63,85	70,16
Vista Hermosa	39,70	50,78	20,00	19,00	59,70	69,78
Del Sur	32,71	46,41	20,00	17,00	52,71	63,41

Fuente: Cálculos efectuados por la Veeduría Distrital a partir de información suministrada por las ESE.

El cuadro anterior presenta de manera agregada el resultado de la evaluación de la gestión de los hospitales del Distrito Capital que en el año 2006 prestaban los servicios correspondientes al primer nivel de atención. En este análisis se incluye al hospital de Suba, el cual, a junio de 2006, prestaba servicios de primer nivel. A partir de julio del año anterior viene prestando servicios de segundo nivel pero conserva y promueve los servicios de primer nivel de atención.

El cuadro incluye los resultados de la gestión 2006, desagregado por cada uno de los componentes. El detalle de cada uno de los indicadores, tanto macro como específicos se presenta en el anexo No.3 donde está la matriz con el puntaje de cada ESE por indicador macro.

De acuerdo con los parámetros establecidos en forma consolidada, se puede observar que el 60% de las ESE del primer nivel de atención presentaron, durante la vigencia 2006 una gestión evaluada como *buena*; en este rango están los hospitales Pablo VI Bosa, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Nazareth, Chapinero y Usaquén. El 40% restante, es decir, los hospitales Usme, Suba, Vista Hermosa y del Sur, presentan una gestión *aceptable* y ninguno se encuentra dentro de las categorías de excelente o baja.

Es importante anotar que comparada la gestión del año 2006 frente al resultado del último trimestre de 2005, de manera indicativa, todas las ESE de primer nivel mejoraron, de acuerdo con los indicadores aquí presentados. Esto se refleja especialmente en el componente técnico-científico y social.

La ESE de primer nivel con mejor gestión, es el hospital **PABLO VI BOSA**, que presenta una gestión total *buena* con un puntaje de 82.51 sobre 100 puntos. El componente financiero de **PABLO VI BOSA** fue evaluado como *bueno*, con un puntaje de 23 sobre 30 puntos. A 31 de diciembre de 2006, dentro de este componente, los indicadores de razón corriente (22.38) y liquidez general (5.3), cuyos resultados, de acuerdo con los estándares de esta metodología, deben ser igual a 3 o mayores de 3, se encuentran dentro del rango de *excelencia*. El capital de trabajo, que se espera sea igual o mayor al 20% del activo corriente, en **PABLO VI BOSA** representa el 96% de dicho activo, por tanto, 3 de los 6 indicadores específicos, se encuentran evaluados con *excelente*. Los otros 3 indicadores están ubicados dentro de un rango *aceptable*: excedente operacional, cuyo estándar se encuentra en un 15% o más del patrimonio, presenta un resultado de 6% del patrimonio, la ejecución presupuestal de ingresos (89.6%) y ejecución presupuestal de gastos (89.5%).

En el componente técnico-científico y social, que presenta una *buena* gestión, los indicadores macro de oportunidad (21 puntos sobre 21), seguridad (3.5 sobre 3.5) y gestión social (7 puntos sobre 7), fueron evaluados con una gestión *excelente*. Los indicadores macro de cobertura (5.25 de 7 puntos) y productividad (16.63 de 21 puntos) reflejan una *buena* gestión. El indicador macro de rendimiento presenta una gestión *aceptable* con 6.13 puntos de 10.5 posibles.

En el indicador macro de oportunidad en la prestación del servicio, se analizó el número de días entre la solicitud de la cita y fecha de asignación de la misma para las consultas de: medicina general, odontología y enfermería para actividad de crecimiento y desarrollo. Así mismo, se midió la oportunidad para el registro de resultados de citología vaginal, entrega de medicamentos ambulatorios y registro de resultados de laboratorio ambulatorio. Los datos suministrados por el hospital se compararon con los estándares adoptados por la Veeduría Distrital para esta medición y se estableció el rango de la gestión en este indicador macro, el cual como ya se mencionó para la ESE **PABLO VI BOSA** fue *excelente*, pues cumplió con todos los estándares establecidos, obteniendo el máximo puntaje.

En el indicador macro de seguridad se observó el número de infecciones intrahospitalarias – IIH presentadas en el año, frente al total de egresos hospitalarios del período 2006. Para el caso de **PABLO VI BOSA**, este indicador fue de 0%, cumpliendo con el estándar de excelencia previsto para este nivel de atención. Los casos que se presentaron como sospechosos, luego de cumplir con el protocolo correspondiente fueron descartados, de acuerdo con lo informado por el hospital.

El indicador macro de gestión social está orientado al paciente, se crea a partir de su opinión y está dirigido a mejorar el proceso de prestación de servicios. En esta metodología se analizan el número total de requerimientos tramitados en el año (quejas, reclamos y solicitudes) frente al total de requerimientos interpuestos en el mismo período. Igualmente, se observa el número de requerimientos interpuestos sobre el número total de pacientes atendidos en el año y estos resultados se comparan frente a los estándares establecidos. En este indicador no se tiene en cuenta el indicador de encuesta de satisfacción a los usuarios, por cuanto el cuestionario no se encuentra unificado para las instituciones con procesos similares, lo que puede reportar sesgos. Para el caso de la ESE **PABLO VI BOSA**, los dos indicadores específicos, ya mencionados, fueron ubicados en el rango de una gestión *excelente* para el año 2006.

Los dos indicadores que presentan una gestión *buena*, cobertura y productividad, miden, en el caso del primero, el porcentaje de recién nacidos vivos a quienes se les realiza la prueba de TSH, el cual en el hospital de **PABLO VI BOSA** fue *excelente*, y la cobertura útil de vacunación de polio en menores de un año, que muestra una gestión *aceptable*. Según los registros del hospital, la vacuna fue aplicada al 89.1% de los niños establecidos en la meta para el período 2006. De acuerdo con lo informado por la ESE, es muy difícil cumplir con la meta establecida por la Secretaría Distrital de Salud – SDS - para cada hospital, ya que ésta se establece con base en el censo de 1993 y en la base de datos de nacidos vivos en Bogotá, para luego ubicar las metas de acuerdo con la localidad donde dicen que viven las madres de los recién nacidos. Las variables que afectan el cumplimiento de la meta, según el hospital, son la movilidad, por el desplazamiento de una localidad a otra; la afiliación al régimen privado, ya que muchas veces la práctica privada no reporta lo vacunado pues no hay reglamentación al respecto; la mortalidad de los niños menores de un año y el factor cultural (creencias religiosas, medicinas alternativas).

En el indicador de productividad se miró el giro cama, porcentaje ocupacional, promedio de estancia general, porcentaje de cumplimiento en la programación establecida en consulta externa para medicina general y para consulta de crecimiento y desarrollo y porcentaje de cumplimiento de programación de actividades de promoción y prevención (P y P). En **PABLO VI BOSA**, el porcentaje ocupacional presenta una gestión *baja* ya que fue reportado en 66.2%, por fuera del estándar establecido en esta metodología para los hospitales de primer nivel. Los indicadores de giro cama y porcentaje de cumplimiento de programación de actividades de P y P reflejan una gestión *buena*. Los tres restantes una gestión *excelente*.

El indicador macro de rendimiento fue el que presentó la menor gestión, ubicado dentro del rango de una gestión *aceptable*. En este se mide el número de actividades realizadas por unidad de recurso humano durante la vigencia 2006. Los indicadores específicos tomados fueron: rendimiento del médico general responsable de consulta externa, del odontólogo y del profesional licenciado en enfermería para la consulta de crecimiento y desarrollo. Para el caso del médico general, este indicador presenta una *baja* gestión ya que, de acuerdo con la información reportada, efectúa 3.3 consultas por hora, siendo lo establecido, de acuerdo con la circular 018 de 2005 de la Superintendencia Nacional de Salud, 3 consultas por hora, ya que ésta no puede ser inferior a 20 minutos. Un número de consultas mayor de tres está en detrimento de la calidad de la consulta. Los otros dos indicadores reflejan una *buena* gestión.

El hospital de primer nivel que se encuentra en el segundo puesto, con una mínima diferencia con la puntuación del hospital Pablo VI BOSA, es el Hospital **RAFAEL URIBE URIBE** con 82.39 puntos sobre 100, presenta una gestión total *buena*. En el componente técnico-científico y social obtuvo 60.39 puntos sobre 70. Los indicadores de oportunidad (19.25 sobre 21), rendimiento (9.63 de 10.5), seguridad (3.50 sobre 3.50) y gestión social (7.0 sobre 7.0), reflejan una *excelente* gestión. El indicador macro de productividad (16,63 de 21 puntos) muestra una gestión *buena* y el indicador macro de cobertura (4.38 sobre 7) una gestión *aceptable*.

En el indicador macro de productividad, los indicadores específicos de promedio estancia general de la entidad (1.6 días), porcentaje de cumplimiento en la programación establecida en consulta externa para médico general en el período (96.1%) y porcentaje de cumplimiento de programación de actividades P y P (93.5%) reflejan una *excelente* gestión. Los indicadores específicos de giro cama (9.9 personas por cama en promedio mes durante 2006) y porcentaje de cumplimiento en la

programación establecida en consulta externa para crecimiento y desarrollo realizada por enfermería en el periodo (93%), presentan una *buena* gestión. Por su parte el indicador de porcentaje ocupacional (52.4%) se ubica en el rango de una *baja* gestión.

En el componente financiero se ubica dentro del rango de una *buena* gestión y obtuvo 22 puntos sobre 30. Los indicadores de liquidez general (3.63) y capital de trabajo (equivalente al 38% del activo corriente) muestran una gestión *excelente*. El excedente operacional que representa el 14.7% del patrimonio y la ejecución presupuestal de gastos (95.2) reflejan una gestión *buena*. Los indicadores de razón corriente (1.61) y ejecución presupuestal de ingresos (85.6%) se ubican dentro de una gestión *aceptable*.

El Hospital **SAN CRISTÓBAL** se ubica en el tercer lugar de las ESE de primer nivel con 80.15 sobre 100 puntos, presentando una gestión total *buena*. Los indicadores del componente técnico-científico y social reflejan una *buena* gestión con 55.15 de los 70 asignados a este componente. Dentro de éste, los indicadores macro de oportunidad (20.13 sobre 21 puntos) y gestión social (7 sobre 7) están ubicados dentro del rango de *excelencia*. Los de rendimiento (8.75 sobre 10.5) y seguridad (2.63 sobre 3.5) muestran una *buena* gestión. Mientras que los indicadores de cobertura (4.38 sobre 7) y productividad (12.26 sobre 21) son *aceptables*.

En el componente financiero presenta igualmente una *buena* gestión y su puntaje fue de 25 sobre 30. Los indicadores de razón corriente (6.46) y liquidez general (4.95), cuyos resultados, de acuerdo con los estándares de esta metodología, deben ser igual a 3 o mayores de 3, se encuentran dentro del rango de *excelencia*. Igualmente, el capital de trabajo, que se espera sea igual o mayor al 20% del activo corriente, representa el 85% de dicho activo. El excedente operacional representa el 16.2% del patrimonio y refleja una *excelente* gestión (el estándar se encuentra en 15%). Por tanto, cuatro de los seis indicadores específicos del componente financiero se encuentran dentro del rango de *excelencia*. Los indicadores de gestión presupuestal son los que presentan un menor puntaje, la ejecución presupuestal de gastos fue de 82.7% lo que indica una gestión *aceptable* y la ejecución presupuestal de ingresos fue del 70.1% que representa una *baja* gestión.

Para el Hospital **NAZARETH**, teniendo en cuenta su condición de hospital rural, algunos de los rangos de indicadores específicos fueron modificados con valores diferentes a los demás hospitales de primer nivel, estos son: oportunidad en el registro de resultados de laboratorio ambulatorio (se contempla un día más), los tres indicadores específicos de rendimiento (se toma un menor número de consultas por hora), y en el indicador macro de oportunidad, los correspondientes a giro cama, porcentaje ocupacional y promedio estancia general de la entidad fueron ajustados con rangos mas bajos.

De acuerdo con los anteriores ajustes, el hospital presenta una gestión integral *buena* y ocupa el cuarto lugar dentro de los hospitales de primer nivel, con 80.14 sobre 100 puntos. En el componente técnico-científico y social sus indicadores reflejan una *buena* gestión con 55.14 de 70 puntos asignados para este componente. Sus indicadores macro de oportunidad (20.13 sobre 21 puntos), cobertura (7 sobre 7) y seguridad (3.5 sobre 3.5) se encuentran ubicados dentro del rango de *excelencia*. El indicador de rendimiento (7.88 sobre 10.5) representa una gestión *buena* y los indicadores de productividad (12.26 sobre 21) y gestión social (4.38 sobre 7) son *aceptables*. Dentro de este último indicador macro, el indicador específico de porcentaje de requerimientos interpuestos, que nos indica la cantidad de requerimientos por número de pacientes atendidos se

encuentra en 0.2%, se considera el 2% como estándar al cual se debe hacer seguimiento y monitoreo para observar la tendencia. Un reporte menor que 0.4% nos orienta a no reporte de quejas o no colocación de buzones, reflejando una *baja* gestión. El otro indicador específico, porcentaje de requerimientos tramitados fue del 100% que es *excelente*.

En el componente financiero el Hospital **NAZARETH** presenta una *buena* gestión con 25 puntos de 30. Sus indicadores de razón corriente (7.87), capital de trabajo (87% del activo corriente) y excedente operacional (25.6% del patrimonio), son *excelentes*. Liquidez general (2.6) y ejecución presupuestal de gastos (96.6%) presentan una *buena* gestión. La ejecución presupuestal de ingresos durante la vigencia 2006 fue del 86% reflejando en este aspecto una gestión *acceptable*.

El Hospital de **CHAPINERO** presenta una gestión total *buena* con 73.78 puntos sobre 100. En el componente técnico-científico y social obtiene 50.78 de los 70 puntos asignados a este componente, por lo que se ubica en un rango *acceptable*. Su mejor desempeño se refleja en los indicadores macro de oportunidad (19.25 sobre 21 puntos) y gestión social (7 sobre 7), los cuales se encuentran dentro del rango de excelencia. El indicador de seguridad (2.63 sobre 3.5) presenta una *buena* gestión. Los indicadores de rendimiento (3.51 sobre 10.5), cobertura (4.38 sobre 7) y productividad (14.01 sobre 21) muestran una gestión *acceptable*.

Una *buena* gestión presenta el componente financiero donde obtiene 23 de los 30 puntos asignados. Sus indicadores de capital de trabajo (57% del activo corriente) y excedente operacional (21% del patrimonio) se ubican en el rango de *excelencia*. Los indicadores de razón corriente (2.33), liquidez general (2.84) y ejecución presupuestal de ingresos (90%) reflejan una *buena* gestión. El indicador de ejecución presupuestal de gastos (81.4%) es *acceptable*.

El Hospital **USAQUÉN** presenta una *buena* gestión total con 73.28 sobre 100 puntos. En el componente técnico-científico y social su puntaje es de 54.28 sobre 70 puntos asignados a este componente. Su mejor gestión la reflejan sus indicadores macro de oportunidad (20.13 sobre 21 puntos), seguridad (3.5 sobre 3.5) y gestión social (7 sobre 7) que se ubican en el rango de *excelencia*. Los indicadores macro de rendimiento (7.88 sobre 10.5) y cobertura (6.13 sobre 7) son *buenos*. El indicador de productividad (9.65 sobre 21) *acceptable*.

En el componente financiero, el puntaje total de los indicadores que lo componen asciende a 19 puntos y refleja una gestión *acceptable*. Comparada con la del año 2005, ésta mejoró, ya que para dicho año fueron 14 puntos, por lo que fue ubicado en el rango de una *baja* gestión.

El indicador específico de capital de trabajo (40% del activo corriente) es *excelente*. Los indicadores de liquidez general (2.67) y excedente operacional (12.5% del patrimonio) reflejan una *buena* gestión. Los indicadores de gestión presupuestal, estos son la ejecución presupuestal de ingresos (82.1%) y la de gastos (84.8%), así como la razón corriente (1.66) son *acceptables*.

El hospital de **USME** durante la vigencia 2006 presenta una gestión total *acceptable* con 72.53 puntos sobre 100. En el componente técnico-científico y social su puntaje es de 52.53 de los 70 asignados, por lo que refleja una gestión *acceptable*. Su indicador macro de seguridad (3.5 sobre 3.5) es *excelente*. Los indicadores macro de oportunidad (18.38 sobre 21 puntos), cobertura (6.13 sobre 7) y productividad (15.76 sobre 21) nos muestran una *buena* gestión. El indicador que nos

presenta el rendimiento (7 sobre 10.5) es *aceptable* y el de la gestión social (1.76 sobre 7) *bajo*. Dentro de este último indicador, tanto el porcentaje de requerimientos tramitados (50%) como el porcentaje de requerimientos interpuestos (0.3%) reflejan una baja gestión.

En el componente financiero el hospital presenta una *buena* gestión, los tres indicadores que miden la liquidez de la entidad son *excelentes*: razón corriente (5.4), liquidez general (4.5) y capital de trabajo (81% del activo corriente). El indicador de ejecución presupuestal de ingresos (93.5%) nos demuestra una *buena* gestión y los indicadores de excedente o déficit operacional (-6.4%) y ejecución presupuestal de gastos (78.5%) son *bajos*.

Por su parte el Hospital de **SUBA** con 70.16 puntos presenta una gestión total *aceptable*. Al igual que el hospital de Usme su componente técnico-científico y social con 48.16 puntos es *aceptable* y su componente financiero *bueno*, con 22 puntos de los 30 asignados para este componente.

En el componente técnico-científico y social su indicador macro de oportunidad (21 sobre 21 puntos) presenta una *excelente* gestión. Su indicador de seguridad, medido por el porcentaje de infecciones intrahospitalarias, el cual para el año 2006 fue del 0.5%, es *bueno*. Los indicadores macro de rendimiento (7.01 sobre 10.5), cobertura (4.38 sobre 7) y gestión social (3.51 sobre 7) son *aceptables*. Por su parte el indicador de productividad (9.65 sobre 21) muestra una *baja* gestión.

En el componente financiero el hospital presenta una *buena* gestión, sus indicadores de liquidez general (6.2), capital de trabajo (39% del activo corriente) y ejecución presupuestal de gastos (97.6%) se ubican en el rango de *excelencia*. De otro lado, los indicadores de razón corriente (1.63), excedente operacional (8.8% del patrimonio) y ejecución presupuestal de ingresos (81.9%) presentan una gestión *aceptable*.

Los hospitales **VISTA HERMOSA Y DEL SUR** presentan los menores puntajes pero mejoraron su gestión en el componente técnico-científico y social, si se compara con el resultado obtenido para el último trimestre del año 2005. Los dos hospitales en sus dos componentes muestran una gestión *aceptable*.

Los menores puntajes del Hospital **VISTA HERMOSA** se encontraron en los indicadores macro de cobertura, productividad y gestión social. La cobertura útil de vacunación de polio en menores de un año para el 2006 fue de 84.8%, que demuestra una gestión *baja*; el rango establecido en la metodología para una gestión aceptable se encuentra entre 85 y 90%. En el indicador macro de productividad, el porcentaje ocupacional, el de cumplimiento en la programación establecida en consulta externa para medicina general y porcentaje de cumplimiento de programación de actividades de promoción y prevención (P y P), presentan una gestión *baja*. Siendo estos los indicadores en donde debe centrarse una mayor atención. En el indicador de gestión social, el porcentaje de requerimientos interpuestos fue del 0.3% sobre el total de pacientes atendidos durante el año 2006, lo que demuestra una gestión *baja*. Un reporte menor de 0.4% nos orienta a no reporte de quejas o no colocación de buzones, lo cual limita la retroalimentación con el usuario y por tanto la posibilidad de mejora en la prestación del servicio de salud. Así mismo, un número elevado de requerimientos (para esta metodología por encima del 3%) nos orienta a fallas en los atributos de la calidad en la atención.

En el componente financiero los indicadores de liquidez reflejan una excelente gestión, la razón corriente (3.47), liquidez general (3.37) y capital de trabajo (71% del activo corriente). El indicador de ejecución presupuestal de gastos (83.6%) es *aceptable* y los indicadores de excedente o déficit operacional (-12.7% del patrimonio) y ejecución presupuestal de ingresos (69%) demuestran una *baja* gestión.

El **HOSPITAL DEL SUR**, de acuerdo con la información reportada y verificada, presenta 63.41 puntos sobre 100, siendo su gestión total definida como *aceptable*. En el año 2005 su gestión total fue determinada como *baja* con un puntaje total de 52,7 sobre 100.

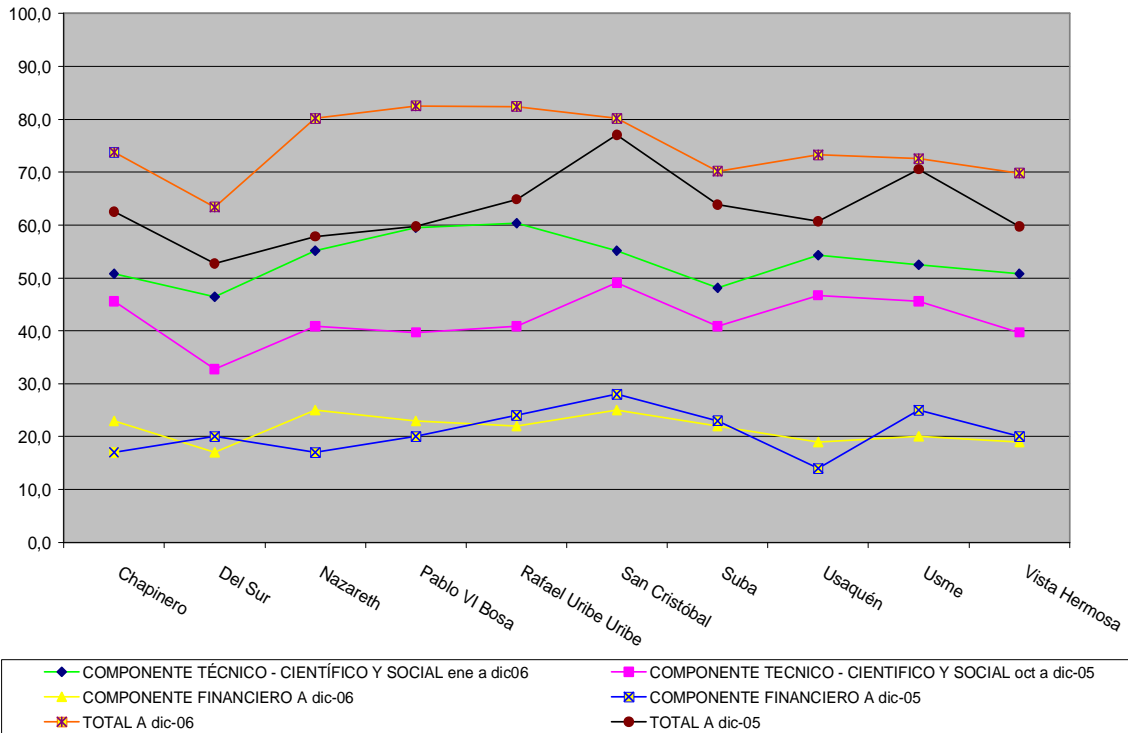
Los indicadores macro en los cuales el hospital debe hacer un mayor trabajo son: rendimiento, cobertura y productividad; en el indicador macro de rendimiento, básicamente el relacionado con rendimiento del profesional licenciado en enfermería para la consulta de crecimiento y desarrollo. Este presenta una gestión *baja*, pues de acuerdo con los datos reportados y verificados, se realizan 2,4 consultas por hora, por fuera del estándar establecido, que para un rango *excelente* se encuentra entre 3 y 4 consultas por hora.

En el indicador de cobertura, al igual que en la mayoría de hospitales de primer nivel (excepto **NAZARETH**, que durante 2006 cumplió con el 100% de la meta establecida, posiblemente por su característica de hospital rural), el **HOSPITAL DEL SUR** presenta una gestión *baja*, con un 84.3% de la meta establecida para aplicar la tercera dosis de polio en niños menores de un año. El estándar para una gestión aceptable se encuentra en 85%, para el rango de excelencia entre el 95 y el 100%. Está contemplado en las políticas de la Secretaría Distrital de Salud que porcentajes menores de 95% indican riesgo de enfermedades inmunoprevenibles. No obstante y teniendo en cuenta los inconvenientes que se presentan respecto al cumplimiento de la meta establecidas por la Secretaría, para efectos de esta medición se han reducido estos estándares, por esto para los otros rangos establecidos se contemplan porcentajes menores al 95%, hasta el 85%.

Dentro del indicador de productividad, los indicadores específicos de porcentaje ocupacional, porcentaje de cumplimiento en la programación establecida en consulta de crecimiento y desarrollo y porcentaje de cumplimiento en programación de actividades de promoción y prevención (P y P), el hospital muestra una gestión *baja*.

En su componente financiero, el capital de trabajo (42% del activo corriente) refleja una *excelente* gestión. El indicador de liquidez general (2.17) una *buena* gestión y los indicadores de razón corriente (1.71), excedente operacional (9.9% del patrimonio) y ejecución presupuestal de gastos (87.8%) una gestión *aceptable*. El indicador de ejecución presupuestal de ingresos (79.8%) muestra una *baja* gestión.

**MEDICIÓN DE LA GESTIÓN GENERAL DE LAS ESE DISTRITALES - I NIVEL
2005 - 2006**



Mirados en conjunto, los resultados obtenidos por el grupo de hospitales de primer nivel, presentan un mejor comportamiento en el período 2006 frente al período tomado como indicativo en el año 2005, reflejado básicamente en su componente técnico–científico y social. No obstante, es necesario tener en cuenta que este componente para el año 2005 solamente refleja la gestión de octubre a diciembre.

En el componente financiero se observa un comportamiento similar en la gestión de los hospitales a 31 de diciembre de 2005 y de 2006, oscilando entre los 17 y 23 puntos de los 30 posibles. El punto de mayor aumento lo presenta el hospital **NAZARETH** que pasó de 17 puntos en el 2005 a 25 en el 2006; el de mayor descenso lo presenta el hospital de **USME** que pasó de 25 a 20 puntos.

2.2. Medición segundo nivel de atención

HOSPITAL INDICADOR	COMPONENTE TÉCNICO - CIENTÍFICO Y SOCIAL		COMPONENTE FINANCIERO		TOTAL 100 puntos	
	SUBTOTAL 70 puntos		30 puntos		ene a dic-05	ene a dic-06
	oct a dic-05	ene a dic-06	ene a dic-05	ene a dic-06		
Segundo Nivel						
Fontibón	56,01	62,14	18,00	25,00	74,01	87,14
Meissen	51,34	52,53	24,00	25,00	75,34	77,53
San Blas	43,18	56,03	9,00	18,00	52,18	74,03
Bosa	53,69	55,15	15,00	18,00	68,69	73,15
Tunjuelito	47,85	49,91	21,00	23,00	68,85	72,91
Engativá	53,68	51,66	15,00	20,00	68,68	71,66
Centro oriente	57,18	50,78	12,00	20,00	69,18	70,78

Fuente: Cálculos efectuados por la Veeduría Distrital a partir de información suministrada por las ESE.

En el cuadro anterior se presenta la evaluación de los hospitales que prestan servicios de segundo nivel. El 71% presenta una gestión *buena* en el año 2006, estos son los hospitales de Fontibón, Meissen, San Blas, Bosa y Tunjuelito. El 29% restante, es decir los hospitales de Engativá y Centro Oriente presentan una gestión *aceptable*. Ninguno de los hospitales de este nivel de atención presenta una gestión *excelente* ni *baja*.

Comparada la gestión del año 2006 con el comportamiento del último trimestre de 2005, de manera indicativa, todas las ESE de segundo nivel mejoraron, de acuerdo con los indicadores aquí manejados. Esto se refleja especialmente en el componente financiero, en el cual todos los hospitales aumentaron su puntaje. Este componente para los dos periodos, 2005 y 2006, comprende el año completo.

Al 31 de diciembre de 2006, el Hospital de **FONTIBÓN** es el que presenta la puntuación más alta, con 87,14 puntos sobre 100, lo cual representa una *buena* gestión. Esta también es la mejor de todas las ESE del Distrito Capital. Es importante mencionar que el hospital fue sometido a un proceso de remodelación durante 13 meses y quedó listo el 9 de julio de 2006. Mirando su gestión por componentes, en el técnico – científico y social el hospital obtiene 62,14 puntos de los 70 posibles y representa una *buena* gestión. Dentro de este componente los indicadores macro de oportunidad (24.5 puntos), rendimiento (7 puntos), cobertura (7 puntos), seguridad (3.5 puntos) y gestión social (7 puntos), todos estos con los máximos puntajes, reflejan una gestión *excelente*. El indicador macro de productividad revela una gestión *aceptable* (13.14 sobre 21 puntos).

Dentro del indicador de oportunidad, el número de días entre solicitud de la cita y su fecha de asignación para las consultas externa especializada y enfermería para actividad de crecimiento y desarrollo, se encuentran dentro del rango de excelencia de acuerdo con el estándar previsto en esta metodología. Igualmente, la oportunidad en la entrega de medicamentos ambulatorios, registro de resultados de laboratorio ambulatorio, realización del procedimiento quirúrgico programado y el

porcentaje de cancelación de cirugías por causas intrahospitalarias, se encuentran dentro del rango de *excelencia* pues cumple con los estándares previstos.

En el indicador macro de cobertura cumplió también con los estándares de *excelencia* para porcentaje de recién nacidos a los que se realiza la prueba de TSH y porcentaje de recién nacidos con primera dosis de polio, BCG y hepatitis B.

En el indicador macro de seguridad, el indicador de infecciones intrahospitalarias fue del 0.6% del total de egresos hospitalarios presentados en el año 2006, ajustándose a los estándares de *excelencia* adoptados en la presente metodología para los hospitales de segundo nivel.

Los dos indicadores específicos del indicador macro de gestión social, estos son, el porcentaje de requerimientos tramitados frente a los interpuestos y el porcentaje de requerimientos interpuestos frente al número de pacientes atendidos en el período, el primero con el 100% y el segundo con el 0.5%, se encuentran dentro de los estándares de *excelencia*.

En el indicador de rendimiento, el del profesional especialista responsable de consulta externa presenta una gestión *excelente* ya que en promedio se realizan 2.9 consultas por hora. Igualmente el profesional licenciado en enfermería para la consulta de crecimiento y desarrollo quien realiza 3 consultas por hora.

El indicador de productividad fue el único que presentó una gestión *aceptable*. Dentro de éste, el porcentaje ocupacional, esto es, el tiempo que en promedio estuvieron ocupadas todas las camas durante el año 2006 (77.3%), porcentaje de cumplimiento en la programación establecida en consulta externa de consulta especializada (118.7%) y el de cumplimiento en la programación de cirugías establecidas en el período (187.6%), presentaron una *baja* gestión. En este último indicador se observa que la meta no fue bien programada pues no se tuvo en cuenta la entrada en servicio de la segunda sala de cirugía a partir del segundo semestre de 2006, lo cual lleva a que el número de cirugías realizadas en el período se encuentre 87.6% por encima de las cirugías programadas, por lo que en términos generales se encuentra por fuera de los rangos de *excelencia*. En el porcentaje ocupacional, un porcentaje menor del 88% para segundo nivel, indica subutilización del recurso físico.

En el componente financiero, el hospital de **FONTIBÓN** refleja una *buena* gestión ya que obtuvo 25 puntos de 30 posibles. En el indicador macro de liquidez, el capital de trabajo (21% del activo corriente) presenta una gestión *excelente*. El de liquidez general o solidez (2.9) una *buena* gestión y el de razón corriente (1.27) una gestión *aceptable*.

El excedente operacional (28.5% del patrimonio) muestra una gestión *excelente*. En el indicador macro de gestión presupuestal su gestión fue igualmente *excelente*, teniendo en cuenta que la ejecución presupuestal de los ingresos fue del 97.9% y la de los gastos 99.7%.

El Hospital de **MEISSEN** con una *buena* gestión ocupó el segundo lugar en los hospitales de segundo nivel. Su comportamiento fue similar en los dos componentes durante los años 2005 y 2006, siendo mejor en este último año.

En el indicador macro de oportunidad, su gestión durante el año 2006 es *excelente* y obtuvo 21.88 sobre 24.5 puntos. Cinco de sus seis indicadores específicos fueron ubicados en el rango de una gestión *excelente*, el indicador de oportunidad para realización de procedimiento quirúrgico programado presenta una *baja* gestión. Lo anterior por cuanto se encuentra en 12 días el tiempo promedio que transcurre entre la fecha de solicitud del procedimiento quirúrgico y la fecha de su realización. En los estándares contemplados en esta metodología se considera que en un hospital de segundo nivel un tiempo superior a 10 días corresponde a una *baja* gestión.

En el indicador de rendimiento muestra una gestión *aceptable* (4.38 de 7 puntos), por cuanto su indicador específico de rendimiento en el período, señala que el profesional licenciado en enfermería responsable de consulta de crecimiento y desarrollo en consulta externa, efectuó en promedio 0.2 consultas por hora, de acuerdo con la información suministrada por el hospital. Gestión tomada como *baja* y dentro de la cual se considera todo rendimiento por debajo de 2.5 o superior a 4 consultas por hora. En el primer caso, por cuanto puede indicar *baja* demanda o exceso de recurso humano y en el segundo caso, porque iría en detrimento de la calidad de la consulta. El rendimiento del profesional especialista responsable de consulta externa, presenta una gestión *excelente* ya que efectuó en promedio 3 consultas por hora, ajustándose a los estándares de excelencia previstos para este indicador.

El indicador de cobertura se catalogó con una *buena* gestión, siendo el porcentaje de recién nacidos a los que se les realiza la prueba de TSH (100%) ubicado dentro del rango de *excelencia* y el porcentaje de recién nacidos con primera dosis de polio, BCG y hepatitis B (89.2%), en el rango *aceptable*.

En el indicador de productividad su gestión fue *aceptable* y dentro de éste el giro cama (11.1), el promedio de estancia de hospitalización de la entidad (2.7 días) y el porcentaje de cumplimiento en el logro de la meta establecida en consultas de urgencias en el período (100%), presentan una gestión *excelente*. El indicador relacionado con el porcentaje de cumplimiento en el logro de la meta establecida en consulta externa (especialistas) en el período (91.7%) refleja una gestión *aceptable* y los indicadores de porcentaje ocupacional (99.1%) y porcentaje de cumplimiento en la programación de cirugías establecidas en el período (156.4%) una gestión *baja*. En este último indicador, un porcentaje por encima de 100 nos indica sobreutilización del recurso humano existente o meta mal calculada.

En el indicador de seguridad, el porcentaje de infecciones intrahospitalarias (2.3%) refleja una *buena* gestión. En el indicador de gestión social el porcentaje de requerimientos interpuestos (0.1%) presenta una gestión *baja*, ya que se considera que un porcentaje por debajo del 0.4% nos orienta hacia un no reporte de quejas o la no utilización de buzones.

El componente financiero del hospital presenta una *buena* gestión y su puntaje es de 25 sobre 30 puntos. Sus indicadores de liquidez: razón corriente (3.54), liquidez general (4.54) y capital de trabajo (72% del activo corriente), así como el indicador de ejecución presupuestal de gastos (99.8%) reflejan una excelente gestión. Los indicadores de excedente operacional (8.4% del patrimonio) y ejecución presupuestal de ingresos (87.7%) presentan una ejecución *aceptable*.

Es importante mencionar la gestión del hospital **SAN BLAS**, el cual en el año 2005 presentó la gestión más baja de todas las ESE del Distrito Capital 52,2 puntos sobre 100 y en el año 2006 pasa

a un puntaje total de 74,03 sobre 100, siendo evaluado con una *buena* gestión y ocupando el tercer lugar dentro de los hospitales de segundo nivel. Tanto en el componente técnico-científico y social como en el financiero, el hospital presenta una mejor gestión.

Dentro del componente técnico-científico y social en el indicador macro de oportunidad, la correspondiente a consulta externa especializada, pasó de un promedio de 7.9 días en el último trimestre de 2005 (indicativo) a 5 días en el 2006. En el indicador de productividad, el promedio de estancia de hospitalización de la entidad fue de 3.9 días en el 2006, por lo cual fue ubicado en el rango de una gestión *excelente*. En el indicador de seguridad, el porcentaje de infecciones intrahospitalarias disminuyó de 2.4% en el último trimestre de 2005 a 1.6% en el año 2006, en relación con el total de egresos hospitalarios. En el indicador de gestión social el porcentaje en el trámite de requerimientos fue del 100% en el 2006. Así mismo, para este año se pudo establecer el porcentaje de requerimientos interpuestos frente al número de pacientes atendidos en el período, el cual fue de 1.7%, considerado dentro del rango de *excelencia*. Para el año 2005, este indicador no se pudo constituir porque el hospital no suministró el número de pacientes atendidos en el último trimestre.

En el componente financiero los indicadores de liquidez mejoraron en el 2006 respecto de 2005, de acuerdo con la información suministrada. Así mismo, en el indicador de eficiencia operacional se pasó de un déficit de \$770.6 millones en el 2005, a un excedente operacional en el 2006 de \$511.1 millones, lo que indica que se tomaron medidas tendientes a mejorar el manejo del área financiera. Igualmente mejoraron los indicadores de gestión presupuestal.

El Hospital de **BOSA** presenta una *buena* gestión total con 73.15 sobre 100 puntos y ocupa el cuarto lugar dentro de los hospitales de segundo nivel. En su componente técnico-científico y social refleja una *buena* gestión con 55.15 sobre 70 puntos. Su mejor gestión se refleja en los indicadores macro de oportunidad (22.75 sobre 24.5), cobertura (7 sobre 7) y seguridad (3.5 sobre 3.5). Dentro del indicador de oportunidad cinco de sus indicadores específicos presentan una *excelente* gestión, el de oportunidad en la entrega de medicamentos ambulatorios presenta una gestión *aceptable* ya que ésta se encuentra en 2 días y el estándar para el rango de excelencia es de 1 día.

El indicador de rendimiento (6.13 sobre 7) refleja una *buena* gestión y los indicadores de productividad (11.39 sobre 21) y gestión social (4.38 sobre 7) una gestión *aceptable*. Dentro de este último indicador el porcentaje de quejas tramitadas que fue del 81.6% se ubicó en el rango de una *baja* gestión.

En el componente financiero el hospital presenta una gestión *aceptable* con 18 sobre 30 puntos. Sus indicadores específicos de liquidez general (2.51), capital de trabajo (19% del activo corriente), excedente operacional (10.7% del patrimonio) y ejecución presupuestal de gastos (96%) presentan una *buena* gestión. Los indicadores de razón corriente (1.24) y ejecución presupuestal de ingresos (86.2%) una gestión *aceptable*.

El hospital de **TUNJUELITO** con 72.91 sobre 100 puntos muestra una gestión total *buena*. Su componente técnico-científico y social es *aceptable* con 49.91 de 70 puntos asignados a dicho componente. Sus indicadores macro de cobertura (7 sobre 7) y seguridad (3.5 sobre 3.5) se ubican en el rango de *excelencia*. El indicador macro de oportunidad (20.13 sobre 24.5) presenta una

buena gestión. Ubicados dentro del rango *aceptable* se encuentran los indicadores macro de rendimiento (4.38 sobre 7), productividad (10.52 sobre 21) y gestión social (4.38 sobre 7).

El componente financiero del hospital presenta una *buena* gestión con 23 de 30 puntos. Sus indicadores de capital de trabajo (35% del activo corriente) y excedente operacional (15.4% del patrimonio) son *excelentes*. En el primer indicador nos muestra que el hospital dispone del 35% del activo corriente para operar en el corto plazo. El segundo indicador nos muestra el resultado positivo que tuvo el hospital durante la vigencia 2006 tomando los recursos que ingresan y los egresos incurridos en desarrollo de su objeto social.

Los dos hospitales que presentan una gestión total *aceptable* son **ENGATIVÁ** y **CENTRO ORIENTE** con 71.66 y 70.78 sobre 100 puntos, respectivamente. En los dos hospitales esta puntuación es superior a la del año 2005, registrada en 68.7 y 69.2 sobre 100, para cada uno.

En el hospital de **ENGATIVÁ**, cuyo componente técnico–científico y social refleja una gestión *aceptable*, de acuerdo con los resultados de los indicadores utilizados en la presente metodología, se debe revisar y mejorar el rendimiento tanto del profesional especialista responsable de consulta externa (1.5 consultas por hora), como del profesional licenciado en enfermería, responsable de consulta de crecimiento y desarrollo (2 consultas por hora). Ambos indicadores se encuentran por fuera de los estándares establecidos indicando baja demanda o exceso de recurso humano, su gestión se refleja como *baja*.

En el indicador de cobertura se reportó apenas un 70.2% del total de recién nacidos vivos en el hospital, a quienes se les realizó la prueba de TSH al nacer, cuando ésta es de obligatorio cumplimiento en la atención del parto en todas las ESE, independientemente de su nivel de complejidad. De acuerdo con lo anterior debería estar en el 100% y por lo tanto refleja una *baja* gestión.

Dentro del indicador de productividad el porcentaje ocupacional se encuentra en el 85.5% y de acuerdo con los estándares adoptados en la presente metodología, para un hospital de segundo nivel no debe estar por debajo del 88%. Igualmente, el porcentaje de cumplimiento en la programación de cirugías establecida en el período, se registró en 211,3% y como ya se indicó un porcentaje por encima de 100 nos indica sobreutilización del recurso humano existente, meta mal calculada o utilización de mayor recurso humano. Igualmente, el indicador de gestión social que presenta el porcentaje de requerimientos interpuestos (0.1%) en relación con el número de pacientes atendidos en el período, nos demuestra que debe revisarse el procedimiento de intercomunicación con los usuarios, ya que se considera que un porcentaje por debajo del 0.4% es como si no existiera reporte de quejas o no utilización de buzones.

En el Hospital **CENTRO ORIENTE** el componente técnico–científico y social presenta una gestión *aceptable* y dentro de éste es importante observar el indicador macro de productividad que comprende los siguientes indicadores específicos, los cuales reflejan una *baja* gestión: porcentaje ocupacional, para el año 2006, 58.5%, muy por debajo del estándar previsto para un rango de gestión aceptable, el cual se encuentra en 88% para los hospitales de segundo nivel. Porcentaje de cumplimiento en el logro de la meta establecida en consultas de urgencias en el período que fue registrado en 324.6%, lo cual nos indica una sobre utilización del recurso humano existente, meta mal calculada o utilización de mayor recurso humano, caso que no fue especificado. Porcentaje de

cumplimiento en el logro de la meta establecida en consulta externa (especialistas) en el período, se presenta en 57.9%, lo que indica incumplimiento de la meta que puede ser por factores como meta mal calculada o no realización de las actividades por falta de recurso humano y/o subutilización del mismo. Este porcentaje se encuentra por debajo del estándar previsto para un rango de gestión aceptable que es del 90%. Igual que el indicador de cumplimiento de consultas de urgencias, el porcentaje de cumplimiento en la programación de cirugías establecida en el período, se calculó en 127.8%, nuevamente se observa que estuvo mal calculada la meta o que se presenta sobre utilización del recurso humano.

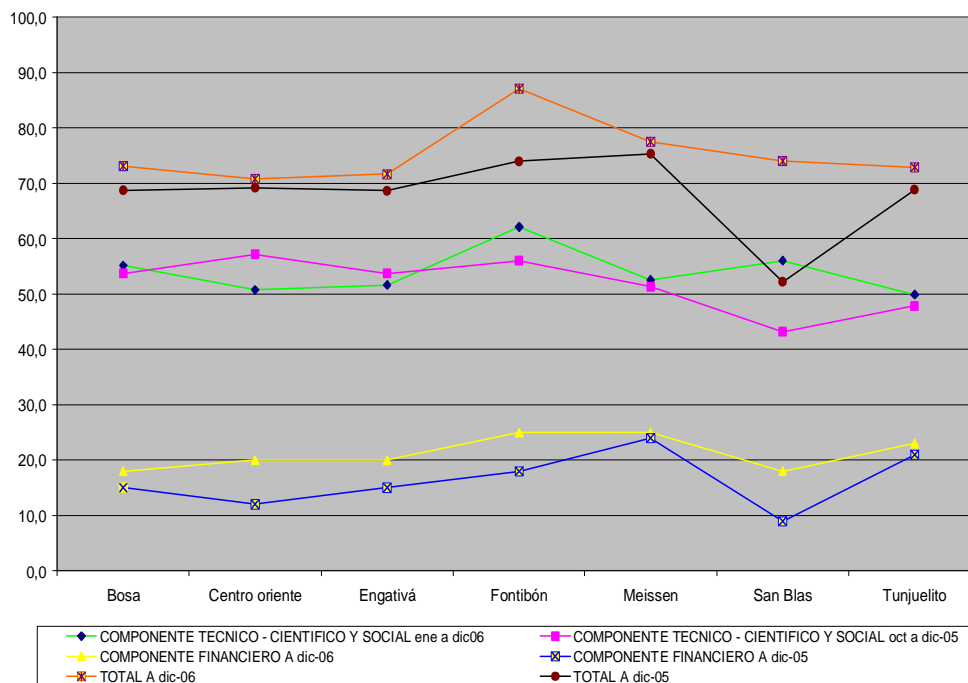
En el indicador macro de rendimiento, el del profesional especialista responsable de consulta externa refleja una gestión *baja*, porque presenta un resultado de 3.3 consultas por hora, es decir, en promedio, se efectuaron consultas de 18.2 minutos, tiempo considerado por debajo del estándar previsto que es de mínimo 20 minutos.

El indicador de seguridad presenta un porcentaje de 0.04% en infecciones intrahospitalarias en relación con el total de egresos hospitalarios del 2006. Valores con tendencia a 0 y mayores de 3% deben ser objeto de seguimiento estricto por cuanto pueden deberse a subregistro, no reporte o condiciones de bioseguridad excelentes o deficientes. La Veeduría Distrital trató de verificar los soportes de la información reportada en el hospital pero no fue posible hacerlo en la visita efectuada. Por tanto este indicador refleja una *baja* gestión ya que se encuentra por fuera de los estándares previstos entre 0.3% y 3% para hospitales de segundo nivel.

El componente financiero del Hospital **CENTRO ORIENTE**, a 31 de diciembre de 2006, presenta una *buena* gestión, por cuanto de 30 puntos asignados, obtuvo 20. Los indicadores específicos a diciembre de 2006 de: razón corriente y liquidez general o solidez, cuyos resultados deben ser 3 o mayor de 3, se ubican en 1.31 y 2.84 respectivamente, estando en el rango *aceptable* y *bueno*, en su orden; el indicador de capital de trabajo que se espera sea igual o mayor al 20% del activo corriente, presenta un resultado del 24%, que lo determina como *excelente* al igual que el indicador de eficiencia operacional que presenta un resultado de 28% sobre el total del patrimonio, encontrándose dentro del estándar de excelencia previsto en un 15% o más del patrimonio. En los indicadores de gestión presupuestal, el relacionado con los ingresos muestra una gestión *baja*, pues los ingresos recaudados frente a los presupuestados fueron del 79.5% y el estándar mínimo para una gestión aceptable se encuentra en 80%. El indicador relacionado con los gastos ejecutados frente a los presupuestados, presenta una gestión *aceptable*, ya que su porcentaje fue del 89.4%, encontrándose el estándar de una *buena* gestión en 90%.

En la siguiente gráfica se observa el comportamiento de los resultados obtenidos por los hospitales que prestan servicios de segundo nivel en los años 2005 y 2006.

**MEDICION DE LA GESTION GENERAL DE LAS ESE DISTRITALES - II NIVEL
2005 - 2006**



Tomados en conjunto los resultados obtenidos por los hospitales de segundo nivel, se observa un mejor comportamiento de la vigencia 2006 frente al período tomado como indicativo en el año 2005.

En el componente técnico–científico y social el comportamiento es similar en los dos años, presentando descensos los hospitales de Centro Oriente y Engativá y los mayores aumentos San Blas y Fontibón.

En el componente financiero, como se observa en la gráfica, los hospitales de este nivel en su conjunto presentan un mejor desempeño en el año 2006.

2.3. Tercer Nivel de Atención

HOSPITAL	COMPONENTE TECNICO - CIENTIFICO Y SOCIAL		COMPONENTE FINANCIERO		TOTAL 100 puntos	
	SUBTOTAL 70 puntos		30 puntos			
	oct a dic-05	ene a dic-06	A dic-05	ene a dic-06	A dic-05	ene a dic-06
Tercer Nivel						
Kennedy	57,2	59,52	21,0	16,00	78,2	75,52
El Tunal	51,4	51,66	27,0	23,00	78,4	74,66
Santa Clara	49,0	45,54	24,0	16,00	73,0	61,54
La Victoria	45,5	44,65	21,0	15,00	66,5	59,65
Simón Bolívar	52,5	52,53	21,0	6,00	73,5	58,53

Fuente: Cálculos efectuados por la Veeduría Distrital a partir de información suministrada por las ESE.

El 40% de los hospitales de tercer nivel, es decir, los hospitales de **KENNEDY** y **EL TUNAL** presentan una gestión total *buena* durante el año 2006. El 60% restante, los hospitales **SANTA CLARA, LA VICTORIA Y SIMÓN BOLÍVAR** muestran una gestión *acceptable*. Ninguno de los hospitales de tercer nivel refleja una gestión *excelente* ni *baja*.

Comparada la gestión del año 2006 con el comportamiento del último trimestre de 2005, de manera indicativa, todas las ESE de tercer nivel bajaron, de acuerdo con los indicadores manejados en esta metodología. Esta disminución se refleja mucho más en el componente financiero, en el cual todos los hospitales presentan una menor gestión. En el componente técnico-científico y social, solamente presentan un menor puntaje los hospitales de **SANTA CLARA y LA VICTORIA**.

A 31 de diciembre de 2006, de acuerdo con la medición efectuada por la Veeduría Distrital, el hospital que presenta una mejor gestión es el de **KENNEDY** con 75,52 sobre 100. Su mejor gestión la presenta en el componente técnico-científico y social el cual muestra una *buena* gestión y obtiene un puntaje de 59.52 sobre 70 puntos, siendo en este componente el mejor hospital de tercer nivel.

Los puntajes obtenidos para el año 2006 por cada uno de los indicadores macro fueron los siguientes: oportunidad 24.5, rendimiento 7, cobertura 3.5, seguridad 3.5 y gestión social 7.0, todos estos, con los máximos puntajes y ubicados dentro del rango correspondiente a una gestión *excelente*. El indicador macro de productividad obtuvo 14.02 puntos de 24.5 posibles y muestra una gestión *acceptable*.

En el indicador macro de oportunidad, los indicadores relacionados con el número de días entre solicitud de la cita y su fecha de asignación para consulta externa especializada (8 días), oportunidad en la entrega de medicamentos ambulatorios (1 día), registro de resultados de laboratorio ambulatorio (1 día), realización de imágenes diagnósticas (2 días), realización del procedimiento quirúrgico programado (5 días) y el porcentaje de cancelación de cirugías por causas intrahospitalarias (1%), se encuentran dentro del rango de *excelencia* pues cumplen con los estándares previstos para dicho rango.

El indicador relacionado con el rendimiento del profesional especialista responsable de consulta externa, nos da un resultado de 3 consultas por hora, en promedio, lo cual corresponde a una gestión *excelente*.

El indicador macro de cobertura cumplió también con los estándares de excelencia. Este indicador solo contempla dos posibilidades, igual o superior al 100%, que corresponde a una gestión *excelente* o menor al 100% que corresponde a una gestión *baja*, dado que la prueba de TSH se debe realizar a todos los recién nacidos vivos.

El indicador de infecciones intrahospitalarias arroja un resultado de 2.9% sobre el total de egresos hospitalarios en el período, encontrándose igualmente dentro de los rangos de *excelencia* para hospitales de tercer nivel.

Los indicadores de: porcentaje de requerimientos tramitados frente a los interpuestos (100%) y el porcentaje de requerimientos interpuestos frente al número de pacientes atendidos en el período (0.9%) también fueron *excelentes*, dentro del indicador macro de gestión social.

En el indicador de productividad los indicadores específicos de giro cama en hospitalización (5.8 pacientes por cama, en promedio mes), promedio estancia de hospitalización de la entidad (5.6 días) y porcentaje de cumplimiento en la programación establecida de cirugías en el período (100%), presentaron una gestión *excelente*. Los indicadores específicos de giro cama urgencias (2.8 pacientes por cama, en promedio mes), porcentaje ocupacional (100%), promedio estancia de urgencias de la entidad (6.02 días) y porcentaje de cumplimiento en programación establecida en consulta externa (especialistas) en el período (103%), reflejaron una *baja* gestión. El giro cama de urgencias nos indica que el paciente permanece un mayor tiempo al que correspondería para urgencias, el estándar de excelencia para tercer nivel se encuentra entre 11 y 15 pacientes por cama, en promedio mes.

En su componente financiero el hospital de **KENNEDY** obtuvo 16 puntos de 30 y su gestión fue *aceptable*. Dentro de este componente sus indicadores específicos presentan los siguientes resultados: razón corriente 1.43; liquidez general o solidez 2.93, para estos dos indicadores el resultado debe ser igual o mayor de 3, por tanto su gestión fue *baja* en el primer indicador y *buena* en el segundo. El capital de trabajo fue de \$8.750.6 millones que representa el 29.9% del activo corriente, el estándar para este indicador es mayor o igual al 20% de dicho activo, por tanto fue *excelente*; el indicador de eficiencia operacional \$930.5 millones que equivale al 2.2% del patrimonio, fue ubicado en el rango *bajo*. El estándar para este indicador es igual o mayor al 15% del patrimonio; la ejecución presupuestal de ingresos para el hospital fue del 89% y la ejecución presupuestal de gastos del 93.4%. El estándar para estos dos indicadores es 100%, considerando que entre el 97 y el 100% puede ser evaluado como *excelente*, entre el 90 y el 96.9% *bueno*, entre el 80 y el 89.9%, *aceptable* y menor al 80% *bajo*.

Por su parte el hospital **EL TUNAL** ocupó el segundo lugar dentro de las ESE de tercer nivel con 74.66 puntos sobre 100. Su componente técnico-científico y social reflejó una gestión *aceptable*, 51.66 puntos sobre 70 y su componente financiero una *buena* gestión, 23 de 30 puntos.

Dentro del componente técnico-científico y social sus indicadores macro de oportunidad (21.88 de 24.5), rendimiento (7 puntos de 7) y cobertura (3.5 de 3.5), reflejaron una *excelente* gestión. Los

indicadores de productividad (14.02 de 24.5 puntos) y gestión social (4.38 de 7 puntos) fueron *aceptables*. El indicador macro de seguridad (0.88 puntos de 3.5) presenta una *baja* gestión.

De los seis indicadores específicos de oportunidad cinco fueron evaluados con una gestión *excelente* y el de oportunidad para la realización de procedimiento quirúrgico, establecido en 13.2 días en promedio, desde cuando se solicita el procedimiento hasta la fecha de su realización, fue ubicado en el rango de una *baja* gestión. El estándar para este indicador se encuentra en un tiempo máximo de 12 días.

El rendimiento del profesional especialista responsable de consulta externa se encuentra en el rango *excelente*. Así mismo, el indicador de cobertura, medido por el porcentaje de recién nacidos vivos a los cuales se les realiza la prueba de TSH al nacer, presenta una gestión *excelente*.

En el indicador macro de productividad, el giro cama de hospitalización (5.3 pacientes por cama, en promedio mes), así como el promedio de estancia de hospitalización de la entidad (5.2 días en promedio), se encuentran dentro de los rangos de *excelencia*. El giro cama de urgencias (10.7 pacientes por cama, en promedio mes) se encuentra dentro del rango de una *buena* gestión. El porcentaje ocupacional que en promedio para el año 2006 fue del 109.3%, refleja una *baja* gestión por cuanto significa que hubo sobrecupo, sobreutilización del recurso físico; además, en caso de presentarse una emergencia, el hospital no contaría con camas disponibles para atenderla, adicionalmente se debe tener en cuenta el tiempo necesario para los procedimientos de desinfección. El promedio de estancia de urgencias de la entidad, registrado en 3.4 días en promedio durante el año 2006, presenta una gestión *aceptable*. Los porcentajes de cumplimiento en la programación establecida, tanto en consulta externa (83%) como en cirugías (196.7%) en el año 2006, muestran una gestión *baja*. En el primer caso, indica incumplimiento de la meta, porque pudo estar mal calculada o no se realizaron las actividades por falta de recurso humano y/o subutilización del mismo. Este porcentaje se encuentra por debajo del estándar previsto para un rango de gestión aceptable que es del 90%. En el segundo indicador, puede estar mal calculada la meta o se presenta sobreutilización del recurso humano.

El porcentaje de infecciones intrahospitalarias, de acuerdo con la información reportada, fue del 5.5% en relación con el total de egresos hospitalarios. El estándar de excelencia para este indicador se encuentra entre 0.3 y 4%; para los rangos de *buena* y *aceptable* gestión, entre el 4 y 5%. Por tanto el indicador de seguridad muestra una gestión *baja*.

En el indicador de gestión social, el porcentaje de requerimientos tramitados fue del 100%, por lo cual presenta una gestión *excelente* y el porcentaje de requerimientos interpuestos en relación con el total de usuarios atendidos en el año 2006, fue del 0.29%, evaluado con una gestión *aceptable*.

En el componente financiero su mejor desempeño se refleja en los indicadores de razón corriente 4.58, liquidez general 4.87 y capital de trabajo \$30.457 millones que equivalen al 78% del activo corriente, los cuales reflejaron una gestión *excelente*. El indicador de eficiencia operacional \$4.594.2 millones que representan el 10.6% del total del patrimonio, muestra una *buena* gestión.

Los ingresos recaudados frente a los presupuestados fueron del 74.1% y el estándar mínimo para una gestión aceptable se encuentra en el 80%. El indicador relacionado con los gastos ejecutados

frente a los presupuestados, muestra una gestión *aceptable*, ya que su porcentaje fue del 81.8%, encontrándose el estándar de una *buena* gestión en el 90%.

Es importante precisar que en la ESE **SANTA CLARA**, por no prestar allí los servicios relacionados con ginecobstetricia ni neonatos, el indicador de cobertura no se tuvo en cuenta. Así que para no afectar la medición del hospital, el puntaje estipulado para este indicador en hospitales de tercer nivel, 3.5 puntos, fue agregado al indicador de oportunidad para la realización de procedimientos quirúrgicos, ya que no fue posible encontrar otro indicador de cobertura para **SANTA CLARA** que reemplazara el de la prueba de TSH.

Los indicadores que en esta ESE reflejaron una gestión *excelente*, dentro del componente técnico–científico y social fueron: oportunidad (23.63 de 28 puntos) y seguridad (3.5 máximo puntaje). Los indicadores de productividad (12.28 de 24.5 puntos) y gestión social (4.38 de 7 puntos) presentaron una gestión *aceptable*. El indicador de rendimiento del profesional especialista responsable de consulta externa fue ubicado en el rango de una *baja* gestión (9.8 consultas por hora, promedio mes).

En el componente financiero su mejor desempeño se refleja en los indicadores de capital de trabajo \$10.078 millones que equivalen al 41% del activo corriente y la ejecución presupuestal de gastos 97.9%, ambos indicadores con una gestión *excelente*.

Los hospitales **LA VICTORIA Y SIMÓN BOLÍVAR** obtuvieron un puntaje de 59.65 y 58.53 sobre 100, respectivamente. Su menor gestión se presenta en el componente financiero, el cual pasó, en el hospital **LA VICTORIA**, de 21 puntos en el 2005 a 15 en el 2006. El hospital **SIMÓN BOLÍVAR** pasó de 21 puntos a 6 comparando los mismos períodos.

En el componente técnico–científico y social el hospital **LA VICTORIA** presenta dos indicadores con una gestión *excelente*, los de cobertura y seguridad. Los indicadores de oportunidad, rendimiento, productividad y gestión social reflejan una gestión *aceptable*.

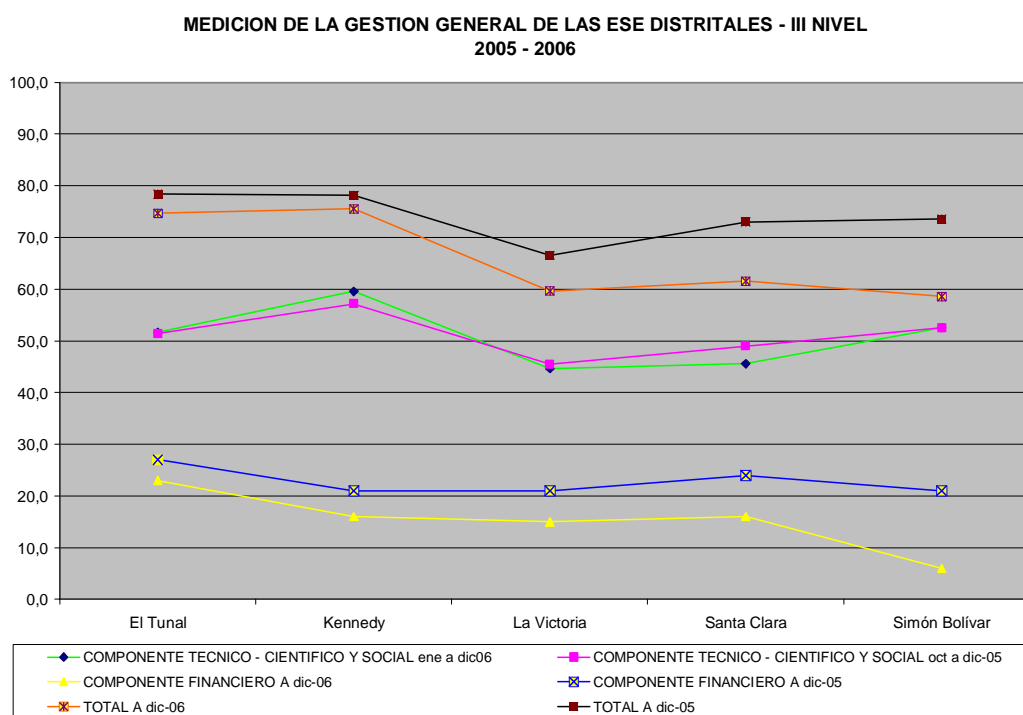
En el componente financiero, los indicadores de capital de trabajo y ejecución presupuestal de gastos fueron *excelentes*. Los de razón corriente y liquidez general, presentaron una gestión *aceptable*. Los de eficiencia operacional y ejecución presupuestal de ingresos *baja gestión*.

El hospital **SIMÓN BOLÍVAR**, obtiene 52.53 puntos sobre 70 en su componente técnico–científico y social, el segundo puntaje en los hospitales de tercer nivel. Dentro de su componente técnico–científico y social, los indicadores de oportunidad (23.63), cobertura (3.5) y seguridad (3.5) reflejan una *excelente* gestión. Los indicadores de rendimiento (3.5), productividad (14.02) y gestión social (4.38), presentan una gestión *aceptable*.

En el componente financiero, los indicadores específicos a diciembre de 2006 de: razón corriente y liquidez general o solidez, cuyos resultados deben ser 3 o mayor de 3, se ubican en 0.68 y 1.54 respectivamente, representando una *baja* y *aceptable* gestión, en su orden; *baja*, por cuanto el hospital no dispone de activos corrientes para el cumplimiento de sus obligaciones a corto plazo, lo que repercute en la disponibilidad del capital de trabajo. El indicador de capital de trabajo que se espera sea igual o mayor al 20% del activo corriente, en el hospital (-\$13.135 millones) presenta un resultado del -48%, siendo medido como *bajo* al igual que el indicador de eficiencia operacional que

presenta un resultado de -35% sobre el total del patrimonio, encontrándose por fuera del estándar previsto en un 15% o más del patrimonio. Es de observar que el déficit operacional del año 2006, en gran parte fue originado por una provisión para deudores por valor de \$8.5 mil millones, que no fueron calculadas en forma técnica en períodos anteriores. En los indicadores de gestión presupuestal, el relacionado con los ingresos está ubicado en el rango de una gestión *aceptable*, pues los ingresos recaudados frente a los presupuestados fueron del 86.0%. El indicador relacionado con los gastos ejecutados frente a los presupuestados presenta una *buena* gestión, ya que su porcentaje fue del 96.8%.

En la siguiente gráfica se puede observar el comportamiento de los resultados obtenidos por los hospitales de tercer nivel por cada uno de los componentes técnico-científico y social y el financiero. Las líneas superiores presentan los totales, sumados los dos componentes.



Tomados en conjunto los resultados obtenidos por los hospitales de tercer nivel, se observa que su gestión total disminuyó en el año 2006 respecto al período tomado como indicativo en el año 2005. Esta disminución es especialmente notoria en los hospitales **SANTA CLARA y SIMÓN BOLÍVAR**.

En el componente técnico-científico y social el comportamiento es similar en los dos años.

Se observa que en términos generales el componente financiero de los hospitales en su conjunto presenta un menor desempeño en el año 2006 frente al 2005.

3. COMPORTAMIENTO GENERAL DE LOS INDICADORES MACRO

En el año 2006 los indicadores macro que presentan un puntaje mas bajo a nivel global, son: rendimiento y productividad, igual que en el año 2005. Con el primer indicador se mide el rendimiento del profesional médico general responsable de consulta externa, del odontólogo, del profesional licenciado en enfermería responsable de consulta de crecimiento y desarrollo en consulta externa y para el caso de hospitales de segundo y tercer nivel, el rendimiento del profesional especialista responsable de consulta externa.

El comportamiento de este indicador, en el caso de estar por fuera de los estándares establecidos, permite inferir un detrimento en la calidad de las consultas, baja demanda de las mismas o exceso de recurso humano para su atención, dependiendo de la situación presentada en cada hospital en particular.

En lo referente al segundo indicador, relacionado con productividad, incluye los indicadores específicos de: giro cama, porcentaje ocupacional, promedio de estancia general de la entidad, grado de cumplimiento en la programación establecida en consulta externa para la consulta de profesional médico general, cumplimiento en la programación establecida en consulta externa para la consulta en desarrollo y crecimiento realizada por profesional licenciado en enfermería y porcentaje de cumplimiento de programación en actividades de promoción y prevención, para el caso de hospitales de primer nivel. Además de algunos de los anteriores, en hospitales de segundo nivel se incluyen: porcentajes de cumplimiento en programación de consulta de urgencias, consulta externa de especialistas y cirugías establecidas. Para tercer nivel: giro cama urgencias y promedio de estancia de urgencias en la entidad. Varios de los datos suministrados por los hospitales no se encuentran dentro de los estándares establecidos en la metodología. Los bajos resultados presentados en promedio, pueden obedecer a factores tales como meta mal calculada, subutilización o sobre utilización del recurso humano, sobrecupo o sobreutilización del recurso físico.

El indicador macro que tanto en el año 2005 como en el 2006 presenta un mayor nivel de cumplimiento por parte de todos los hospitales del Distrito Capital es el de oportunidad, el cual mide la capacidad de satisfacer la necesidad de salud del usuario en el momento que requiera el servicio. Dentro de este indicador se mide la oportunidad de consulta en medicina general, odontología, atención de enfermería en consulta de crecimiento y desarrollo, registro de resultados de citología vaginal, entrega de medicamentos ambulatorios y registro de resultados de laboratorio. En hospitales de segundo y tercer nivel, además de tomarse algunos de los anteriores, se encuentran: oportunidad en consulta externa especializada, realización de procedimiento quirúrgico programado, realización de imágenes diagnósticas (para tercer nivel) y porcentaje de cancelación de cirugías por causas intrahospitalarias.

Dentro de los indicadores del componente financiero, el de eficiencia operacional (que expresa el resultado positivo o negativo de las operaciones financieras desarrolladas por la empresa, tomando los recursos que ingresan y los egresos incurridos en desarrollo de su objeto social) y el indicador de ejecución presupuestal de ingresos (que mide los ingresos recaudados frente a los presupuestados), son los que presentan una menor gestión, ubicándose en estos dos indicadores el mayor porcentaje de hospitales con una medición *baja* (27 y 32%, respectivamente).

El indicador macro que presenta un mejor desempeño por parte de todas las ESE, es el de liquidez. Dentro de éste, el indicador específico de capital de trabajo (que presenta el valor del que dispone la

empresa para operar, representado en efectivo u otros activos corrientes, después de cancelar los pasivos a corto plazo) es el que concentra el mayor número de hospitales con una gestión excelente, esto es, el 82%.

En los otros dos indicadores específicos, razón corriente y liquidez general, un 32 y un 36% de los hospitales, respectivamente, presentan una gestión excelente. Estos indicadores expresan, el primero, en número de veces, el respaldo en recursos de corto plazo (corriente) a exigibilidades (pasivo corriente) del mismo período; y el segundo, el respaldo en recursos totales a la integralidad de las exigibilidades de la empresa, es decir, este último expresa la solidez de la entidad a largo plazo.

4. CONCLUSIONES

De conformidad con el resultado obtenido en el cálculo de los indicadores aplicados a las diferentes ESE del Distrito Capital y los estándares establecidos para cada uno de ellos, los hospitales del Distrito Capital no alcanzaron la clasificación *excelente*.

El 59% de las ESE se encuentran evaluadas con una *buena* gestión y el 41% restante con una gestión *aceptable*. Mirando por componentes, en el financiero, a 31 de diciembre de 2006, el 59% de ellas reflejan una gestión *buena*. En el componente técnico-científico y social el 45% fueron clasificadas dentro de una *buena* gestión.

De acuerdo con los resultados de los indicadores de cobertura útil de vacunación de polio en menores de un año, en los hospitales de primer nivel y según lo informado por la ESE **PABLO VI BOSA**, es muy difícil cumplir con la meta establecida por la –SDS– para cada hospital. El 60% de los hospitales no alcanzaron a cumplir con el estándar mínimo establecido para este indicador (85%) en la presente metodología por lo cual fueron evaluados con una gestión *baja*, estos son los hospitales de CHAPINERO (73.2%), DEL SUR (84.3%), RAFAEL URIBE URIBE (67.6%), SAN CRISTÓBAL (74.2%), SUBA (17.7%) y VISTA HERMOSA (84.8%). El único hospital que cumple con el 100% es el de NAZARETH; USAQUÉN con el 92% y USME con 90.4% presentaron una *buena* gestión. Como se mencionó en el informe, la meta se establece con base en el censo de 1993 y en la base de datos de nacidos vivos en Bogotá, para luego ubicar las metas de acuerdo con la localidad donde dicen que viven las madres de los recién nacidos.

Las variables que afectan el cumplimiento de la meta, según información del hospital **PABLO VI BOSA**, son la movilidad, por el desplazamiento de una localidad a otra; la afiliación al régimen privado, ya que muchas veces la práctica privada no reporta lo vacunado pues no hay reglamentación al respecto; la mortalidad de los niños menores de un año y el factor cultural (creencias religiosas, medicinas alternativas).

5. RECOMENDACIONES

Dentro del componente técnico-científico y social es importante revisar básicamente las actividades relacionadas con los indicadores macro de rendimiento y productividad, lo anterior, porque de acuerdo con los resultados obtenidos al aplicar esta metodología, es en estos aspectos en donde se presentan las puntuaciones más bajas. Respecto al primer indicador es importante revisar el rendimiento del profesional médico general responsable de consulta externa, del odontólogo, del profesional licenciado

en enfermería responsable de consulta de crecimiento y desarrollo en consulta externa y para el caso de hospitales de segundo y tercer nivel, el rendimiento del profesional especialista responsable de consulta externa. Algunos de los hospitales se encuentran por fuera de los estándares establecidos. En el hospital de Santa Clara el indicador se encuentra por encima de 3 consultas por hora, lo cual va en detrimento de la calidad de la consulta. Así mismo, se recomienda verificar la información reportada a la Veeduría Distrital, para no distorsionar el indicador y con ello los resultados de la gestión.

Referente al indicador de productividad deberían revisarse las actividades relacionadas con giro cama, porcentaje ocupacional y porcentajes de cumplimiento en la programación establecida tanto en cirugías como en consulta externa. En estos dos últimos indicadores, deben revisarse también las metas establecidas, ya que en varios hospitales éstas difieren mucho de las actividades efectivamente realizadas.

Se recomienda a la -SDS- liderar un cuestionario unificado por niveles, para las ESE del Distrito Capital, sobre la encuesta de satisfacción a los usuarios, ya que al no existir, es difícil utilizar este mecanismo, por el sesgo que pueden presentar las actuales encuestas, para la construcción de indicadores de gestión social.

Es importante revisar y verificar la información del componente técnico-científico y social, antes de ser remitida a la Veeduría Distrital, porque no obstante haberse solicitado refrendada con la firma del revisor fiscal, que muchos hospitales omitieron, en algunos casos la información venía con imprecisiones y errores que, en las visitas realizadas a algunos hospitales pudieron ser detectadas y corregidas.

ANEXO No.1
COMPONENTE TECNICO-CIENTIFICO Y SOCIAL

Indicador Macro	Indicadores Específicos por Niveles de Atención		
	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel
1) Oportunidad	a) De consulta externa medicina general	De consulta externa especializada	Ídem
	b) De consulta externa de odontología	No aplica	No aplica
	c) De atención de enfermería para consulta de crecimiento y desarrollo	Ídem	No aplica
	d) En el registro de resultados de citología vaginal	No aplica	No aplica
	e) En la entrega de medicamentos ambulatorios (días)	Ídem	Ídem
	f) En el registro de resultados de laboratorio ambulatorio (días)	En el registro de resultados de laboratorio.	Ídem
			En la realización de imágenes diagnósticas
		Para la realización del procedimiento quirúrgico programado.	Ídem
		% de cancelación de cirugías por causas intrahospitalarias.	Ídem
2) Rendimiento	a) En el período definido del profesional médico en consulta externa	En el período definido del profesional especialista responsable de consulta externa	Ídem
	b) En el período definido del profesional odontólogo en consulta externa.	No aplica	No aplica
	c) En el período definido del profesional licenciado en enfermería responsable de actividades de consulta de crecimiento y desarrollo en la consulta externa.	Ídem	No aplica
3) Cobertura	a) % de recién nacidos vivos a los que se les realiza la prueba de TSH.	Ídem	Ídem
	b) % de menores de un año con tercera dosis de polio en el período.	No aplica	No aplica
		% de recién nacidos vivos con primera dosis de polio, BCG y Hepatitis B.	No aplica
4) Productividad	a) Giro cama o índice de	Ídem	Ídem

Indicador Macro	Indicadores Específicos por Niveles de Atención		
	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel
	rotación		
			Giro cama urgencias o índice de rotación
	b) % ocupacional o índice ocupacional	Ídem	Ídem
	c) Promedio de estancia general de la entidad	Promedio de estancia de Hospitalización de la entidad.	Ídem
			Promedio de estancia de urgencias en la entidad.
	d) % de cumplimiento en el logro de la meta establecida en consultas de medicina general en el período.	% de cumplimiento en el logro de la meta establecida en consultas de urgencias en el período.	No se toma
	e) % de cumplimiento en el logro de la meta establecida en consulta externa de profesional licenciada en enfermería en la consulta de crecimiento y desarrollo.	% de cumplimiento en el logro de la meta establecida en consulta externa de especialistas en el período.	Ídem
	f) % de cumplimiento en el logro de la meta establecida en las actividades de promoción y prevención (PyP).	No aplica	No aplica
		% de cumplimiento en la programación de cirugías establecidas en el período.	Ídem
5) Seguridad	a) % de infecciones intrahospitalarias	Ídem	Ídem
6) Gestión Social	a) % de requerimientos tramitados	Ídem	Ídem
	b) % de requerimientos o quejas interpuestas	Ídem	Ídem

**ANEXO No.2
COMPONENTE FINANCIERO**

INDICADOR GLOBAL	INDICADOR ESPECIFICO	RANGOS			
		Excelente	Buena	Aceptable	Baja
1) Liquidez	a) Razón corriente	>=3	>=2 y <3	<2 y >=1	<1
	b) Liquidez General	>=3	>=2 y <3	<2 y >=1	<1
	c) Capital de trabajo	>=20% activo cte	<20% y >=15% activo cte	<15% y >=10% activo cte	<10% activo cte
2) Eficiencia operacional	a) Excedente o déficit operacional	>=15% del patrimonio	<15% y >=10% del patrimonio	<=10% y >=5% del patrimonio	<5% del patrimonio
3) Gestión presupuestal	a) Ejecución presupuestal de ingresos	>=97%	<97% y >=90%	<= 90% y >=80%	< 80%
	b) Ejecución presupuestal de gastos	>=97%	<97% y >=90%	<= 90% y >=80%	< 80%

INDICADORES A DICIEMBRE DE 2006

	ESE	INDICADORES						CALIFICACION
		LIQUEZ			EFICIENCIA OPERACIONAL	GESTION PRESUPUESTAL		
		1) RAZON CORRIENTE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE	2) LIQUEZ GENERAL (SOLIDEZ) = ACTIVO TOTAL / PVO TOTAL	3) CAPITAL DE TRABAJO = ACTIVO CTE - PVO CTE	4) EXCEDENTE O DEFICIT OPERACIONAL	5) EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS = Ingr Recaudados / Ingr Presupuestado	6) EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS = Gtos Ejecutados / Gto Presupuestado	
I NIVEL	Hospital San Cristobal	6.46	4.95	8.308.107	1.903.995	70.1%	82.7%	25
	Hospital Usme	5.40	4.50	8.614.501	-935.834	93.5%	78.5%	20
	Hospital Rafael Uribe Uribe	1.61	3.63	2.264.075	1.446.931	85.6%	95.2%	22
	Hospital Suba	1.63	6.20	5.940.580	4.284.456	81.9%	97.6%	22
	Hospital Del Sur	1.71	2.17	6.211.982	1.004.547	79.8%	87.8%	17
	Hospital Pablo VI Bosa	22.38	5.27	7.704.410	942.398	89.6%	89.5%	23
	Hospital Vista Hermosa	3.47	3.37	8.196.724	-1.404.221	69.0%	83.6%	19
	Hospital Chapinero	2.33	2.84	4.780.341	1.952.206	90.0%	81.4%	23
	Hospital Nazareth	7.87	2.60	2.818.880	894.524	86.0%	96.6%	25
	Hospital Usaquén	1.66	2.67	1.999.794	634.498	82.1%	84.8%	19
II NIVEL	Hospital Meissen	3.54	4.54	27.366.125	3.228.104	87.7%	99.8%	25
	Hospital Tunjuelito	1.55	2.50	1.691.089	1.264.238	95.4%	94.6%	23
	Hospital Fontibón	1.27	2.90	1.680.076	3.714.956	97.9%	99.7%	25
	Hospital Bosa	1.24	2.51	829.698	557.528	86.2%	96.0%	18
	Hospital Engativá	1.21	1.44	3.227.850	7.079.970	89.7%	97.0%	20
	Hospital Centro oriente	1.31	2.84	1.463.516	2.435.164	79.5%	89.4%	20
	Hospital San Blas	1.17	1.94	1.305.741	511.119	2380.7%	98.9%	18
III NIVEL	Hospital El Tunal	4.58	4.87	30.456.956	4.594.231	74.1%	81.8%	23
	Hospital Santa Clara	1.71	3.00	10.078.223	1.410.137	70.9%	97.9%	16
	Hospital Kennedy	1.43	2.93	8.750.621	930.528	89.0%	93.4%	16
	Hospital La Victoria	1.32	1.76	2.591.635	-660.797	78.5%	98.1%	15
	Hospital Simón Bolívar	0.68	1.54	-13.135.105	-7.795.839	86.0%	96.8%	6

ANEXO No. 3 RESUMEN DE LA MATRIZ DE EVALUACION

HOSPITAL INDICADOR	COMPONENTE TÉCNICO - CIENTÍFICO Y SOCIAL												COMPONENTE FINANCIERO		TOTAL 100 puntos			
	OPORTUNIDAD		RENDIMIENTO		COBERTURA		PRODUCTIVIDAD		SEGURIDAD		GESTION SOCIAL		SUBTOTAL 70 puntos				30 puntos	
	oct a dic-05	ene a dic-06	oct a dic-05	ene a dic-06	oct a dic-05	ene a dic-06	oct a dic-05	ene a dic-06	oct a dic-05	ene a dic-06	oct a dic-05	ene a dic-06	oct a dic-05	ene a dic-06	ene a dic-05	ene a dic-06	ene a dic-05	ene a dic-06
Primer Nivel	(máximo 21 pts)		(máximo 10,5 pts)		(máximo 7 pts)		(máximo 21 pts)		(máximo 3,5 pts)		(máximo 7 pts)							
Pablo VI Bosa	15,2	21,0	5,8	6,1	4,7	5,3	8,2	16,6	1,2	3,5	4,7	7,0	39,69	59,51	20,00	23,00	59,69	82,51
Rafael Uribe Uribe	17,5	19,3	5,8	9,6	4,7	4,4	7,0	16,6	1,2	3,5	4,7	7,0	40,87	60,39	24,00	22,00	64,87	82,39
San Cristóbal	16,3	20,1	8,2	8,8	4,7	4,4	11,7	12,3	1,2	2,6	7,0	7,0	49,03	55,15	28,00	25,00	77,03	80,15
Nazareth	19,8	20,13	5,8	7,88	4,7	7,0	7,0	12,3	1,2	3,5	2,3	4,4	40,84	55,14	17,00	25,00	57,84	80,14
Chapinero	21,0	19,3	4,7	3,5	4,7	4,4	9,4	14,0	1,2	2,6	4,7	7,0	45,53	50,78	17,00	23,00	62,53	73,78
Usaquén	19,8	20,1	3,5	7,9	3,5	6,1	9,4	9,6	3,5	3,5	7,0	7,0	46,69	54,28	14,00	19,00	60,69	73,28
Usme	18,7	18,4	9,3	7,0	4,7	6,1	9,4	15,8	1,2	3,5	2,3	1,8	45,53	52,53	25,00	20,00	70,53	72,53
Suba	19,8	21,0	3,5	7,0	4,7	4,4	7,0	9,6	1,2	2,6	4,7	3,5	40,85	48,16	23,00	22,00	63,85	70,16
Vista Hermosa	18,7	17,5	3,5	10,5	4,7	4,4	7,0	10,5	1,2	3,5	4,7	4,4	39,70	50,78	20,00	19,00	59,70	69,78
Del Sur	15,2	16,6	4,7	7,0	2,3	4,4	7,0	11,4	1,2	2,6	2,3	4,4	32,71	46,41	20,00	17,00	52,71	63,41
Segundo Nivel	(máximo 24,5 pts)		(máximo 7 pts)		(máximo 7 pts)		(máximo 21 pts)		(máximo 3,5 pts)		(máximo 7 pts)							
Fontibón	24,5	24,5	3,5	7,0	7,0	7,0	12,8	13,1	3,5	3,5	4,7	7,0	56,01	62,14	18,00	25,00	74,01	87,14
Meissen	19,8	21,9	3,5	4,4	7,0	5,3	11,7	14,0	2,3	2,6	7,0	4,4	51,34	52,53	24,00	25,00	75,34	77,53
San Blas	19,8	21,9	3,5	4,4	7,0	7,0	8,2	12,3	2,3	3,5	2,3	7,0	43,18	56,03	9,00	18,00	52,18	74,03
Bosa	22,2	22,8	7,0	6,1	4,7	7,0	9,4	11,4	3,5	3,5	7,0	4,4	53,69	55,15	15,00	18,00	68,69	73,15
Tunjuelito	19,8	20,1	3,5	4,4	7,0	7,0	9,4	10,5	1,2	3,5	7,0	4,4	47,85	49,91	21,00	23,00	68,85	72,91
Engativá	23,3	22,8	3,5	1,8	7,0	4,4	9,4	14,9	3,5	3,5	7,0	4,4	53,68	51,66	15,00	20,00	68,68	71,66
Centro oriente	24,5	21,9	5,8	4,4	4,7	7,0	14,0	9,6	1,2	0,9	7,0	7,0	57,18	50,78	12,00	20,00	69,18	70,78
Tercer Nivel	(máximo 24,5 pts)		(máximo 7 pts)		(máximo 3,5 pts)		(máximo 24,5 pts)		(máximo 3,5 pts)		(máximo 7 pts)							
Kennedy	21,0	24,5	7,0	7,0	3,5	3,5	16,3	14,0	2,3	3,5	7,0	7,0	57,17	59,52	21,00	16,00	78,17	75,52
El Tunal	19,8	21,9	2,3	7,0	3,5	3,5	18,7	14,0	2,3	0,9	4,7	4,4	51,36	51,66	27,00	23,00	78,36	74,66
Santa Clara	21,0	23,6	2,3	1,8	1,2	0,0	16,3	12,3	3,5	3,5	4,7	4,4	49,02	45,54	24,00	16,00	73,02	61,54
La Victoria	17,5	16,6	2,3	3,5	3,5	3,5	14,0	13,1	3,5	3,5	4,7	4,4	45,52	44,65	21,00	15,00	66,52	59,65
Simón Bolívar	24,5	23,6	4,7	3,5	1,2	3,5	14,0	14,0	3,5	3,5	4,7	4,4	52,52	52,53	21,00	6,00	73,52	58,53