



**DELEGADA PARA LA EFICIENCIA
ADMINISTRATIVA Y PRESUPUESTAL**

***RANKING DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO
– ESE DISTRITALES
ENERO A DICIEMBRE DE 2008***

**BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL
Julio de 2009**

Presentación

La Veeduría Distrital en cumplimiento de las funciones establecidas en el Decreto Ley 1421 de 1993 y Acuerdo 24 del mismo año; mantiene su interés de publicar el **Ranking de las Empresas Sociales del Estado (ESE)** que en su tercera entrega continua con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de la gestión de los hospitales, al señalar la ruta de las acciones de mejoramiento de la gestión de las entidades, y con ello aumentar la satisfacción por la prestación de los servicios de salud en las poblaciones más vulnerables de la ciudad.

Como en años anteriores el resultado del *Ranking de las Empresas Sociales del Estado*, se deriva de la evaluación y seguimiento integral a los componentes técnico, científico, social y financiero, es decir, que para obtener dicho resultado se identifica en qué grado de avance se encuentran las entidades en el proceso de cumplimiento de los estándares de calidad establecidos. Esta metodología de investigación permite hacer comparables los resultados de los últimos tres años, así como realizar seguimiento a la adopción de las recomendaciones que hace el Ente de Control a las administraciones de los hospitales, en búsqueda de la mejora en la atención a las demandas de los usuarios del sistema.

El seguimiento al componente financiero, en términos de liquidez, eficiencia operacional y gestión presupuestal permitió conocer la situación actual de las instituciones de salud en éste importante aspecto y ofrecer el resultado que hoy se presenta a la comunidad y a la Administración.

A su vez, este *Ranking de las Empresas Sociales del Estado* pretende ser una herramienta que muestre a la ciudad el compromiso de las empresas sociales del Estado, en cuanto al mejoramiento de los aspectos donde presentan menores resultados que otros hospitales del mismo nivel o de los parámetros de calidad determinados en la metodología, así como difundir la información sobre los referentes de las mejores prácticas científicas y el manejo de los recursos públicos. Los hospitales mejor clasificados deberían promover el compartir los mecanismos, estrategias, prácticas y la forma de uso eficiente de los factores o recursos para la prestación de los servicios, no sólo con los colegas de profesión (administradores, médicos, investigadores y académicos), sino también con gestores, usuarios y ciudadanos en general.

Finalmente, queremos motivar a las instituciones, como a su Gerentes y profesionales de la salud, a fomentar procesos de mejoramiento continuo en sus actividades, que redunden en la seguridad del paciente y en el mejoramiento de la calidad de vida de los bogotanos y las bogotanas.

MARIA CONSUELO DEL RÍO MANTILLA
Veedora Distrital

1. INTRODUCCIÓN

La Veeduría Distrital presenta la evaluación de la gestión de los hospitales del Distrito Capital, correspondiente al año 2008. En este año se comparan los resultados obtenidos en los indicadores, con los de los años 2007 y 2006, con el fin de observar cómo ha sido el desempeño de su gestión integral, tanto de manera individual como frente a las otras ESE de su mismo nivel.

De acuerdo con la metodología aplicada por la Entidad, la gestión de los hospitales se analiza en dos componentes: Técnico, científico y social y financiero. El primero, tiene un peso de 70 puntos, dada su importancia en el desarrollo del objeto social de estas empresas, y el segundo 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 unos indicadores específicos, para cada uno de los tres niveles de atención (ver anexo No.1). Para el año 2008, dentro de los indicadores de oportunidad, se incluyó el indicador específico de atención de urgencias, por lo que se solicitó a las ESE distritales informaran el número de minutos transcurridos entre la prestación efectiva del servicio al paciente (no de valoración triage) y la hora de solicitud del servicio de urgencias por el paciente; información que se solicitó fuera remitida por triage, ya que se entiende que es muy difícil promediar tiempos tan diversos como los que se pueden presentar en la atención de la urgencia, dependiendo la clasificación de la misma, porque puede pasar de una atención inmediata (triage 1) a una cita prioritaria (triage 3), la cual puede ser solicitada por el paciente al día siguiente. No obstante lo solicitado, todos los hospitales remitieron un solo tiempo que, seguramente corresponde al promedio. Por lo cual, la Veeduría Distrital realizó unos estándares promedio para clasificar dicha oportunidad.

En cuanto al componente financiero se analizan cuatro indicadores macro: Liquidez, cartera, eficiencia operacional y gestión presupuestal, que a su vez contemplan unos específicos y generales para los tres niveles de atención (ver anexo No. 2). El indicador de cartera fue incluido en la medición 2008.

Los indicadores son calculados a partir de 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. Se comparan los resultados obtenidos frente a los estándares establecidos y a partir de allí se determina el rango en el que se ubica cada hospital.

Los rangos para medir la gestión han sido establecidos en cuatro categorías, dependiendo del resultado del indicador frente al estándar: excelente, buena, aceptable y baja.

Es de observar que la información ha sido suministrada directamente por las ESE a la Veeduría Distrital, refrendada por parte de los gerentes y reportada en forma oficial, por lo tanto cualquier inconsistencia que se pueda presentar es responsabilidad de los hospitales en el suministro de la misma.

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* en color rojo. Lo anterior

dependiendo del puntaje obtenido en cada uno de los indicadores específicos, que sumados nos darán el total 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		
	70 puntos			30 puntos					
	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08
Primer Nivel									
Pablo VI Bosa	59,51	59,51	59,64	23,00	24,00	24,00	82,51	83,51	83,64
Chapinero	50,78	55,14	58,14	23,00	20,00	18,00	73,78	75,14	76,14
Nazareth	55,15	51,65	56,89	25,00	11,00	19,00	80,15	62,65	75,89
Del Sur	46,42	60,39	62,14	17,00	6,00	12,00	63,42	66,39	74,14
Usme	52,53	50,77	56,90	20,00	24,00	11,00	72,53	74,77	67,90
Vista Hermosa	50,78	53,39	52,89	19,00	18,00	15,00	69,78	71,39	67,89
San Cristóbal	55,15	45,55	47,65	25,00	20,00	19,00	80,15	65,55	66,65
Rafael Uribe Uribe	60,39	55,14	45,53	22,00	7,00	19,00	82,39	62,14	64,53
Usaquén	54,29	42,91	46,78	19,00	18,00	13,00	73,29	60,91	59,78

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

En el cuadro anterior se presenta de manera agregada el resultado de la evaluación de la gestión de los hospitales del Distrito Capital correspondiente al año 2008, comparada con los resultados de los años 2007 y 2006, para el primer nivel de atención.

El cuadro incluye los resultados de la gestión de los últimos tres años, desagregado por cada componente. El detalle por cada uno de los indicadores macro se presenta en el anexo No.3 donde está la matriz con el puntaje de cada ESE. La matriz de evaluación con el detalle de cada uno de los indicadores específicos se dará a conocer al correspondiente hospital.

De acuerdo con los parámetros establecidos en forma consolidada, se puede observar que el 44% de las ESE del primer nivel de atención presentaron, durante la vigencia 2008 una gestión que fue evaluada como *buena*; en este rango están los hospitales Pablo VI Bosa, Chapinero, Nazareth y Hospital del Sur. El 56% restante, es decir, los hospitales Usme, Vista Hermosa, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe y Usaquén presentaron una gestión *acceptable* y ninguno se encuentra dentro de las categorías *excelente* ni *baja*. Los hospitales Pablo VI Bosa y Chapinero, durante los tres años (2006-2007-2008) han presentado una *buena* gestión, la cual adicionalmente, ha venido mostrando mejores resultados año a año. Situación similar presenta el Hospital del Sur, en el cual los indicadores evidencian avances en su gestión año tras año, reflejados básicamente en el componente técnico – científico y social.

Comparada la gestión del año 2008 frente al resultado de los años 2007 y 2006, aumentó el número de hospitales que presentaron una *buena* gestión. Adicionalmente, el 67% mejoraron su puntaje en el año 2008 frente a 2007.

La ESE de primer nivel con mejor gestión durante el año 2008, al igual que en los dos años anteriores fue **PABLO VI BOSA**, que presenta una gestión total *buena* con un puntaje de 83.64 sobre 100 puntos. El componente financiero fue evaluado como *bueno*, con un puntaje de 24 sobre 30 puntos, al igual que en el año 2007.

En el componente técnico-científico y social, presentó una *buena* gestión, con 59.64 de 70 puntos asignados a este componente. Los indicadores macro de oportunidad (20.3 puntos sobre 21), cobertura (7 puntos sobre 7) y seguridad (3.5 sobre 3.5), fueron evaluados con una gestión *excelente*. Los indicadores macro de rendimiento (8.8 de 10.5 puntos) y productividad (15.8 de 21 puntos) reflejaron una *buena* gestión. El indicador de gestión social (4.4 puntos sobre 7) presentó una gestión aceptable.

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, registro de resultados de laboratorio ambulatorio y atención de urgencias. 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 fue *excelente*, pues cumplió con los estándares establecidos para este rango, en seis de los siete indicadores específicos. El indicador de oportunidad en consulta para medicina general fue evaluado con una *buena* gestión, pues se reportó su oportunidad en tres días.

El indicador de cobertura, incluye dos aspectos específicos: El porcentaje de recién nacidos vivos a quienes se les realiza la prueba de TSH y la cobertura útil de vacunación de polio en menores de un año, en los cuales el hospital fue *excelente*. Según los registros del hospital, la vacuna fue aplicada al 99.7% de los niños establecidos en la meta para el período 2008 y la prueba de TSH se realizó al 100% de los niños recién nacidos vivos, en cumplimiento del protocolo en la atención del parto (detección de hipotiroidismo) obligatorio en todas las ESE, independientemente de su nivel de complejidad.

En el indicador macro de seguridad se observó el número de infecciones intrahospitalarias – IIH presentadas en el año 2007, frente al total de egresos hospitalarios del mismo período. 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 indicadores macro de rendimiento y productividad presentaron una *buena* gestión. En el de rendimiento se miden el número de actividades realizadas por unidad de recurso humano durante la vigencia 2008. 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 presentó una *excelente* gestión, 2.8 consultas por hora, al igual que el rendimiento del licenciado en enfermería para consulta de crecimiento y desarrollo, 3 consultas por hora. Un número de consultas mayor de tres está en detrimento de la calidad de la consulta. El otro indicador reflejó una *aceptable* gestión, 4.7 UET por hora.

En el indicador de productividad se analizó 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). El indicador de giro cama refleja una *buena* gestión (10.8 personas por cama promedio mes durante 2008). El porcentaje ocupacional presentó una gestión *baja* ya que fue reportado en 60.4%, por fuera del estándar establecido en esta metodología para los hospitales de primer nivel; el porcentaje de cumplimiento en la programación de actividades de promoción y prevención (P y P) fue del 84.5%, por lo cual se ubica dentro del rango de una gestión *aceptable*. Los tres indicadores restantes presentaron una gestión *excelente*: Los indicadores específicos de promedio estancia general (1.5 días), porcentaje de cumplimiento en la programación establecida en consulta externa para medicina general (97.8%) y porcentaje de cumplimiento en la programación para consulta de crecimiento y desarrollo que fue del 96.8%.

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 analiza el número total de requerimientos tramitados en el año (quejas, reclamos, 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. El primero de los indicadores específicos mencionados, fue *excelente* (100%). El segundo indicador *bajo* (0.3%). Dentro de la metodología diseñada por la Veeduría Distrital, 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, este resultado debe analizarse de acuerdo con las variables del indicador en el periodo.

A 31 de diciembre de 2008, dentro del componente financiero, los indicadores obtuvieron el siguiente puntaje: Razón corriente (4.76), liquidez general (5.72), cuyos resultados, de acuerdo con los estándares de esta metodología, deben ser iguales a 3 o mayores que 3, se encuentran dentro del rango de *excelencia*. El indicador de rotación de cartera, que nos mide el tiempo que el hospital toma en cobrar la cartera a las entidades pagadoras (EPS contributivas y subsidiadas, Fondo Financiero de Salud, entes territoriales y FOSYGA), presenta en el Hospital Pablo VI Bosa una rotación de 51.75 días, es decir, el hospital tarda 51.75 días en recuperar su cartera, lo cual se puede interpretar como una *excelente* gestión en el manejo de la misma, para este tipo de entidades. De acuerdo con la metodología, el estándar que se maneja para el rango de excelencia es de 60 días o menos.

La ejecución presupuestal de ingresos (110.0%) y ejecución presupuestal de gastos (99.4%), se encuentran ambas por encima del 97%, que es lo esperado para una clasificación de excelencia. Por tanto, 5 de los 6 indicadores específicos, se encuentran evaluados con *excelente*. El otro indicador, excedente operacional, está ubicado dentro de un rango *bajo*, presenta un resultado del 1.2% del patrimonio y el estándar para un nivel aceptable se encuentra entre el 2% y 9.99% del patrimonio.

El hospital de primer nivel que se encuentra en el segundo puesto, es el Hospital de **CHAPINERO** con 76.14 puntos sobre 100 y presentó una gestión total *buena*, al igual que en el año 2007, en el cual también ocupó el segundo puesto. En el año 2006, este hospital ocupó el quinto lugar. Su mejor desempeño se refleja en el componente técnico-científico y social, el cual ha continuado en ascenso, obteniendo en el año 2008, 58.14 de los 70 puntos asignados a este componente. Los indicadores de

rendimiento (9.6 puntos de 10.5) y cobertura (6.1 sobre 7.0 puntos), mostraron una *excelente* gestión. Oportunidad (18.75 de 21 puntos), productividad (14,9 de 21 puntos) y seguridad (3.5 sobre 3.5) reflejaron una buena gestión. El indicador de gestión social (7.0 sobre 7.0) presentó una gestión *baja*.

En el indicador de rendimiento, el del médico general responsable de consulta externa y del profesional licenciado en enfermería para la consulta de crecimiento y desarrollo, fueron ubicados dentro del rango de una *excelente* gestión, 2.8 y 3.05 consultas por hora, respectivamente. Un número de consultas mayor de tres está en detrimento de la calidad de la consulta. El rendimiento del odontólogo reflejó una *buena* gestión, 3.6 UET por hora.

En el indicador de cobertura, se destaca el puntaje obtenido en vacunación de menores de un año inmunizados con tercera dosis de polio en el 2008, 95.8% sobre la meta establecida para el periodo, lo que refleja una *excelente* gestión. Así mismo, al 100% de los recién nacidos vivos en el período se les realizó la prueba de TSH.

En el indicador macro de oportunidad en la prestación del servicio, los indicadores específicos de número de días entre la solicitud de la cita y fecha de asignación de la misma para la consulta de enfermería para actividad de crecimiento y desarrollo (2 días), así como oportunidad para el registro de resultados de citología vaginal (7 días), entrega de medicamentos ambulatorios (1 día), registro de resultados de laboratorio ambulatorio (1 día) y oportunidad en atención de urgencias (27 minutos), reflejan una *excelente* gestión. El de oportunidad para medicina general (3.5 días) una gestión *aceptable* y el de odontología (3.8 días) una *buena* gestión. En general este indicador macro de oportunidad presenta una gestión similar a la del año 2007.

Dentro del indicador de productividad, se observó un descenso en el año 2008, respecto del año 2007, en el resultado expresado por el indicador específico de giro cama (de 14.7 pacientes por cama en promedio mes durante 2007, llega a 20.3 en el 2008), lo cual pasó de ubicarlo en un rango de excelente gestión a uno de *baja* gestión, dada la baja rotación en este último año. El porcentaje ocupacional (58.0% en 2007) nos indica que para el año 2008, el 95.4% del tiempo, en promedio, estuvieron ocupadas todas las camas. Es importante aclarar que, de acuerdo con la metodología elaborada por la Veeduría Distrital, un porcentaje mayor de 95% indica un sobrecupo, sobre utilización del recurso físico, adicionalmente que no hay lugar para los procedimientos de asepsia y desinfección de la cama, y menor de 75%, indica subutilización del recurso físico; motivos por los cuales, tanto en el año 2007 como en el 2008, este indicador fue ubicado en el rango de una *baja* gestión. El promedio de estancia general de la entidad (1.1 días), porcentaje de cumplimiento en: programación establecida en consulta externa para la consulta de médico general (99.2%), consulta de crecimiento y desarrollo (98.3%), y programación de actividades P y P (93.3%), todos reflejan una *excelente* gestión.

En el indicador de seguridad, el hospital se ubicó en el rango de una *buena* gestión, el indicador de infecciones intrahospitalarias fue del 0.03%, ya que el hospital reportó una infección durante la vigencia 2008.

En el indicador de gestión social, el porcentaje de requerimientos tramitados fue del 100% y el porcentaje de requerimientos interpuestos del 0.36%. El primero se encuentra ubicado dentro de un rango de excelencia y el segundo refleja una *baja* gestión, ya que un reporte menor que 0.4% nos orienta a no reporte de quejas o no colocación de buzones.

En el componente financiero, se observa un descenso en el año 2008 respecto de 2007 y se ubica dentro del rango de una gestión *aceptable* con 18 puntos sobre 30. Los dos indicadores que miden la liquidez de la entidad son *excelentes*: razón corriente (3.13) y liquidez general (3.83). El indicador de rotación de cartera fue de 90.02 días, tiempo que tarda en promedio en recuperar su cartera, por lo que se ubica en un rango de gestión *aceptable*. El indicador de ejecución presupuestal de ingresos (125.8%), refleja una *excelente* gestión. Los indicadores de ejecución presupuestal de gastos (76.4%) y excedente operacional que representa el 1.0% del patrimonio, se ubican dentro de una *baja* gestión.

En el tercer lugar se encuentra el Hospital **NAZARETH**, al cual, desde el ranking 2006 y teniendo en cuenta su condición de hospital rural, se le manejan indicadores 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 productividad, los correspondientes a giro cama, porcentaje ocupacional y promedio estancia general de la entidad fueron ajustados con rangos mas bajos.

De acuerdo con lo anterior, el hospital presentó una *buena* gestión durante el año 2008 (75.89 sobre 100 puntos), ubicándose en el tercer lugar, luego de venir del séptimo, en el año 2007, dentro de los hospitales de primer nivel. En el componente técnico-científico y social sus indicadores reflejan una *buena* gestión con 56.89 de 70 puntos asignados para este componente. Sus indicadores macro de oportunidad (21 sobre 21), (cobertura (7 sobre 7) y seguridad (3.5 sobre 3.5) se encuentran ubicados dentro del rango de *excelencia*. El de gestión social (5.3 sobre 7) representa una *buena* gestión. Los de rendimiento (6.1 sobre 10.5) y productividad (14 sobre 21) fueron *aceptables*.

Los indicadores de oportunidad y productividad, que fueron los que disminuyeron en el año 2007 frente a 2006, en el 2008 presentaron un avance frente a 2007. En el de oportunidad, los indicadores específicos relacionados con el registro de resultados de citología vaginal pasaron de una oportunidad de 15 días en el año 2006, a una de 30 en el 2007 y finalmente en el año 2008 a una oportunidad de 20 días. Para el registro de resultados de laboratorio ambulatorio, se pasó de 5 días en el 2006, a 15 en el 2007 y en el año 2008 a 4 días; por lo cual se ubicaron en el rango de una *excelente* gestión, al igual que todos los indicadores específicos de oportunidad.

En el indicador macro de productividad, el de porcentaje ocupacional mejoró frente al año 2007 (0.9%, *baja* gestión). Para el 2008 fue de 9.9% por lo que se ubicó en el rango de una *excelente* gestión. El promedio de estancia general de la entidad continuó en 1.5 días, (igual que en 2007) y continúa en el rango de una *buena* gestión, lo mismo que el giro cama (2 pacientes por cama en promedio mes durante 2008). Los indicadores específicos de porcentaje de cumplimiento en: programación establecida en consulta externa para la consulta de médico general (115.1%) y consulta de crecimiento y desarrollo (59.2%), continúan reflejando una *baja* gestión, ya que se considera que el porcentaje de cumplimiento debe ser del 100% por cuanto está calculado frente a meta programada. Menor de 90% indica incumplimiento de la meta, por diferentes factores como meta mal calculada o no realización de las actividades por falta de recurso humano y/o subutilización de recursos. Mayor de 104% nos indica una sobre utilización de recurso humano o meta mal calculada.

En el indicador macro de rendimiento, el del profesional licenciado en enfermería para consulta de crecimiento y desarrollo, presentó una *baja* gestión con un número de consultas de 0.8 por hora; El rendimiento del médico general, responsable de consulta externa y del odontólogo, presentó una *buena*

gestión, 2 y 2.3 consultas por hora, respectivamente. Lo anterior de acuerdo con los estándares establecidos para este hospital.

En su componente financiero el hospital presenta una gestión *aceptable* (19 sobre 30 puntos). Los indicadores de liquidez general (12.26) y rotación de cartera (55.31 días), reflejan una *excelente* gestión. El primero expresa la solidez de la entidad a largo plazo y el segundo, el tiempo que tarda en promedio el hospital en recuperar su cartera. Los indicadores de razón corriente (2.48) y ejecución presupuestal de gastos (90.5%) presentan una *buena* gestión. El hospital presentó un déficit operacional durante la vigencia 2008.

El **HOSPITAL DEL SUR** pasó del quinto lugar en el año 2007 (66.39 sobre 100 puntos) al cuarto puesto en el 2008, con 74.14 sobre 100 puntos, presentando una gestión total *buena*. En el año 2006 el hospital ocupó el décimo lugar dentro del grupo de hospitales de primer nivel, lo que demuestra que su gestión ha venido mejorando en los últimos tres años. Su mejor desempeño se viene reflejando en el componente técnico – científico y social, el cual ha pasado de 46.42 puntos en 2006 a 60.39 en el 2007 y 62.14 de 70 puntos posibles, en el 2008. El puntaje más alto en este componente, dentro de los hospitales de primer nivel, igual que en el año 2007.

Es así, como los indicadores macro de oportunidad (21 de 21), rendimiento (9.6 de 10.5), seguridad (3.5 de 3.5) y gestión social (7.0 de 7.0) reflejaron una *excelente* gestión del hospital. El indicador de cobertura (6.1 de 7.0) presentó una *buena* gestión. El de productividad (14.9 de 21) es el más bajo, presentando una gestión *aceptable*. Dentro de este indicador, el porcentaje ocupacional (60.1%) y el porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades de promoción y prevención (75.6%) fueron los únicos indicadores que presentaron una *baja* gestión.

En su componente financiero, el hospital presentó una *baja* gestión, 12 puntos sobre 30. No obstante, ésta mejoró frente a los resultados presentados en el año 2007, en el cual obtuvo 6 puntos de 30 asignados para este componente. Los indicadores de razón corriente (0.89) y eficiencia operacional, que arrojó un déficit (-\$3.686.3 millones, el 23.8% del patrimonio), reflejan una *baja* gestión. El indicador de liquidez general (2.21) y rotación de cartera (79.48 días) presentan una *buena* gestión. El indicador de ejecución presupuestal de gastos (97%) mostró una *excelente* gestión.

El hospital de **USME** ocupó el quinto lugar, presentó una gestión total *aceptable* con 67.90 sobre 100 puntos. En la medición correspondiente al año 2006 este hospital ocupó el séptimo lugar y en el 2007 el tercero. Su mejor desempeño en el año 2008 se vio reflejado en el componente técnico-científico y social. En el componente financiero bajó de 24 puntos obtenidos en el año 2007 a 11 en el 2008 por lo que se ubicó en un rango de *baja* gestión.

En el componente técnico – científico y social, el indicador macro de oportunidad (21.0 sobre 21.0) y el de cobertura (7.0 sobre 7.0) fueron excelentes, cumpliendo con los estándares de excelencia en cada uno de los indicadores específicos.

Los de productividad (17.5 sobre 21.0) y seguridad (2.6 sobre 3.5) reflejaron una *buena* gestión. El indicador de gestión social (4.4 sobre 7), presentó una gestión *aceptable* y el de rendimiento (4.4 sobre 10.5) una *baja* gestión.

En el indicador macro de productividad, el indicador específico de porcentaje ocupacional muestra que el 54.9% del tiempo, en promedio, estuvieron ocupadas todas las camas. Lo que indica subutilización del recurso físico, por lo que se ubica dentro de un rango de gestión *bajo*. En el 2008, el giro cama fue de 8.9 pacientes por cama en promedio mes, reflejando una *buen*a gestión. Los otros cuatro indicadores específicos de productividad se ubicaron dentro de los estándares de *excelencia*.

Dentro del indicador macro de rendimiento, el del médico general responsable de consulta externa fue de 3.4 consultas por hora, El estándar es de 3 consultas por hora (circular 018 de 2005 SNS). Es importante establecer que un número de consultas mayor de tres esta en detrimento de la calidad de la consulta, por tanto esta gestión fue considerada como *baja*. Así mismo, el rendimiento del odontólogo fue de 0.9 UET por hora. El estándar es de 4 UET/hora, pero esto depende de cada procedimiento. No obstante, este indicador en el hospital de Usme lo ubicó en el rango de una *baja* gestión.

En el componente financiero, el hospital presentó una *baja* gestión, por cuanto los indicadores arrojaron los siguientes resultados: Rotación de cartera 145.4 días, un déficit operacional de \$3.918 millones (20.8% del patrimonio) y ejecución presupuestal de gastos (73.5%), por fuera todos de los estándares establecidos en esta metodología. El indicador de razón corriente (6.78) se ubicó en el rango de *excelencia*, el de liquidez general (2.43), en el rango de una *buen*a gestión y la ejecución presupuestal de ingresos (83.7%) fue *aceptable*.

El hospital **VISTA HERMOSA** pasó del noveno lugar en el ranking del 2006, al cuarto lugar en el 2007 y al sexto en el 2008, con 67.89 sobre 100 puntos, presentando una gestión total *aceptable*. El descenso de su gestión en el año 2008 frente a 2007 se reflejó tanto en el componente técnico – científico y social el cual pasó de 53.39 a 52.89 sobre 70 puntos, como en el financiero que pasó de 18 a 15 puntos, de 2007 a 2008.

Dentro del componente técnico – científico y social los indicadores macro que presentaron una excelente gestión fueron cobertura (7 sobre 7 puntos), seguridad (3.5 de 3.5) y gestión social (7.0 de 7.0).

Dentro del indicador de rendimiento, que en el 2006 obtuvo el máximo puntaje 10.5 puntos, 9.6 para 2007 y 7.9 para 2008, el del médico general responsable de consulta externa (2.8 consultas por hora) refleja una *excelente* gestión. El del odontólogo responsable de consulta externa (3.2 UET por hora) una gestión *aceptable* y el de la consulta de crecimiento y desarrollo (2.66 consultas por hora), fue *aceptable*.

Es importante resaltar los indicadores macro en los cuales mejoró su gestión respecto de 2007: cobertura pasó de 4.4 a 7 puntos y productividad pasó de 12.3 a 14, de 21 puntos posibles. Dentro del indicador de productividad se continúa mejorando la gestión en el giro cama, que pasó de 7.9 en el 2006 a 8.7 durante 2007 y a 9.4 pacientes por cama en promedio mes durante el 2008; lo anterior refleja una buena gestión durante el año 2008 y se aproxima al estándar de *excelencia* que se encuentra en un rango entre 13 y 20 pacientes por cama en promedio mes, para hospitales de primer nivel de atención. El porcentaje ocupacional pasó de 38.2% en el 2007 a 50.5% en el 2008, aunque continúa la subutilización del recurso físico, reflejando una *baja* gestión, éste ha venido mejorando. El porcentaje de cumplimiento en la programación establecida en consulta externa del médico general, pasó de 90.3% a 97.8%, cumpliendo con los estándares de *excelencia*. El porcentaje de cumplimiento en la programación para la consulta de crecimiento y desarrollo fue del 32.7% para el 2007 y del 66.5%

para el 2008, aunque continúa reflejando una baja gestión pues no cumple con lo programado, ha venido mejorando su gestión. Finalmente, el porcentaje de cumplimiento de programación de actividades de promoción y prevención pasó del 87.6% en el 2007, al 88.7% en el 2008, ubicándose en el rango de una *buena* gestión.

En el componente financiero el hospital presentó una gestión aceptable, 15 puntos de 30. Los indicadores de razón corriente (2.17), liquidez general (2.29), cuyos resultados, de acuerdo con los estándares de esta metodología, para un rango de excelencia deben ser igual o mayor de 3, se encuentran dentro del rango de una *buena* gestión. Igualmente, los indicadores de cartera (63.13 días) y ejecución presupuestal de ingresos (94.3%), se ubican dentro de este mismo rango.

El indicador de ejecución presupuestal de gastos, que expresa su cumplimiento frente a los gastos presupuestados, fue del 88.2%. El hospital durante la vigencia 2007 arrojó déficit operacional, en el año 2008, presentó un excedente de \$230.8 millones (1.8% de su patrimonio). Para ubicarse en un rango aceptable, este porcentaje debe estar entre el 2% y 9.99%.

El Hospital **SAN CRISTÓBAL** pasó del tercer lugar en el año 2006 al sexto en el año 2007 y al séptimo en el 2008 con 66.65 sobre 100 puntos, presentando una gestión total *aceptable*. Su componente técnico – científico y social presenta una gestión *aceptable* (47.65 de 70). Los indicadores que mejoraron respecto de 2007 son: Oportunidad, que pasó de 12.3 a 13.5 de 21 puntos asignados a este indicador y cobertura, de 4.4 a 6.1, sobre 7 puntos asignados al indicador.

En el indicador macro de oportunidad, los siguientes indicadores específicos mostraron un mejor comportamiento en el año 2008 respecto de 2007, aunque continúan ubicados dentro del rango de una baja gestión: Oportunidad de consulta en medicina general estuvo en 5 días (6.7 para 2007), odontología en 7.8 días (9.5 para 2007) y enfermería para actividad de crecimiento y desarrollo en 5.6 días (6 para 2007).

Situación similar se presenta en el indicador macro de productividad con los indicadores específicos de porcentaje ocupacional que pasó del 56.2% en el 2007 a 58.1% en el 2008; porcentaje de cumplimiento en: Programación establecida en consulta externa para la consulta de crecimiento y desarrollo, del 18.1% al 28.1%, programación de actividades de P y P del 43.7% al 54.9% y programación de consulta externa para la consulta de médico general que pasó del 89.4% al 111.3%. En este último caso, el porcentaje de cumplimiento es el 100% por cuanto está calculado frente a meta programada. Menor de 90% indica incumplimiento de la meta, por diferentes factores como meta mal calculada o no realización de las actividades por falta de recurso humano y/o subutilización de recursos. Mayor de 104% nos indica una sobre utilización de recurso humano o meta mal calculada. Por lo cual en ambos casos se ubica en el rango de una *baja* gestión.

El componente financiero pasó de 25 puntos en el año 2006 a 20 en el 2007 y a 19 en el año 2008 de los 30 puntos asignados a este componente, reflejando una gestión aceptable, por estar clasificado dentro de dicho rango. Los dos indicadores de liquidez cuyos resultados, de acuerdo con los estándares de esta metodología, deben ser iguales o mayores de 3, se encuentran dentro del rango de *excelencia*. El indicador de rotación de cartera nos muestra que el hospital tardó en promedio, durante el año 2008, 79.92 días en recuperar su cartera, lo cual se puede interpretar como una *buena* gestión en su manejo, para este tipo de entidades. El indicador de ejecución presupuestal de gastos muestra que el hospital ejecutó el 98% del presupuesto destinado para gastos, lo que refleja una *excelente* gestión en este

aspecto. En cuanto al indicador de eficiencia operacional, en el año 2008 presentó un déficit operacional de \$1.789 millones.

El hospital **RAFAEL URIBE URIBE** pasó del segundo lugar en el año 2006 (82.39), al octavo puesto, tanto en el 2007 (62.14) como en el año 2008 (64.53 sobre 100 puntos), que lo ubican dentro del rango de una gestión *aceptable*. Es el componente técnico-científico y social donde se observó el mayor descenso, al pasar de 55.1 en el 2007 a 45.5 sobre 70 puntos, en el año 2008.

En el indicador macro de cobertura (6.1 de 7 puntos) se cumplió con los estándares de excelencia en sus dos indicadores específicos: Porcentaje de recién nacidos a los que se les realizó la prueba de TSH (100%) y cobertura de vacunación de polio en menores de un año (96.7%). Los indicadores macro de oportunidad (15.75 de 21), seguridad (2.6 de 3.5) y gestión social (6.1 de 7), se ubicaron en el rango de una *buena* gestión. El indicador de rendimiento (5.3 de 10.5) presenta una gestión *aceptable* y el de productividad (8.8 de 21) *baja* gestión.

Dentro del indicador de oportunidad, la de consulta en medicina general pasó de 2 días en el 2006 (*excelente*), a 4 días en el 2007 y a 3.8 en el año 2008, que se considera una oportunidad *aceptable*. Así mismo, se considera *aceptable* la oportunidad en consulta de crecimiento y desarrollo (3.4 días) y en atención de urgencias (66.3 minutos, en promedio). En la consulta de odontología presenta una oportunidad *buena* (4 días) y es *excelente* la oportunidad en el registro de resultados de citología vaginal (12 días), entrega de medicamentos ambulatorios (1 día) y en el registro de resultados de laboratorio ambulatorio (1 día).

En seguridad, el porcentaje de infecciones intrahospitalarias fue del 0.05% (1 infección) que se considera *bueno* para entidades de primer nivel.

En el indicador de gestión social, el porcentaje de requerimientos tramitados fue del 100% (*excelente*) y el porcentaje de requerimientos interpuestos del 1.5% que es *bueno*.

En el indicador de rendimiento, fue *bajo* el del médico general responsable de consulta externa (2.1 consultas por hora); el estándar es de 3 consultas por hora (circular 018 de 2005 SNS). Un número de consultas mayor de tres está en detrimento de la calidad de la consulta y menor de 2,3 indica baja demanda o exceso de recurso humano. Igualmente, fue *bajo* el rendimiento del odontólogo (0.9 UET por hora). El del profesional en enfermería para consulta de crecimiento y desarrollo fue *excelente* (3 consultas por hora).

En el indicador macro de productividad, fueron *bajos* los indicadores específicos de porcentaje ocupacional (48.5%), porcentajes de cumplimiento en: Programación de consulta externa para la consulta de médico general (61.3%), programación de consulta externa para la consulta de crecimiento y desarrollo (28.4%) y programación de actividades de P y P (57.1%). El porcentaje de cumplimiento debe ser mínimo del 96%, para que sea excelente, por cuanto está calculado frente a meta programada.

En el componente financiero, son *aceptables* los siguientes indicadores: Razón corriente (1.19), cuando éste se encuentra por debajo de 1, expresa que la disponibilidad de recursos no es suficiente para cubrir las obligaciones adquiridas a corto plazo. El de eficiencia operacional, que expresa el resultado positivo o negativo de las operaciones financieras desarrolladas por los hospitales, tomando los

recursos que ingresan y los egresos incurridos en desarrollo de su objeto social; para el caso del Hospital Rafael Uribe Uribe, se presentó un excedente operacional de \$582.5 millones, que equivalen al 6.9% del total de su patrimonio. Así mismo, la ejecución presupuestal de ingresos que reflejó que el hospital recaudó el 88.8% de los ingresos presupuestados para el año 2008. Entre el 90 y el 97% sería una buena ejecución y por encima del 97%, sería excelente.

Los indicadores de liquidez general (2.72) y ejecución presupuestal de gastos (96.2%) fueron *buenos* y la rotación de cartera (39.69 días), *excelente*.

El Hospital de **USAQUÉN** pasó del sexto lugar en el año 2006, al noveno puesto tanto en el 2007 (60.91), como en el 2008 (59.78 sobre 100 puntos), reflejando una gestión total *aceptable*. Su componente técnico – científico y social pasó de 54.29 (*buena* gestión) en el 2006 a 42.91 (*aceptable*) en el 2007 y a 46.78 de 70 puntos (gestión *aceptable*), en el 2008. El descenso se presenta básicamente en el componente financiero que pasa de 19 puntos en el 2006, a 18 en el 2007 y a 13 en el 2008, de 30 puntos asignados a este componente.

Dentro del componente técnico-científico y social, los indicadores macro de oportunidad (18.8 de 21 puntos), cobertura (5.3 de 7) y seguridad (2.6 de 3.5) reflejaron una *buena* gestión del hospital. Los indicadores de rendimiento (6.1 de 10.5), productividad (10.5 de 21) y gestión social (3.5 de 7), una gestión *aceptable*.

Dentro del indicador macro de oportunidad, el relacionado con la entrega de medicamentos ambulatorios fue en promedio de 3.3 días, durante el año 2008. Disminuyó considerablemente frente a los 18 días reportados en el año 2007, no obstante, continúa considerándose como *baja*, no es oportuna, si se tiene en cuenta que el estándar de excelencia es de 1 día o menos, 2 días es bueno y 3 días aceptable. Los demás indicadores de oportunidad del hospital son excelentes y dentro de éstos se resalta la oportunidad relacionada con el registro de resultados de citología vaginal, que en el año 2007 estaba en 31 días y en el año 2008 pasó a 15 días, considerada como excelente.

En el indicador macro de cobertura, se realizó la prueba de TSH al 100% de los recién nacidos vivos en el año 2008 (excelente), ya que es cumplimiento de protocolo en la atención del parto para la detección del hipotiroidismo en todas las ESE, independientemente de su nivel de complejidad. La cobertura útil de vacunación con tercera dosis de polio en menores de un año (88.2%) fue *aceptable*. Está contemplado en las políticas de la Secretaría Distrital de Salud que porcentajes menores de 95% indican riesgo de enfermedades inmunoprevenibles. Hay que recordar que para las metas de vacunación se tiene en cuenta no solamente a la población que acude al hospital público sino también la que es vacunada en las instituciones privadas. Como no hay obligatoriedad por parte de los consultorios pediátricos privados para reportar el número de vacunados, se pueden generar subregistros.

En el indicador de seguridad, el porcentaje de infecciones intrahospitalarias fue del 0.1% lo cual es considerado como *bueno* para hospitales de primer nivel.

El indicador macro de rendimiento, contempla tres indicadores específicos: Rendimiento del médico general responsable de consulta externa, que fue *excelente* en el hospital, 2.7 consultas por hora, en promedio. El del odontólogo, 2.3 UET por hora, fue *aceptable* y el del profesional en enfermería responsable de la consulta de crecimiento y desarrollo, que fue de 0.33 consultas por hora; un

rendimiento bajo, ya que el estándar se considera entre 3 y 4 consultas por hora. Es importante establecer que un número de consultas mayor de 4 está en detrimento de la calidad de la consulta y menor de 2,5 indica baja demanda o exceso de recurso humano.

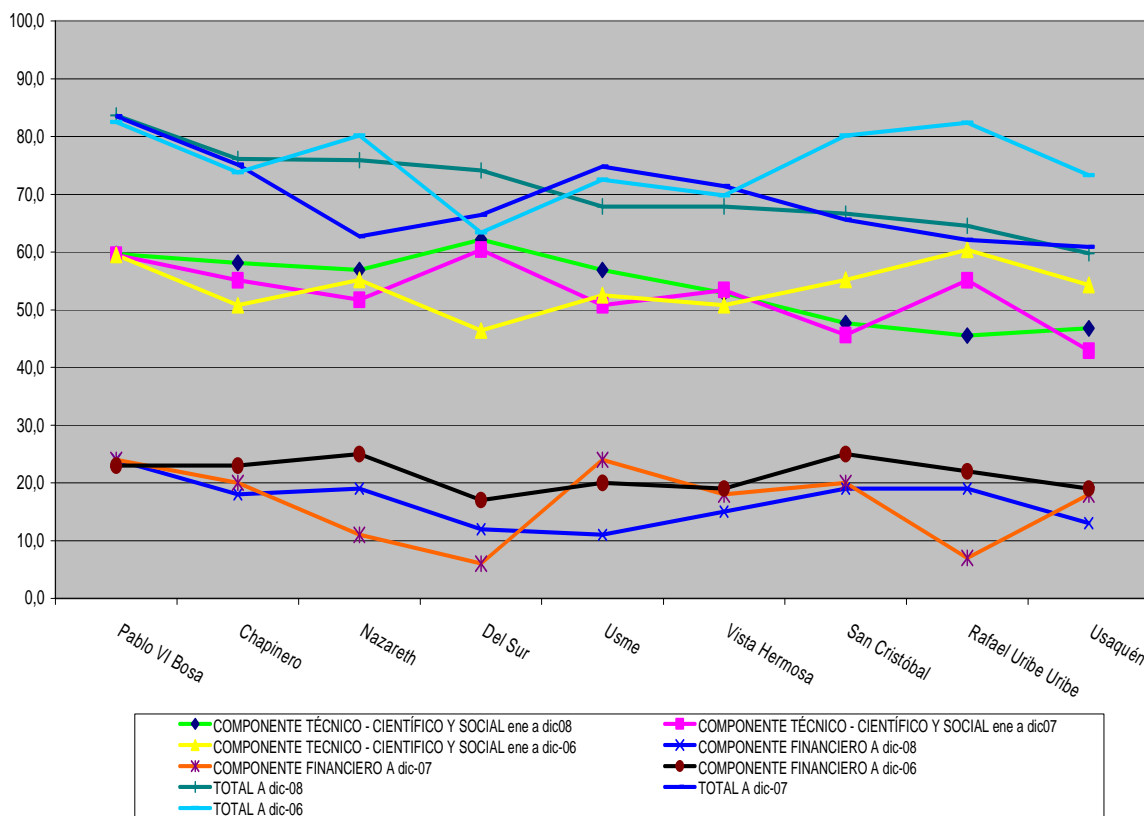
En el indicador macro de productividad, el indicador de giro cama pasó de 3.5 personas por cama promedio mes durante 2007 a 4.3 en el 2008; el porcentaje ocupacional pasó del 20.1% en el 2007 al 24.5% en el 2008 y el porcentaje de cumplimiento en la programación en consulta externa para medicina general del 75.2% en el 2007 al 89.5% en el 2008, todos ellos presentaron un mejor desempeño durante el año 2008, aunque continúan como *bajos* ya que se encuentran por fuera de los estándares establecidos en esta metodología para una gestión *aceptable*, *bueno* o *excelente*. El porcentaje de cumplimiento en la programación de actividades de P y P pasó del 61.3% en el 2007 al 218.9% en el 2008. A partir del 90% de cumplimiento de la meta, se considera una excelente gestión. Se toma como base la Resolución 3384 de 2000 del Ministerio de Salud. Menor de 80% se toma como incumplimiento de la meta.

En el componente financiero, el puntaje total de los indicadores que lo componen fue de 13 puntos de 30 y refleja una *baja* gestión. Comparada con la del año 2007, ésta disminuyó, ya que para dicho año fueron 18 puntos, ubicándose en el rango de una gestión *aceptable*.

El hospital presentó un déficit operacional de \$785.4 millones que representan el 15.6% de su patrimonio, los egresos incurridos en desarrollo de su objeto social fueron mayores a sus ingresos, en este monto. El indicador de razón corriente fue de 1.69 y se considera que la disponibilidad de recursos cubre las obligaciones adquiridas a corto plazo, ya que es superior a 1. De acuerdo con los estándares de esta metodología, igual o superior a 3, es excelente, entre 2 y 3 bueno y entre 1 y 2, aceptable. Cuando el puntaje obtenido es menor de 1, se clasifica como bajo.

Los indicadores de liquidez general (2.23), que expresa la solidez de la entidad a largo plazo y rotación de cartera (78.7 días) presentaron *buenos* resultados. La ejecución presupuestal de ingresos (86.9%) y de gastos (84.2%), fue *aceptable*.

**MEDICIÓN DE LA GESTIÓN GENERAL DE LAS ESE DISTRITALES - I NIVEL
2006 - 2008**



El gráfico anterior nos muestra el comportamiento de los hospitales de primer nivel en el año 2008 comparado con los años 2007 y 2006. En términos generales, se puede decir que la gestión del año 2008 fue mejor que la del 2007, en la mayoría de hospitales de primer nivel, excepto en Usme, Vista Hermosa y Usaquén. Así mismo, respecto de 2006, la gestión mejoró tan solo en las ESE Pablo VI, Chapinero y del Sur.

En el componente técnico – científico y social siete hospitales presentaron una mejor gestión en el año 2008 frente a la del 2007, son: Pablo VI Bosa, Chapinero, Nazareth, Del Sur, Usme, San Cristóbal y Usaquén. El punto más alto en este componente lo presenta el Hospital del Sur (62.1) y el más bajo el Hospital Rafael Uribe Uribe (45.5).

En el componente financiero, tan solo tres hospitales presentaron una mejor gestión en el año 2008, frente al 2007: Nazareth, Del Sur y Rafael Uribe Uribe. En el año 2006 se presentó la mejor gestión del grupo de hospitales de primer nivel, en este componente.

2.2. Medición segundo nivel de atención

HOSPITAL	COMPONENTE TÉCNICO - CIENTÍFICO Y SOCIAL			COMPONENTE FINANCIERO			TOTAL 100 puntos		
	70 puntos			30 puntos					
	INDICADOR	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08	ene a dic-06	ene a dic-07
Segundo Nivel									
Fontibón	62,14	60,39	60,39	25,00	21,00	17,00	87,14	81,39	77,39
Bosa	55,15	56,03	49,91	18,00	23,00	24,00	73,15	79,03	73,91
Meissen	52,53	57,77	61,26	25,00	21,00	12,00	77,53	78,77	73,26
Suba	48,16	53,40	57,77	22,00	10,00	14,00	70,16	63,40	71,77
San Blas	56,03	55,16	56,02	18,00	17,00	15,00	74,03	72,16	71,02
Tunjuelito	49,91	58,65	49,91	23,00	14,00	17,00	72,91	72,65	66,91
Engativá	51,66	53,40	55,15	20,00	12,00	8,00	71,66	65,40	63,15
Centro oriente	50,78	55,15	48,16	20,00	12,00	10,00	70,78	67,15	58,16

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. Se incluyen los resultados de la gestión de los últimos tres años, desagregados por cada componente. El detalle por cada uno de los indicadores macro se presenta en el anexo No.3 donde está la matriz con el puntaje de cada ESE. La matriz de evaluación con el detalle de cada uno de los indicadores específicos se entregará al correspondiente hospital.

En el año 2008, el 38% presentó una *buena* gestión (en el 2007 el 50%). Estos son los hospitales de Fontibón, Bosa y Meissen, que vienen presentando *buena* gestión en los 3 últimos años, aunque bajaron su puntuación respecto a los dos años anteriores (2007 y 2006). El 62% restante, es decir los hospitales Suba, San Blas, Tunjuelito, Engativá y Centro Oriente presentaron una gestión *aceptable*. Ninguno de los hospitales de este nivel de atención presentó una gestión *excelente* ni *baja*. En términos generales los hospitales del segundo nivel de atención bajaron su puntaje en el año 2008, frente a los años 2007 y 2006. Así mismo, de 5 hospitales que presentaron una *buena* gestión en el año 2006, se pasó a 4 en el 2007 y a 3 en el 2008. Se evidencia disminución en los dos componentes analizados, tanto en el técnico - científico y social como en el financiero.

En el año 2008, al igual que en 2007 y en el 2006, el Hospital de **FONTIBÓN** presentó la puntuación más alta, con 77.4 puntos sobre 100, lo cual representó una *buena* gestión.

Mirando por componentes, en el técnico – científico y social el hospital obtuvo 60.4 de los 70 puntos posibles. Dentro de este componente los indicadores macro de oportunidad (21.9 puntos sobre 24.5), cobertura (7 puntos sobre 7), seguridad (3.5 puntos sobre 3.5) y gestión social (7 puntos sobre 7), presentaron un *excelente* resultado. El indicador macro de rendimiento (6.1 de 7 puntos) presentó una *buena* gestión y el de productividad reveló una gestión *aceptable* (14.9 sobre 21 puntos), si bien mejoró respecto del año 2007 (11.4).

Dentro del indicador macro de oportunidad, el número de días entre solicitud de la cita para consulta externa especializada y su fecha de asignación pasó de 4 días en el 2007 a 9 días en el 2008. Pasó de una *excelente* a una *buena* oportunidad. El indicador de oportunidad en la atención de urgencias fue de 67.3 minutos en promedio, considerada como *aceptable*. Los otros indicadores específicos presentaron una *excelente* oportunidad en la atención a los usuarios, de acuerdo con los datos reportados por el Hospital. Estos son: Oportunidad en la atención de enfermería para consulta de crecimiento y desarrollo (1 día), en la entrega de medicamentos ambulatorios (1 día), en el registro de resultados de laboratorio (1 día) y en la realización del procedimiento quirúrgico programado (4.5 días). El porcentaje de cancelación de cirugías por causas intrahospitalarias fue del 2.6%, considerado *excelente*, para hospitales de segundo nivel.

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 (100%) y porcentaje de recién nacidos con primera dosis de polio, BCG y hepatitis B (100%).

En el indicador macro de seguridad, el indicador de infecciones intrahospitalarias fue del 1.1% en el año 2008, ajustándose a los estándares de *excelencia* adoptados en la presente metodología para los hospitales de segundo nivel.

Los dos indicadores específicos 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 periodo, el primero con el 100% y el segundo con el 1.3%, se encuentran dentro de los estándares de *excelencia*.

Dentro del indicador macro de rendimiento, el del especialista responsable de consulta externa (2.5 consultas por hora) fue considerado como *bueno* y el del profesional licenciado en enfermería para consulta de crecimiento y desarrollo fue *excelente* con 3 consultas por hora.

El indicador de productividad fue el único que presentó una gestión *aceptable*. Dentro de éste, el giro cama, 7.3 pacientes por cama en promedio mes durante el 2008, el promedio de estancia de hospitalización que fue de 3.6 días y el porcentaje de cumplimiento en el logro de la meta establecida en consultas de urgencias en el 2008 (97.4%) fueron *excelentes*. El porcentaje ocupacional fue *bueno*, esto es, el tiempo que en promedio estuvieron ocupadas todas las camas durante el año 2008, 85.9%. Los indicadores de porcentaje de cumplimiento en la programación establecida en consulta externa de consulta especializada (88.5%) y de cumplimiento en la programación de cirugías establecidas en el 2008 (175.3%), están por fuera de los estándares de una gestión excelente, buena o aceptable. Se considera que el porcentaje de cumplimiento debe ser del 100%, pero se ha previsto entre un 96% y un 100% como excelente por cuanto está calculado con meta programada. Menor de 90% indica incumplimiento de la meta y puede ser por factores como meta mal calculada o no realización de las actividades por falta de recurso humano y/o subutilización de recursos; mayor de 100% nos indica una sobre utilización del recurso humano existente, meta mal calculada o utilización de mayor recurso humano, no previsto en el momento de la programación.

En el componente financiero, el hospital pasó de una *buena* gestión (21 puntos) en el 2007 a una gestión *aceptable* en el año 2008 (17 puntos de 30 posibles). Los indicadores de solidez (4.32) y ejecución presupuestal de gastos (100%), fueron *excelentes*. Durante el año 2008, el Hospital de

Fontibón tardó en promedio 73.28 días en recuperar su cartera, lo cual se considera como una *buena* gestión en su manejo.

La razón corriente fue de 1.22 considerada *aceptable*, al igual que la ejecución presupuestal de ingresos, que reflejó que el Hospital de Fontibón recaudó el 84.4% de los ingresos presupuestados para el año 2008. Entre el 90 y el 97% sería una buena ejecución y por encima del 97%, sería excelente. El hospital presentó un déficit operacional de \$94.3 millones a 31 de diciembre de 2008.

El Hospital de **BOSA** pasó del cuarto lugar en el ranking 2006, al tercer lugar en el 2007 y al segundo en el 2008, dentro del grupo de hospitales de segundo nivel con 73.9 sobre 100 puntos y presenta una *buena* gestión total. En el componente técnico-científico y social disminuyó su puntaje respecto de los años anteriores, ya que pasó de 55,1 en 2006 y 56.0 en 2007, a 49.9 en el 2008, pasando de una *buena* gestión a una *aceptable*. Es en el componente financiero donde el hospital presentó un buen desempeño, ya que de 30 puntos asignados a este componente obtuvo 24, el puntaje más alto dentro de los hospitales de segundo nivel.

En el componente técnico – científico y asistencial, su mejor desempeño, al igual que en el año 2007, se notó en los indicadores macro de oportunidad (21.9 sobre 24.5), cobertura (7 sobre 7) y seguridad (3.5 sobre 3.5), los que presentaron un *excelente* comportamiento. Dentro del indicador de oportunidad, cinco de sus siete indicadores específicos: Atención de enfermería para la consulta de crecimiento y desarrollo (1 día), registro de resultados de laboratorio ambulatorio (1 día), realización del procedimiento quirúrgico programado (2 días), atención de urgencias (31.5 minutos) y el porcentaje de cancelación de cirugías por causas intrahospitalarias (0.2%) son *excelentes*. La oportunidad en la entrega de medicamentos ambulatorios es *buena* ya que se reporta en 2 días y en consulta externa especializada, *aceptable*, porque durante el año 2008, estuvo en promedio en 10 días.

En el indicador macro de cobertura, el hospital fue *excelente* ya que realizó la prueba de TSH al 100% de los recién nacidos vivos en el hospital durante el 2008 y vacunó con primera dosis de polio, BCG y hepatitis B, a un número de recién nacidos vivos superior a los nacidos en el hospital, por cuanto vacunan también a niños nacidos fuera de él.

El indicador de seguridad, reportó un porcentaje de infecciones intrahospitalarias del 1%, considerado *excelente* para hospitales de segundo nivel.

El indicador macro de productividad, disminuyó en el 2008 (13.1 de 21 puntos), respecto de 2007 (15.8 de 21 puntos) y pasó de una *buena* gestión a una *aceptable*. El giro cama continuó siendo excelente (11.4 personas por cama promedio mes durante 2008). El porcentaje ocupacional pasó de 93.5% en el 2007 (excelente) a 97.2% en el 2008, que se encuentra por fuera de un porcentaje aceptable. Este porcentaje indica el tiempo que en promedio estuvieron ocupadas todas las camas. Es importante aclarar que un porcentaje mayor al 96% no genera una relación de excelencia porque evidencia una sobre ocupación, sobre utilización del recurso físico; adicionalmente, que no hay lugar para los procedimientos de asepsia y desinfección de la cama. El promedio de estancia de hospitalización, al igual que en 2007, es excelente (2.7 días). Así mismo, el porcentaje de cumplimiento en el logro de la meta establecida en consultas de urgencias (99.9%). Los otros dos indicadores se encuentran en un rango *bajo*.

En el indicador de rendimiento, es *bajo* el presentado por los profesionales en enfermería responsables de la consulta de crecimiento y desarrollo (0.7 consultas por hora) y *aceptable* el rendimiento promedio de los especialistas en consulta externa especializada (2.5 consultas por hora).

El indicador de gestión social (1.8 sobre 7) fue bajo, ya que el porcentaje de quejas tramitadas fue del 49.3% y se espera que esté por encima del 90% y el porcentaje de requerimientos interpuestos fue el 0.3%. Un reporte menor que 0.4% nos orienta a no reporte de quejas o no utilización de buzones.

En el componente financiero el hospital presentó una buena gestión, con 24 puntos de los 30 asignados a este componente. El indicador de solidez (3.75), significa que el hospital se encuentra en capacidad de cubrir los pasivos 3.75 veces; es decir, que por cada peso que adeuda cuenta con un respaldo de \$3.75, por lo cual este indicador es excelente. Así mismo, en el año 2008, el hospital presentó un excedente operacional de \$3.119.7 millones (*excelente*) y una *excelente* ejecución presupuestal de gastos del 99.9%. Los resultados de los siguientes indicadores fueron buenos: La rotación de cartera fue de 67.6 días, el hospital tardó en promedio 67.6 días en recuperar su cartera y la ejecución presupuestal de ingresos, que mide los ingresos recaudados frente a los presupuestados que fue del 91.8%, en el Hospital de Bosa para el año 2008. Donde se presentó un resultado inferior, fue en el indicador de razón corriente, 1.94. Este indicador debe ser mayor que 1. Un valor entre 1 y 1.9 es *aceptable*. En la medida que presente un mayor resultado, menor será el riesgo del hospital y mayor será su solidez de pago en el corto plazo. Un valor menor que 1 indica que el hospital puede declararse en suspensión de pagos y deberá hacer frente a sus deudas a corto plazo teniendo que tomar parte del activo fijo. En este caso, por cada peso que adeuda el hospital en el corto plazo, tiene \$1.94 de respaldo.

El Hospital de **MEISSEN** pasó del segundo lugar en el año 2007 (80.52 sobre 100 puntos) al tercero en el año 2008 (73.2 puntos), mostrando una *buna* gestión total al igual que en 2007. Su mejor puntaje se presentó en el componente técnico – científico y social, el cual pasó de 52.53 (en el 2006) a 57.77 en el 2007 y a 61.26 sobre 70 puntos, en el año 2008, con un desempeño *bueno*. El puntaje más alto dentro de los hospitales de segundo nivel. En su componente financiero presentó una *baja* gestión, y pasó de 25 puntos obtenidos en el 2006, a 21 en el 2007 y 12 de 30 puntos asignados a este componente, en el año 2008.

Dentro del componente técnico – científico y social, los indicadores macro de oportunidad (23.6 sobre 24.5 puntos), seguridad (3.5 sobre 3.5) y gestión social (7 sobre 7) fueron *excelentes*. Los indicadores de cobertura (6.1 sobre 7) y productividad (16.6 sobre 21), *buenos*. El indicador de rendimiento (4.4 sobre 7) fue *aceptable*.

Todos los indicadores específicos de oportunidad fueron excelentes: En consulta externa especializada (6.2 días), atención de enfermería para consulta de crecimiento y desarrollo (1 día), entrega de medicamentos ambulatorios (1 día), registro de resultados de laboratorio (1 día), porcentaje de cancelación de cirugías por causas intrahospitalarias (1.5%) y atención de urgencias (42 minutos). La oportunidad en la realización del procedimiento quirúrgico programado fue *buna* y estuvo en 7 días en promedio, durante el año 2008.

En los excelentes resultados de los indicadores de oportunidad se reflejan los efectos de extender las consultas de medicina especializada a los días sábados y domingos, cuyo propósito fue específicamente éste, mejorar la oportunidad en la atención de los pacientes.

El indicador de infecciones intrahospitalarias (indicador de seguridad) fue del 1.1%, considerado como *excelente* para hospitales del segundo nivel de atención.

Los indicadores que miden la gestión social, que son el porcentaje de requerimientos tramitados (100%) y el porcentaje de requerimientos interpuestos (0.5%), se ubican igualmente dentro de los estándares de *excelencia*.

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%) *excelente* y el porcentaje de recién nacidos con primera dosis de polio, BCG y hepatitis B (94.8%), *bueno*.

En el indicador macro de productividad, el giro cama mejoró en el año 2008, pasó de 12.3 personas por cama promedio mes durante 2007 a 11.1 personas, el porcentaje ocupacional disminuyó de 128.3% en el 2007 a 113.3% en el 2008. Aunque sigue existiendo sobre ocupación, ha mejorado y se espera que continúe mejorando con la entrada en servicio de la nueva sede del hospital, lo cual se vería reflejado en el año 2009. El porcentaje de cumplimiento en el logro de la meta establecida en consulta de urgencias pasó de 156.3% (muy superior a lo programado) en el año 2007 a 96.9%, en el 2008 (excelente). Se considera que el porcentaje de cumplimiento debe ser del 100%, pero se ha calculado entre un 95% y un 100% como excelente por cuanto está calculado con meta programada. Menor al 80% indica incumplimiento de la meta y puede ser por factores como meta mal calculada, falta de recurso humano y/o subutilización de recursos; mayor al 100% nos indica una sobre utilización del recurso humano existente o también, meta mal calculada. En cuanto al porcentaje de cumplimiento en el logro de la meta establecida en consulta externa de especialistas pasó de 92.2% (*aceptable*) en 2007, a 95.2% (*bueno*) en el 2008, también mejoró.

En el indicador macro de rendimiento, el del especialista responsable de consulta externa, pasó de 2.8 consultas por hora (*excelente*) en el año 2007 a 3.2 consultas por hora en el 2008 (*bajo*). Es importante establecer que un número de consultas mayor de tres por hora, está en detrimento de la calidad de la consulta. El rendimiento del profesional licenciado en enfermería responsable de consulta de crecimiento y desarrollo pasó de 3.4 consultas por hora a 3 consultas por hora en el 2008 y continúa siendo *excelente*.

En el componente financiero, es en donde el Hospital de Meissen presentó descenso, su puntaje fue de 12 puntos sobre 30. El indicador de rotación de cartera muestra que el hospital tardó en promedio, durante el año 2008, 122.2 días en recuperar su cartera, lo que indica una *baja* rotación. El indicador de eficiencia operacional muestra que el hospital presentó un excedente operacional en el 2008 de \$686.9 millones, inferior al 2% de su patrimonio, lo que se considera *bajo*. Por encima del 2% se considera *aceptable*. Este indicador expresa el resultado positivo o negativo de las operaciones financieras desarrolladas por los hospitales, tomando los recursos que ingresan y los egresos incurridos en desarrollo de su objeto social. El indicador de gestión presupuestal de ingresos reflejó que el hospital recaudó el 69.7% de los ingresos presupuestados para el año 2008, lo cual se considera como un *bajo* porcentaje.

Los indicadores de solidez (3.76) y ejecución presupuestal de gastos fueron *excelentes* (99.6%). El primer expresa que el hospital se encuentra en capacidad de cubrir los pasivos 3.76 veces; es decir,

que por cada peso que adeuda cuenta con un respaldo de \$3.76, por lo cual este indicador es excelente.

El indicador de razón corriente (1.92) fue *aceptable*. Este indicador debe ser mayor que 1. Un valor entre 1 y 1.99 es *aceptable*. En la medida que presente un mayor resultado, menor será el riesgo del hospital y mayor será su solidez de pago en el corto plazo. Un valor menor que 1 indica que el hospital puede declararse en suspensión de pagos y deberá hacer frente a sus deudas a corto plazo teniendo que tomar parte del Activo Fijo. En este caso, por cada peso que adeuda el hospital en el corto plazo, tiene \$1.92 de respaldo.

El Hospital de **SUBA** pasó del octavo puesto en el año 2007 al cuarto puesto en el año 2008 y de un puntaje de 63.40 en el primer año a 71.77 sobre 100, en el 2008. En el componente técnico – científico y social el hospital pasó de 53.4 en el 2007 a 57.8 puntos sobre 70 en el 2008 y en el componente financiero, pasó de 10 puntos en el 2007 a 14 sobre 30, en el 2008.

En su componente técnico – científico y social, los indicadores macro de oportunidad, rendimiento, cobertura, seguridad y gestión social, cinco de los seis indicadores macro, reflejaron una *excelente* gestión del hospital. Únicamente el indicador macro de productividad reflejó una gestión *aceptable* y es en éste en el que deben concentrar su atención para mejorar los indicadores específicos, sin descuidar lo alcanzado en los indicadores que presentan excelentes resultados.

No obstante reflejar, en el indicador macro de oportunidad, una gestión total *excelente* (21 de 24 puntos), el indicador de oportunidad en consulta externa especializada fue bajo (14.7 días). De acuerdo con lo informado por el Hospital, a partir de 2008 manejan agendas abiertas, es decir, que el paciente puede pedir cita, por ejemplo, de control, para dentro de dos meses y se la dan de una vez. Esto, porque consideran que al cerrar agendas se colocan barreras de acceso al paciente. Este puede ser uno de los factores que han llevado a mayores tiempos en la oportunidad de esta consulta en el año 2008.

En el indicador macro de cobertura, el porcentaje de recién nacidos vivos con primera dosis de polio, BCG y hepatitis B durante el año 2008 fue del 515.5%. Lo anterior se explica por parte del hospital, aclarando que son referente local para vacunación, vacunan no solamente a los nacidos en el hospital sino en general a los niños de la localidad.

Dentro del indicador macro de productividad, los indicadores específicos de giro cama (11.6 pacientes por cama promedio mes) y promedio de estancia de hospitalización de la entidad (2.3 días) fueron *excelentes*. El porcentaje ocupacional fue *bueno* con un 86.7% de ocupación promedio durante el año 2008. Por tanto, los indicadores en los cuales se presentan deficiencias son los relacionados con metas programadas: Porcentaje de cumplimiento en el logro de la meta establecida en consultas de urgencias en el período (117.6%), en consulta externa de especialista (124.6%) y en la programación de cirugías del año 2008 (153%). Porcentajes por encima del 100% nos indican sobreutilización del recurso humano existente o meta mal calculada.

En el componente financiero, el hospital reflejó una gestión *aceptable* con 14 puntos sobre 30 y estos son los resultados de algunos de sus indicadores: Razón corriente (0.85), este indicador debe ser mayor que 1, por lo tanto se clasifica como bajo, ya que la disponibilidad de recursos no era suficiente para cubrir las obligaciones adquiridas a corto plazo. Aunque aumentó respecto de 2007 (0.79) continúa

por debajo de 1. Así mismo, el hospital presentó un déficit operacional de \$2.226 millones, durante la vigencia 2008, sus ingresos fueron menores a los egresos incurridos en desarrollo de su objeto social. El indicador de solidez de la entidad a largo plazo fue de 4.87, es decir, que el hospital se encuentra en capacidad de cubrir los pasivos a largo plazo, 4.87 veces; por cada peso que adeuda cuenta con un respaldo de \$4.87. La ejecución presupuestal de gastos muestra que el hospital ejecutó el 99.7% del presupuesto destinado para gastos, lo que refleja una *excelente* gestión.

La gestión total del hospital **SAN BLAS**, pasó de 74.03 en el año 2006, a 72.16 en el 2007 y a 71.02 sobre 100 puntos en el año 2008 y reflejó en los dos últimos años una gestión *aceptable*. En el componente técnico – científico y social obtuvo 56.02 de 70 puntos asignados a este componente, lo cual muestra un *buen* comportamiento. El componente financiero con 15 puntos de 30, expresa una gestión *aceptable*.

Dentro del componente técnico-científico y social los indicadores macro de cobertura (7 de 7), seguridad (3.5 de 3.5) y gestión social (7 de 7) mostraron una *excelente* gestión. El indicador de oportunidad (20.1 de 24.5), fue bueno y los indicadores de rendimiento (4.4 de 7) y productividad (14.0 de 21) *aceptables*.

En el indicador de oportunidad, la entrega de medicamentos ambulatorios (3 días) y realización de procedimiento quirúrgico programado (8.1 días) fueron *aceptables*; Este último indicador había pasado de 12 días en el 2006 a 6.1 días en el 2007. La oportunidad en consulta externa especializada en 8.7 días promedio, fue *buen*a durante el año 2008. Los otros cuatro indicadores específicos fueron *excelentes*.

El indicador macro de rendimiento fue *aceptable*, *éste fue afectado debido a que* el hospital no reportó información de uno de los indicadores que conforman este grupo, ésta fue la referente a la solicitada para el cálculo del rendimiento del profesional en enfermería responsable de la consulta de crecimiento y desarrollo, por lo cual y de acuerdo con la metodología se califica con el menor puntaje. En el año 2007 reportaron el número de niños valorados por médico dentro del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que fueron 264, ya que según informó el hospital, allí no realizan esta actividad. El rendimiento promedio de médicos especialistas responsables de la consulta externa fue de 3 consultas por hora, considerado *excelente*.

En el indicador de productividad, el promedio de estancia de hospitalización de la entidad pasó de 3.7 días en el 2007 (*excelente*) a 4.3 días en el 2008 (*bueno*). El giro cama pasó de 5.9 personas por cama promedio mes durante 2007 a 5.3 en el 2008, muestra una buena gestión del hospital en el uso que se dio a las camas en los dos años. Los indicadores que hacen referencia al porcentaje de cumplimiento en el logro, de la meta establecida en consultas de urgencias (100%) como en consulta externa especializada (100%) deben ser revisados, tanto la programación como la ejecución, pues normalmente no sucede que realicen exactamente el número propuesto como meta. Para la medición del año 2007, en visita efectuada al Hospital por parte de la Veeduría Distrital en el año 2008, informaron que allí manejaban una demanda espontánea para el caso de consultas de urgencias y no establecían metas. Finalmente y de acuerdo con los registros se estableció que se podía calcular la meta anual teniendo en cuenta que manejaban una meta promedio, para 2007, de 110 consultas diarias, lo cual estableció una meta para el año de 40.150 consultas, de las cuales realizaron 38.758. Para el año 2008 reportaron 45.011 consultas realizadas y 45.011 consultas programadas de urgencias. Para el caso del porcentaje de cumplimiento en la programación de cirugías establecido en el 2008, fue de 191.6%. Mayor de 100% nos indica una sobre utilización del recurso humano existente o meta mal calculada. Por lo tanto, es

importante revisar la programación de estas tres actividades, ya que al parecer no se están estableciendo las metas o no se calculan bien, lo cual puede traer inconvenientes tanto de orden operativo como financiero. En cuanto al indicador de porcentaje ocupacional, éste fue *bajo* (74.7%).

En el indicador de seguridad, el porcentaje de infecciones intrahospitalarias pasó de 1.6% en el año 2006 a 1.2% en el 2007 y a 1.4% en el 2008, en relación con el total de egresos hospitalarios. Todos estos porcentajes ubicados en el rango de *excelencia* para hospitales de segundo nivel. En el indicador de gestión social el porcentaje en el trámite de requerimientos fue del 100% en el 2008. Así mismo, el porcentaje de requerimientos interpuestos frente al número de pacientes atendidos en el período, fue de 2%, considerado dentro del rango de *excelencia*.

En el componente financiero el hospital obtuvo 15 de 30 puntos posibles. El indicador de razón corriente fue igual a 1. Este indicador debe ser mayor que 1. Un valor entre 1 y 1.99 es *aceptable*. En la medida que presente un mayor resultado, menor será el riesgo del hospital y mayor será su solidez de pago en el corto plazo. Un valor menor que 1 indica que el hospital puede declararse en suspensión de pagos y deberá hacer frente a sus deudas a corto plazo teniendo que tomar parte del Activo Fijo. En este caso, por cada peso que adeuda el hospital en el corto plazo, tiene \$1 de respaldo.

El indicador de solidez fue de 2.91 y significa que el hospital se encuentra en capacidad de cubrir los pasivos 2.91 veces, en el largo plazo, lo cual es *bueno*. El indicador de rotación de cartera muestra que el hospital tardó en promedio, durante el año 2008, 116.29 días en recuperar su cartera, lo que indica una rotación *aceptable*. Durante el año 2008 el Hospital presentó un déficit operacional de \$674.9 millones, sus ingresos fueron menores a los egresos incurridos en desarrollo de su objeto social.

El hospital de **TUNJUELITO** pasó del quinto puesto en el 2006 al cuarto en el 2007 con 72.65 y al sexto en el 2008 con 66.91 sobre 100 puntos y mostró una gestión total *aceptable*. En su componente técnico – científico y social, pasó de una buena gestión en el año 2007 (58.65 puntos) a una gestión *aceptable* en el año 2008 (49.91 puntos sobre 70). En el componente financiero mejoró y pasó de 14 puntos en el año 2007 a 17 de 30 puntos en el año 2008, siendo *aceptable* su gestión.

En su componente técnico-científico y social sus indicadores macro de oportunidad (21.01 de 24.5), cobertura (7 sobre 7) y seguridad (3.5 sobre 3.5) se ubicaron en el rango de *excelencia*. Los indicadores de rendimiento (4.4 sobre 7 puntos) y productividad (12.3 sobre 21 puntos) fueron *aceptables* y el de gestión social (1.8 sobre 7) *bajo*.

El indicador de oportunidad pasó de 24.5 en el 2007 a 21.01 en el 2008. Dentro de este indicador, el indicador específico de oportunidad en consulta externa especializada, pasó de 5.4 días en el 2007 (*excelente*) a 8.9 días en el año 2008 (*bueno*). La oportunidad en consulta de enfermería para crecimiento y desarrollo pasó de 2 días en el 2007 (*excelente*) a 4 días en el 2008 (*aceptable*). La oportunidad para la realización de procedimiento quirúrgico programado pasó de 6 días en el 2007 (*excelente*) a 7 días en el 2008 (*bueno*).

El indicador macro de rendimiento fue *aceptable* y pasó de 6.1 sobre 7 en el 2007 a 4.38 en el 2008. El rendimiento del especialista responsable de consulta externa fue de 2.4 consultas por hora (*aceptable*) y el de enfermería para consulta de crecimiento y desarrollo 2.9 consultas por hora (*bueno*).

En el indicador de productividad, el porcentaje de cumplimiento en la programación de cirugías continúa ubicándose en el rango de una *baja* gestión (169% para 2007 y 206% para 2008), pues indica sobreutilización del recurso humano existente o una meta mal calculada. Para el año 2007 el hospital informó que este mayor número de cirugías realizadas frente a las programadas, se debió al incremento en el número de especialistas de ortopedia y cirugía general, durante dicho año, así como a la programación de cirugías para los sábados. No obstante, para el 2008 ya debía haber sido tenida en cuenta esta situación dentro de la programación.

En el indicador macro de gestión social se miró el porcentaje de requerimientos tramitados, de los interpuestos y en el hospital este porcentaje fue del 74.8% (*bajo*). Así mismo, el porcentaje de requerimientos interpuestos frente al número de pacientes atendidos en el año 2008 fue del 0.3%. Un reporte menor que 0.4% nos orienta a no reporte de quejas o no utilización de buzones, por tanto fue *bajo*.

El componente financiero del hospital presentó una gestión *aceptable* con 17 de 30 puntos. El indicador de solidez fue de 3.2 (*excelente*), el hospital se encuentra en capacidad de cubrir los pasivos a largo plazo 3.2 veces. Los indicadores de razón corriente (1.17) y rotación de cartera (91.67 días) fueron *aceptables*. El primero indica que cuenta con disponibilidad de recursos para cubrir las obligaciones adquiridas a corto plazo, por cada peso que adeuda a corto plazo cuenta con un respaldo de \$1.17. El indicador de rotación de cartera muestra que el hospital demoró en promedio 91.67 días en recuperar su cartera durante el año 2008. El hospital presentó un excedente operacional durante el año 2008 de \$355 millones, que representó el 3.4% de su patrimonio, lo que se considera *aceptable*. La ejecución presupuestal de ingresos fue *buena* (90.5%) y la de gastos (2.6%) muy *baja*. De acuerdo con esto, el hospital ejecutó el 2.6% del presupuesto destinado para gastos.

El hospital de **ENGATIVÁ** pasó de 71.66 puntos en el año 2006 a 65.40 en el 2007 y a 63.15 sobre 100 en el año 2008, con una gestión total *aceptable*. En su componente financiero disminuyó de 20 puntos obtenidos en el ranking 2006 a 12 en el 2007 y a 8 sobre 30 puntos en el 2008, reflejando una *baja* gestión. Por el contrario en su componente técnico – científico y social pasó de 51.66 puntos en el año 2006 a 53.40 en el 2007 y a 55.15 sobre 70 puntos en el año 2008, que se clasifica como una *buena* gestión.

En el componente técnico–científico y social, los indicadores macro de oportunidad (21.0 de 24.5), cobertura (7 de 7) y seguridad (3.5 de 3.5) fueron *excelentes*. El indicador macro de rendimiento (6.1 de 10.5 puntos) fue *bueno*. Los indicadores de productividad (13.1 sobre 21 puntos) y gestión social (4.4 sobre 7 puntos) fueron *aceptables*.

Dentro del indicador macro de oportunidad se debe prestar atención a la presentada en la entrega de medicamentos ambulatorios que se encuentra en 3 días y a la del registro de resultados de laboratorio ambulatorio, reportada en 4 días en promedio para el año 2008, consideradas *aceptables*.

En el indicador macro de productividad, los indicadores específicos relacionados con el cumplimiento de metas programadas en urgencias (149.6%), consulta externa especializada (90.5%) y cirugías (208.8%), presentan inconvenientes y los tres se encuentran en un rango *bajo*. Cuando este indicador es mayor de 100% muestra una sobre utilización del recurso humano existente o que la meta está mal calculada. Si es menor al 90%, como es el caso de consulta externa especializada, indica incumplimiento de la meta y puede ser por factores como meta mal calculada o no realización de las

actividades por falta de recurso humano y/o subutilización del mismo. Por lo anterior se debe revisar la programación de metas o la realización de estas actividades que afectan los resultados de estos indicadores. El indicador específico de porcentaje ocupacional mejoró frente al del año 2007 (85.6%) y se encontró en 88.4%, considerado *bueno* para un hospital de segundo nivel.

El indicador de gestión social relacionado con el número de pacientes atendidos en el período, ha venido mejorando en los tres últimos años: 0.1% en el 2006, 0.35% en el 2007 y 0.5% en el 2008. Se considera el 2% como estándar al cual se debe hacer seguimiento y monitoreo para observar la tendencia. Un reporte menor que 0.4% orienta a no reporte de quejas o no utilización de buzones. Un número elevado de quejas indica fallas en los atributos de la calidad en la atención. Los resultados presentados por el hospital demuestran que se ha revisado el procedimiento de intercomunicación con los usuarios y se ha alcanzado el estándar de *excelencia*. El otro indicador específico de gestión social que hace referencia al porcentaje de requerimientos tramitados fue bajo, ya que se tramitó tan sólo el 83.1% de los requerimientos interpuestos.

En el componente financiero se debe prestar atención a los indicadores de razón corriente (0.36) porque un valor menor que 1 indica que el hospital puede declararse en suspensión de pagos y deberá hacer frente a sus deudas a corto plazo teniendo que tomar parte del Activo Fijo. Así mismo, el hospital presentó un déficit operacional de \$13.459 millones. Los gastos y costos operacionales representaron el 124% de sus ingresos operacionales, es decir, el desfase presentado entre éstos y los ingresos operacionales fue del 24%. La ejecución presupuestal de ingresos también fue *baja* (78.2%), es decir, los ingresos recaudados frente a los presupuestados representaron el 78.2%.

El indicador de rotación de cartera fue de 97.7 días, el hospital tardó en promedio 97.7 días en recuperar su cartera durante el año 2008, lo cual se considera un tiempo *aceptable*.

El Hospital **CENTRO ORIENTE** pasó de 70.78 puntos en 2006 a 67.15 en el 2007 y a 48.16 de 100 puntos en el 2008, que representa una gestión total *aceptable*. El menor puntaje en este último año se origina en el comportamiento del componente técnico – científico y social, el cual pasó de 55.15 puntos en el 2007 a 48.16 en el 2008, de 70 puntos asignados al mismo, pasando de una *buen*a gestión a una *aceptable*. En este último año el puntaje del componente se ve afectado porque los eventos quirúrgicos se encuentran suspendidos desde agosto desde 2008 por la construcción de la nueva sede en El Guavio, motivo por el cual los indicadores relacionados con este servicio no fueron reportados, teniendo allí el puntaje mas bajo (oportunidad en la realización de procedimiento quirúrgico, porcentaje de cancelación de cirugías por causas intrahospitalarias y porcentaje de cumplimiento en la programación de cirugías). En el componente financiero pasó de 12 puntos en el 2007 a 10 en el 2008, de 30 puntos asignados a este componente.

Dentro del componente técnico–científico y social los indicadores macro de cobertura (7 de 7) y gestión social (7 de 7) fueron *excelentes*. Los de oportunidad (16.6 de 21 puntos), rendimiento (4.4 de 10.5 puntos) y productividad (12.3 de 21 puntos) *aceptables* y el de seguridad (0.9 de 3.5 puntos) *bajo*.

En el indicador macro de oportunidad, la relacionada con la consulta externa especializada se encuentra en 12.8 días promedio, por fuera de los estándares previstos para una oportunidad excelente, buena o aceptable. Los otros indicadores específicos de oportunidad fueron excelentes, excepto los ya mencionadas que se relacionan con eventos quirúrgicos.

Dentro del indicador macro de rendimiento, el promedio de los especialistas responsables de consulta externa fue de 2.2 consultas por hora, puede indicar que hay baja demanda en el hospital o exceso de recurso humano para la atención de dichas consultas. Por lo anterior el rendimiento promedio de estos especialistas se consideró *bajo*. En cuanto al número de consultas realizadas por hora por las enfermeras encargadas de las consultas de crecimiento y desarrollo fue de 3 en promedio, considerado como *excelente*.

Dentro del indicador macro de productividad el porcentaje ocupacional fue del 72.1%, considerado *bajo* para un hospital de segundo nivel, ya que representa subutilización del recurso físico del hospital. No obstante, este indicador aumentó comparado con el del año 2007 que fue del 57%. Los indicadores de giro cama (5.3 personas por cama promedio mes) y promedio de estancia de hospitalización del hospital (4.2 días) fueron *buenos*. El porcentaje de cumplimiento en el logro de la meta establecida en consultas de urgencias fue del 81.2%, considerado *aceptable*. El porcentaje de cumplimiento deber ser del 100%, pero se ha calculado entre un 95% y un 100% como excelente por cuanto esta calculado con meta programada. Menor de 80% indica incumplimiento de la misma. En este orden de ideas, fue *excelente* el porcentaje de cumplimiento en la meta establecida para consulta externa, 97.7%.

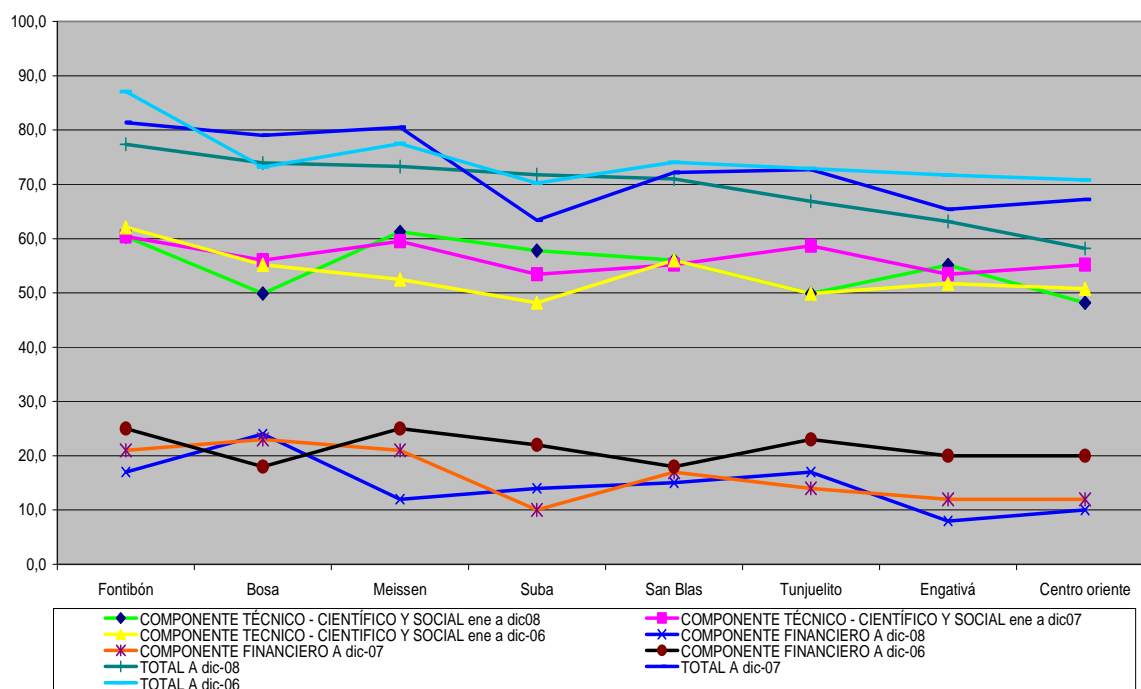
El porcentaje de infecciones intrahospitalarias que representa el indicador de seguridad del hospital, fue del 0.03%. Valores con tendencia a 0 y mayores de 3% deben ser objeto de seguimiento estricto por cuanto pueden deberse a subregistros, no reporte de infecciones o condiciones de bioseguridad excelentes o deficientes. 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 2008, presentó una *baja* gestión, por cuanto de 30 puntos asignados, obtuvo 10. Los indicadores específicos que a 31 de diciembre de 2008 presentaron mayor dificultad fueron los siguientes: Razón corriente y liquidez general o solidez, cuyos resultados deben ser mayor de 3 para estar en un rango *aceptable*, se ubicaron en 0.90 y 1.60, respectivamente, siendo el primero *bajo* y el segundo *aceptable*; En el primer indicador un valor menor que 1 indica que el hospital puede declararse en suspensión de pagos y deberá hacer frente a sus deudas a corto plazo teniendo que tomar parte del Activo Fijo. En el caso del segundo indicador, muestra que el hospital se encuentra en capacidad de cubrir los pasivos a largo plazo 1.6 veces. Igualmente, durante el año 2008 el hospital presentó un déficit fiscal de \$1.995.8 millones y los ingresos recaudados frente a los presupuestados representaron el 74.2% (*bajo*).

La rotación de cartera del hospital fue *bueno*, el hospital tardó en promedio 88.75 días durante el año 2008, en recuperar su cartera. Así mismo, el hospital ejecutó el 97.1% de su presupuesto asignado.

En la siguiente gráfica se observa el comportamiento de los resultados obtenidos por los hospitales que prestan servicios de segundo nivel en los años 2006, 2007 y 2008:

**MEDICION DE LA GESTION GENERAL DE LAS ESE DISTRIALES - II NIVEL
2006 - 2008**



Tomados en conjunto los resultados obtenidos por los hospitales de segundo nivel, se observa un menor desempeño en el período 2008 frente al 2007 y al 2006.

En el componente técnico – científico y social el comportamiento de los hospitales de segundo nivel fue levemente superior en el año 2007, frente al 2008 y al 2006; se exceptúan Meissen, Suba, San Blas y Engativá que presentaron un mejor desempeño en el 2008.

En el componente financiero, como se observa en la gráfica, sólo tres hospitales de este nivel presentaron un mejor comportamiento en el año 2008, frente al 2007: Bosa, Suba y Tunjuelito.

2.3. Tercer Nivel de Atención

HOSPITAL	COMPONENTE TÉCNICO - CIENTÍFICO Y SOCIAL			COMPONENTE FINANCIERO			TOTAL 100 puntos		
	70 puntos			30 puntos					
	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08
Tercer Nivel									
Kennedy	59,52	58,65	59,52	16,00	11,00	14,00	75,52	69,65	73,52
La Victoria	44,65	44,65	55,14	15,00	6,00	17,00	59,65	50,65	72,14
El Tunal	51,66	55,15	49,90	23,00	22,00	20,00	74,66	77,15	69,90
Simón Bolívar	52,53	56,02	56,02	6,00	13,00	7,00	58,53	69,02	63,02
Santa Clara	45,54	42,91	46,41	16,00	20,00	9,00	61,54	62,91	55,41

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

En este cuadro se presenta la evaluación de los hospitales del Distrito Capital que prestan servicios de tercer nivel de atención. Incluye los resultados de la gestión de los últimos tres años, desagregados por cada componente. El detalle de cada uno de los indicadores micro se presenta en el anexo No.3 donde se encuentra la matriz con el puntaje de cada una de las ESE distritales. La matriz de evaluación con el detalle de cada uno de los indicadores específicos se entregará al correspondiente hospital.

Solo el **HOSPITAL DE KENNEDY**, dentro de los hospitales de tercer nivel, presentó una *buena* gestión total durante el año 2008 (73.52 sobre 100 puntos). Los otros cuatro hospitales presentaron una gestión total *aceptable*: **LA VICTORIA, EL TUNAL, SIMÓN BOLÍVAR y SANTA CLARA**. Ninguno de los hospitales de tercer nivel reflejó una gestión *excelente* ni *baja*. Los tres últimos hospitales citados, han bajado su puntaje en el año 2008, respecto de 2007. En este año habían mejorado frente a 2006.

Comparada la gestión del año 2008 con la de 2007, tan sólo dos hospitales de tercer nivel mejoraron su gestión: Kennedy y La Victoria. Tomando los tres últimos años, solamente el Hospital La Victoria ha mostrado un mejor desempeño en el año 2008.

El componente en el que los hospitales presentaron una mayor disminución fue en el financiero.

A 31 de diciembre de 2008, de acuerdo con la medición efectuada por la Veeduría Distrital, el hospital de **KENNEDY** con 73.52 sobre 100 puntos, ocupó el primer lugar dentro de los hospitales tercer nivel. Su mejor desempeño se presentó en el componente técnico – científico y social el cual muestra una *buena* gestión y obtuvo un puntaje de 59.52 sobre 70 puntos, siendo en este componente el mejor hospital de tercer nivel. Este puntaje fue el mismo que obtuvo el hospital en el año 2006 y para 2007 fue de 58.65. En el componente financiero el hospital mejoró respecto del año 2007 y obtuvo 14 puntos sobre 30 asignados a este componente, reflejando una gestión *aceptable*.

Dentro del componente técnico – científico y social, sus indicadores macro de oportunidad (22.8 sobre 24.5 puntos), rendimiento (7 sobre 7), cobertura (3.5 sobre 3.5) y seguridad (3.5 sobre 3.5) reflejaron una *excelente* gestión. Los indicadores macro de productividad (18.4 sobre 24.5) y gestión social (4.4 sobre 7) fueron *aceptables*.

En el indicador macro de oportunidad pasó de 23.6 en el año 2007 a 22.8 en el 2008. Esta disminución obedece a su indicador específico de oportunidad para la realización del procedimiento quirúrgico programado, el cual pasó de 5 días (excelente) en el 2007 a 12 días en el 2008, este último considerado *aceptable*. Sus otros seis indicadores de oportunidad fueron excelentes: Consulta externa especializada (8días), entrega de medicamentos ambulatorios (1 día), registro de resultados de laboratorio ambulatorio (1 día), realización de imágenes diagnósticas (2 días), atención de urgencias (50 minutos) y el porcentaje de cancelación de cirugías (3.6%).

El indicador relacionado con el rendimiento del profesional especialista responsable de consulta externa, fue de 3 consultas por hora en promedio, lo cual es *excelente*. Para el año 2007 su rendimiento fue de 2.8 consultas por hora, que se encuentra dentro del rango de excelencia.

El indicador macro de cobertura cumplió también con el estándar de *excelencia*. Este indicador se mide por el porcentaje de recién nacidos a los que se les realiza la prueba de TSH, por tanto solo contempla

dos posibilidades, igual o superior al 100%, *excelente* o menor al 100% *bajo*, dado que la prueba de TSH se debe realizar a todos los recién nacidos vivos.

El indicador macro de seguridad esta dado por el porcentaje de infecciones intrahospitalarias, el cual en Kennedy fue del 2% del total de egresos hospitalarios en el año 2008, encontrándose igualmente dentro del rango de *excelencia* para hospitales de tercer nivel.

El indicador macro de productividad, que en el año 2006 fue de 14.0 sobre 24.5 puntos, en el 2007 de 16.6 y en el año 2008 de 18.4, presenta avances en los siguientes indicadores específicos: El giro cama de urgencias pasó de 15.4 pacientes por cama, en promedio mes en el 2007 a 7.8 pacientes por cama en el 2008. El giro cama menor de 4 indica que el paciente permanece mayor tiempo en urgencias, lo cual no es eficiente, y un giro cama mayor de 15 lleva a realizar verificación en la calidad de la atención (riesgo de reingreso, característica de la urgencia referida a este tercer nivel, mortalidad del paciente o ubicación rápida en hospitalización, por esto en el año 2007 este giro cama fue ubicado en el rango *bajo* y para el 2008 se consideró como un giro cama *bueno* para este nivel de atención. Otro indicador que mejoró fue el porcentaje de cumplimiento en la programación establecida en consulta externa de especialistas, que para el año 2007 fue del 122.8% y en el 2008 del 100.6%, considerada como *excelente*. Así mismo, el porcentaje de cumplimiento en la programación de cirugías, que pasó del 242% en el 2007 al 96.4% en el 2008 (*excelente*). Se considera que el porcentaje de cumplimiento debe ser del 100%, pero se ha calculado entre un 97% y un 103% como excelente por cuanto está calculado con meta programada. Menor de 90% indica incumplimiento de la meta que puede obedecer a factores como meta mal calculada o no realización de las actividades por falta de recurso humano y/o subutilización del mismo; mayor de 103% indica sobre utilización del recurso humano existente, con los riesgos que ello implica, meta mal calculada o contratación de mayor recurso humano, no tenido en cuenta al momento de calcular las metas. Esto último fue lo que precisamente sucedió en el año 2007 en el hospital, cuando incrementó el número de cirujanos vasculares, generales, pediátricos, dermatológicos, gastroenterólogos y ginecólogos. Para el año 2008 esta situación ya fue tenida en cuenta dentro de la proyección de las metas, lo cual se reflejó en sus indicadores.

Los indicadores específicos que continúan siendo excelentes son los siguientes: El giro cama de hospitalización que se encontraba en el año 2007 en 6.1 y en el 2008 en 5.6 pacientes por cama promedio mes, sigue siendo considerado como un giro cama *excelente*, para hospitales de tercer nivel. Igualmente el promedio estancia de hospitalización de la entidad, 5 días en 2007 y 5.4 en el 2008.

Los siguientes indicadores específicos continúan ubicándose en un rango *bajo*, pero dadas las circunstancias que rodean a la mayoría de las ESE distritales es difícil mejorar sus resultados: porcentaje ocupacional tanto de hospitalización (98.5%), como de urgencias (141.5%); promedio estancia de urgencias de la entidad (4.3 días). El porcentaje ocupacional indica el tiempo que en promedio estuvieron ocupadas todas las camas y es importante aclarar que un porcentaje igual o mayor del 98% no genera una relación de excelencia puesto que se evidencia una sobre ocupación, sobre utilización del recurso físico; adicionalmente, que no hay lugar para los procedimientos de asepsia y desinfección de camas. Así mismo, en caso de una emergencia no hay disponibilidad de camas para atender a los pacientes que lo requieran. La estancia en urgencias permite evidenciar la resolución en el servicio, ya sea que el paciente sea dado de alta o se ubique en hospitalización. Una estancia superior a 4 días indica falta de resolución en el servicio.

En el indicador macro de gestión social, el porcentaje de requerimientos tramitados frente a los interpuestos (100%) fue *excelente*. No obstante, el porcentaje de requerimientos interpuestos frente al número de pacientes atendidos en el período (0.3%) fue bajo, ya que un reporte menor que 0.4% orienta a no reporte de quejas o no colocación de buzones, lo que hace necesario reforzar la retroalimentación con los usuarios.

En su componente financiero el hospital obtuvo 14 puntos de 30 y su gestión en este componente fue *aceptable*.

Su indicador de rotación de cartera fue *aceptable*, el hospital tardó en promedio durante el año 2008, 150 días en recuperar su cartera. El indicador de razón corriente dice que el hospital por cada peso que adeuda en el corto plazo, tiene \$1.08 de respaldo. Este indicador debe ser mayor que 1. Un valor entre 1 y 1.9 es *aceptable*. En la medida que presente un mayor resultado, menor será el riesgo del hospital y mayor será su solidez de pago en el corto plazo. El hospital presentó un excedente operacional de \$1.298 millones que equivalen al 2.2% de su patrimonio, lo cual es considerado *aceptable*. Así mismo, fue *aceptable* su ejecución presupuestal de ingresos (82.6%), es decir, que el hospital recaudó el 82.6% de los ingresos presupuestados para el año 2008.

El indicador de solidez total fue del 2.82% considerado como *bueno*, ya que se considera que el hospital se encuentra en capacidad de cubrir los pasivos 2.82 veces. El indicador de ejecución presupuestal de gastos fue *excelente* (99.9%), es decir, que de su presupuesto asignado ejecutó el 99.9% en el año 2008.

El Hospital **LA VICTORIA** pasó del quinto lugar en el año 2007 (50.65 sobre 100) al segundo puesto en el año 2008 con un puntaje total de 72.14 sobre 100, presentando una gestión *aceptable*. Mejoró en los dos componentes: En el técnico – científico y social pasó de una gestión *aceptable* en los años 2006 y 2007 a una *buen*a gestión en el año 2008 (55.14 sobre 70 puntos); en el financiero, pasó de una baja gestión en el año 2007 (6 puntos sobre 30) a una gestión *aceptable* en el año 2008 (17 sobre 30 puntos).

En el componente técnico–científico y social, los indicadores macro de rendimiento (7 sobre 7), cobertura (3.5 sobre 3.5), seguridad (3.5 sobre 3.5) y gestión social (7 sobre 7) presentaron una *excelente* gestión. El indicador macro de oportunidad (19.3 sobre 24.5) fue *bueno* y el de productividad (14.9 sobre 24.5) *aceptable*.

Es importante destacar el buen desempeño del indicador de rendimiento que en el año 2007 fue bajo, y en el 2008 *excelente*, al pasar de 3.4 consultas por hora, en la consulta externa especializada en el primer año, a 2.5 consultas por hora en promedio en el año 2008.

No obstante lo anterior, dentro del indicador de oportunidad, debe mejorarse la consulta externa especializada, que se encontró en 11.1 días en promedio durante el año 2008 (*aceptable*), similar a la del año 2007 (11.5 días). Así mismo, la oportunidad en la realización de imágenes diagnósticas se encontró en 8 días y los estándares establecen un máximo de 6 días. Debe destacarse la oportunidad presentada en la entrega de medicamentos ambulatorios durante el año 2008 que fue de 1 día y en el 2007 había sido de 6 días.

Dentro del indicador macro de productividad, el giro cama de urgencias en el 2008 fue de 24.5 pacientes por cama promedio mes, un giro demasiado alto para un hospital de tercer nivel. Este giro corresponde con el porcentaje ocupacional en urgencias que es de 85.3% (*bajo*), así como con el tiempo de estancia en urgencias que presenta el hospital 1.1 días en promedio. Un giro cama mayor de 15 debe llevar a realizar verificación en la calidad de la atención (riesgo de reingreso, característica de la urgencia referida a este tercer nivel, mortalidad del paciente, o ubicación rápida en hospitalización). Igualmente, el indicador de porcentaje ocupacional en hospitalización (84.1%) es *bajo* e indica subutilización del recurso físico. El porcentaje de cumplimiento en la programación de cirugías se encontró en el 290.9%. El porcentaje de cumplimiento es el 100% pero se ha calculado entre un 95% y un 105% como excelente por cuanto está calculado con meta programada. Mayor de 105% indica una sobre utilización del recurso humano existente, con el riesgo que esto conlleva, meta mal calculada o utilización de mayor recurso humano no previsto al momento de calcular la meta, caso en el cual debe aclararse.

En el componente financiero, el hospital presentó dos indicadores con *excelentes* resultados: Eficiencia operacional y ejecución presupuestal de gastos. El hospital registró un excedente operacional en la vigencia 2008 de \$2.052.2 millones y ejecutó el 99% de su presupuesto asignado.

Continúa evidenciando problemas de liquidez para atender sus obligaciones, básicamente en el corto plazo. Es así como sus indicadores de razón corriente y solidez son *bajo* y *aceptable*, respectivamente. El primero fue de 0.68, cuando éste se encuentra por debajo de 1, expresa que la disponibilidad de recursos no es suficiente para cubrir las obligaciones adquiridas a corto plazo. El segundo indicador fue de 1.49, significa que el hospital se encuentra en capacidad de cubrir los pasivos 1.49 veces; es decir, que por cada peso que adeuda a largo plazo cuenta con un respaldo de \$1.49. De acuerdo con los estándares de esta metodología, igual o superior a 3, es excelente, entre 2 y 3 bueno y entre 1 y 2, aceptable. Cuando el puntaje obtenido es menor de 1, se clasifica como *bajo*.

La rotación de cartera del hospital fue buena, tardó en promedio durante el año 2008, 74.37 días en recuperar su cartera.

El hospital **EL TUNAL** pasó de ocupar el primer lugar en el año 2007 (77.15 puntos) con una *buena* gestión total a ocupar el tercer lugar (69.90 sobre 100 puntos) en el año 2008, con una gestión total *aceptable*, dentro de las ESE de tercer nivel. Es en el componente técnico–científico y social en donde presenta disminución de su puntaje, pasa de 55.15 (*bueno*) en el 2007 a 49.90 puntos sobre 70 (*aceptable*) en el 2008. En el componente financiero continúa con una *buena* gestión, aunque disminuye de 22 a 20 puntos, del año 2007 al 2008.

Dentro del componente técnico–científico y social su indicador macro de gestión social (7 de 7 puntos), reflejó una *excelente* gestión. Se tramitaron el 100% de los requerimientos interpuestos durante el año 2008 y el porcentaje de requerimientos interpuestos frente al total de usuarios atendidos fue del 0.7%, encontrándose dentro del rango de *excelencia*.

Los indicadores macro de oportunidad (21.0 sobre 24.5), rendimiento (5.3 sobre 7) y seguridad (2.6 sobre 3.5) mostraron una *buena* gestión. El indicador de productividad (13.15 sobre 24.5) fue *aceptable* y el de cobertura (0.9 sobre 3.5) *bajo*.

De los siete indicadores específicos de oportunidad cinco fueron evaluados con una gestión *excelente* (consulta externa especializada, entrega de medicamentos ambulatorios, realización de imágenes diagnósticas, índice de cancelación de cirugías y oportunidad en atención de urgencias). El de oportunidad para la realización de procedimiento quirúrgico, establecido en 13 días en promedio, desde cuando se solicita el procedimiento hasta la fecha de su realización, fue catalogado como *bajo*. El estándar para este indicador se encuentra en un tiempo máximo de 12 días.

El rendimiento promedio de los especialistas responsables de consulta externa pasó de un rango excelente a uno bueno (2.3 consultas por hora).

El indicador de cobertura, medido por el porcentaje de recién nacidos vivos a los cuales se les realiza la prueba de TSH al nacer, fue del 99.9%. Es de cumplimiento de protocolo en la atención del parto (detección de hipotiroidismo) en todas las ESE, independientemente de su nivel de complejidad, por tanto su cumplimiento debe ser del 100%. De 2.760 niños nacidos vivos en el año 2008, las estadísticas registran 2.758 con prueba de TSH.

En el indicador macro de productividad, el giro cama de hospitalización (5.9 pacientes por cama, en promedio mes), así como el promedio de estancia de hospitalización de la entidad (5.3 días), se encuentran dentro de los rangos de *excelencia*. El giro cama de urgencias (8 pacientes por cama, en promedio mes) se clasifica como *bueno*. El porcentaje ocupacional en hospitalización que en promedio para el año 2008 fue del 102.9% y en urgencias 112.5%, reflejan 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, fue de 4.3 días durante el año 2008 (*bajo*). Los porcentajes de cumplimiento en la programación establecida, tanto en consulta externa (77%) como en cirugías (186.2%) en el año 2008, son *bajos*. 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 4.8% en relación con el total de egresos hospitalarios, lo cual es *bueno* para un hospital de tercer nivel. Este indicador mejoró respecto de 2007 cuando estuvo en el 5.3% (*aceptable*). Al respecto, se retoma lo mencionado en el informe 2007, ya que el hospital se encuentra incluido dentro del proyecto de hospital BETA. Este proyecto busca prevenir las infecciones por staphylococcus aureus resistente a la metilicina, que pueden ser adquiridas tanto en las instituciones de salud como en la comunidad. En Colombia hay dos hospitales BETA, El Tunal y el Pablo Tobón Uribe, en Medellín.

Participando en este proyecto, con actividades tan sencillas como higiene de manos, aumento de la disponibilidad de insumos para la misma, mensajes en la cartelera institucional al respecto y capacitación a la comunidad en prevención de infecciones, entre otras, se espera reducir el número de infecciones por staphylococcus aureus adquiridas en el hospital, así como de aquellas producidas por otros microorganismos.

En el indicador de gestión social, el porcentaje de requerimientos tramitados fue del 100% y el porcentaje de requerimientos interpuestos en relación con el total de usuarios atendidos en el año 2007, fue del 0.7% (*excelente*).

En el componente financiero su mejor desempeño se reflejó en los indicadores de liquidez: Razón corriente 2.77 (*bueno*) y solidez 3.42 (*excelente*). El indicador de razón corriente dice que el hospital por cada peso que adeuda en el corto plazo, tiene \$2.77 de respaldo. Este indicador debe ser mayor que 1. Un valor entre 1 y 1.9 es *aceptable* y entre 2 y 2.9 es *bueno*. En la medida que presente un mayor resultado, menor será el riesgo del hospital y mayor será su solidez de pago en el corto plazo. En el caso del segundo indicador, muestra que el hospital se encuentra en capacidad de cubrir los pasivos a largo plazo 3.4 veces. Así mismo, el hospital durante el año 2008 presentó un excedente operacional de \$7.374.1 millones, lo cual es *excelente*, así como la ejecución de su presupuesto asignado que fue del 99.3%. En lo relacionado con ingresos, el hospital recaudó el 83.9% de los ingresos presupuestados para el 2008 (*aceptable*).

El hospital **SIMÓN BOLÍVAR**, ocupó el cuarto lugar dentro de los hospitales de tercer nivel, en el ranking 2008, con 63.02 sobre 100 puntos, que reflejan una gestión total *aceptable*, básicamente definida por el componente financiero, ya que en su componente técnico- científico y social viene reflejando una *buen*a gestión. En el componente financiero, pasó de 13 puntos en el 2007 a 7 en el 2008, de 30 puntos asignados al mismo. En el componente técnico-científico y social en el año 2008 presentó el mismo puntaje que en el año 2007 (56.02).

Dentro de su componente técnico-científico y social, los indicadores de rendimiento (7 sobre 7), cobertura (3.5 sobre 3.5), seguridad (3.5 sobre 3.5) y gestión social (7 sobre 7) reflejaron una *excelente* gestión. El indicador de oportunidad (21 sobre 24.5) *buen*a y el de productividad (14.9 sobre 24.5) *aceptable*.

Los anteriores indicadores evidencian una buena gestión en este componente, siendo tan sólo necesario revisar los siguientes indicadores específicos. En el indicador macro de oportunidad, es necesario revisar la oportunidad presentada en la consulta externa especializada que para el año 2008 se encontró en 12 días promedio, considerada como *aceptable*, ya que el estándar se ha establecido en 9 días promedio.

En el indicador macro de productividad, el indicador específico de giro cama de urgencias, que se encontró en 38.2 pacientes por cama promedio mes, debe analizarse, porque un giro cama mayor de 15 debe llevar a realizar una verificación en la calidad de la atención, bien sea porque puede generar riesgo de reingreso, o porque la característica de la urgencia referida no corresponde con un tercer nivel, por mortalidad del paciente, o por ubicación rápida en hospitalización. El estándar para este nivel de atención se encuentra entre 11 y 15 pacientes por cama promedio mes. Así mismo, el porcentaje ocupacional tanto de hospitalización como de urgencias se encontró *bajo* (88.1% y 82.2%, respectivamente), lo que se interpreta como una subutilización del recurso físico. Así mismo, los porcentajes de cumplimiento en la programación establecida tanto en consulta externa como en cirugías, que fueron 81.6% y 155.3%, respectivamente, se encuentran por fuera de los estándares establecidos en esta metodología. Se considera que el porcentaje de cumplimiento debe ser el 100%, pero se ha calculado entre un 97% y un 103% como excelente por cuanto está calculado con meta programada. Menor de 90% indica incumplimiento de la meta y puede ser por factores como meta mal calculada o no realización de las actividades por falta de recurso humano y/o subutilización del mismo;

mayor de 103% nos indica una sobre utilización de recurso humano existente, meta mal calculada o utilización de mayor recurso humano no tenido en cuenta al momento de calcular la meta (contratación de personal en el transcurso del año), caso en el cual debe aclararse. Se evidencian inconvenientes en la consulta externa especializada, ya que la oportunidad se encuentra apenas en un rango aceptable como ya se miró y no se cumplió con la meta prevista de consultas a realizar en el período. En cuanto a la meta que se sobrepasó en la realización de los procedimientos quirúrgicos, lo importante es revisar que el recurso humano no se esté exponiendo a jornadas laborales por fuera de las legalmente permitidas.

Dentro del componente financiero, se observa que el hospital presentó un déficit operacional durante el año 2008 de \$11.901.6 millones. Los gastos y costos operacionales representaron el 124% de sus ingresos operacionales, es decir, el desfase presentado entre éstos y los ingresos operacionales fue del 12%. La rotación de cartera del hospital estuvo en 132.61 días, tiempo promedio que demoró el hospital en recuperar su cartera, por fuera de los estándares previstos en esta metodología. Así mismo, el indicador de razón corriente fue de 0.78, un resultado por debajo de 1 en este indicador, significa que la disponibilidad de recursos no es suficiente para cubrir las obligaciones adquiridas a corto plazo, podría declararse en suspensión de pagos y hacer frente a sus deudas a corto plazo teniendo que tomar parte del activo fijo.

El indicador de solidez fue 1.36 (*acceptable*) significa que por cada peso que adeuda el hospital en el largo plazo cuenta con un respaldo de \$1.36. En los indicadores de gestión presupuestal, la ejecución presupuestal de ingresos, que mide los ingresos recaudados frente a los presupuestados fue del 85.7% (*acceptable*) y la ejecución presupuestal de gastos indica que el hospital ejecutó el 99% de su presupuesto asignado, lo cual es *excelente*.

El Hospital **SANTA CLARA** obtuvo un puntaje total de 55.41 sobre 100 puntos y reflejó una gestión total *acceptable* durante el año 2008. En el componente técnico – científico y social pasó de 42.91 puntos en el año 2007 a 46.41 en el 2008, sobre 70 puntos asignados a este componente. En el componente financiero es en el que presentó una gran disminución al pasar de una *buena* gestión (20 puntos sobre 30) en el año 2007 a una gestión *acceptable* (9 puntos sobre 30) en el año 2008.

Se recuerda que este hospital no presta los servicios relacionados con ginecobstetricia ni neonatos, por tanto el indicador de cobertura no se tiene en cuenta en la medición de este hospital. Por lo tanto, 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.

En el componente técnico – científico y social, los indicadores macro de rendimiento (7 de 7), seguridad (3.5 de 3.5) y gestión social (7 de 7), reflejaron una *excelente* gestión. Los indicadores de oportunidad (19.3 de 28 puntos) y productividad (9.7 de 24.5) fueron *acceptables*.

En el indicador macro de oportunidad es importante revisar los resultados de la registrada en consulta externa especializada, que se reportó en 12.4 días promedio durante el año 2008, por fuera de los estándares establecidos en la presente metodología. Igualmente la oportunidad en el registro de resultados de laboratorio ambulatorio que fue de 9 días y en la presente metodología se considera que debe estar por debajo de los 5 días. Las oportunidades relacionadas con la entrega de medicamentos

ambulatorios (3 días) y la realización de imágenes diagnósticas (5.7 días) son *aceptables* y se espera que puedan mejorar.

En el indicador de productividad, no se pudo determinar el porcentaje ocupacional de urgencias, ni el promedio de estancia porque el hospital no suministró la información relacionada con los días de estancia en urgencias durante el año 2008. Por lo anterior, a estos indicadores se les asignó el puntaje más bajo, de acuerdo con lo estipulado en la metodología para la información no reportada.

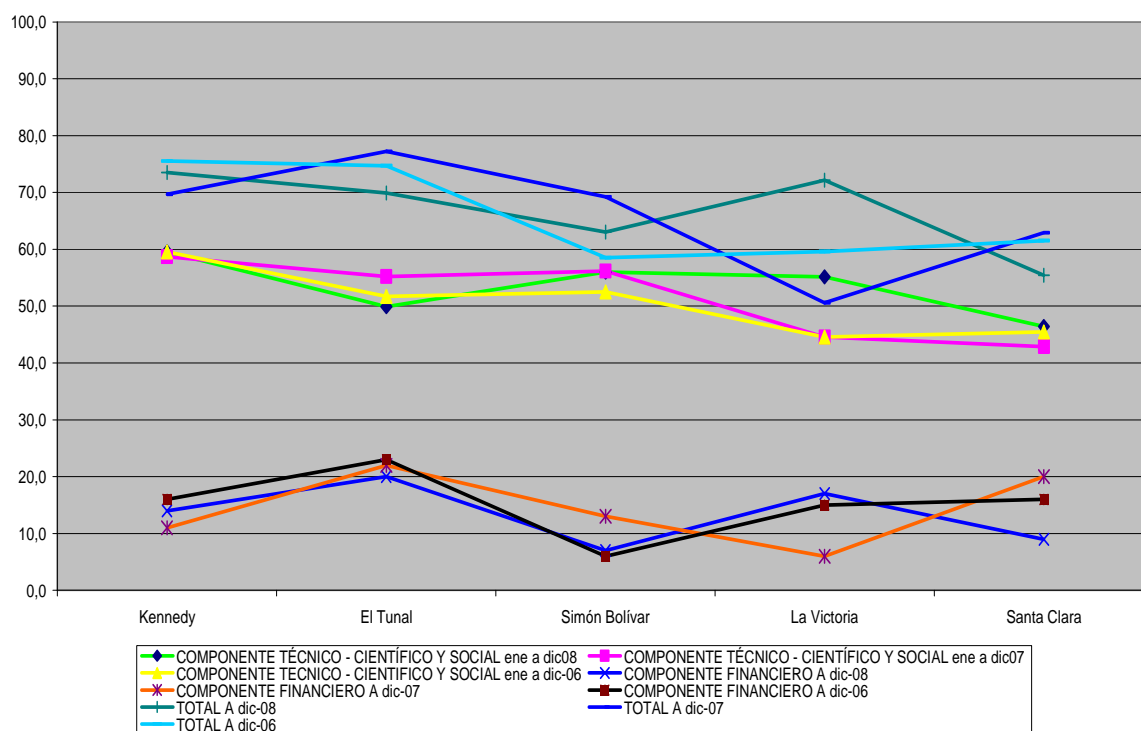
Dentro de este indicador macro deben analizarse los resultados de los siguientes indicadores: Giro cama de urgencias (59.2 pacientes por cama promedio mes), es un giro cama demasiado alto. Se considera que el giro cama en urgencias aumenta inversamente proporcional al tiempo que el paciente permanece en el servicio de urgencias, permite evidenciar la resolución de la urgencia, ya sea que el paciente sea dado de alta o se ubique en hospitalización. Un giro cama mayor de 15 debe llevar a realizar verificación en la calidad de la atención (riesgo de reingreso, característica de la urgencia referida a este tercer nivel, mortalidad del paciente o ubicación rápida en hospitalización), por lo tanto este indicador fue clasificado dentro del rango *bajo*, ya que se encuentra por fuera de los estándares previstos en esta metodología. El porcentaje ocupacional de hospitalización que fue del 103.2% en el año 2008, también se encuentra por fuera de los estándares previstos, ya que éste muestra el tiempo que en promedio estuvieron ocupadas todas las camas. De acuerdo con lo anterior, un porcentaje mayor del 98% indica sobrecupo, sobre utilización del recurso físico; adicionalmente, que no hay lugar para los procedimientos de asepsia o desinfección de camas. El porcentaje de cumplimiento en la programación en consulta externa fue del 66.9% y en la programación establecida en cirugías del 156.1%. El porcentaje de cumplimiento se considera el 100%, pero se ha calculado entre un 97% y un 103% como excelente por cuanto está calculado con meta programada. Menor de 90% indica incumplimiento de la meta y puede ser por factores como meta mal calculada o no realización de las actividades por falta de recurso humano y/o subutilización del mismo; mayor de 103% indica una sobre utilización de recurso humano existente, meta mal calculada o utilización de mayor recurso humano no tenido en cuenta al momento de calcular la meta (contratación de mayor recurso humano), caso en el cual debe aclararse.

El indicador de porcentaje de requerimientos interpuestos frente al total de usuarios atendidos mejoró en el año 2008, pasó del 0.1% al 1.3%, lo que evidencia un mejor reporte de quejas y/o colocación de un mayor número de buzones.

En el componente financiero los siguientes indicadores se encuentran por fuera de los estándares establecidos en la presente metodología: La rotación de cartera se encontró en 151.92 días, tiempo promedio que tardó en recuperar su cartera. El estándar para una gestión *aceptable* se encuentra en un máximo de 120 días. Así mismo, el hospital presentó un déficit operacional de \$1.070.8 millones, resultado negativo de las operaciones financieras desarrolladas por el hospital, tomando los recursos que ingresan y los egresos incurridos en desarrollo de su objeto social. La ejecución presupuestal de ingresos reflejó que el hospital recaudó el 69.8% de los ingresos presupuestados para el año 2008.

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.

**MEDICION DE LA GESTION GENERAL DE LAS ESE DISTRIALES - III NIVEL
2006 - 2008**



Tomados en conjunto los resultados obtenidos por los hospitales de tercer nivel, se observa que su gestión total en el año 2008 fue levemente superior a la registrada en el año 2007 y en el 2006, básicamente determinada por el incremento presentado en el hospital La Victoria y en menor medida por el de Kennedy. Los hospitales El Tunal, Simón Bolívar y Santa Clara disminuyeron su puntaje total en el año 2008, frente al 2007.

El componente técnico–científico y social presentó un mejor comportamiento durante el año 2008. Los hospitales que presentaron un mayor puntaje fueron Kennedy, La Victoria y Santa Clara. El Hospital Simón Bolívar obtuvo el mismo puntaje que en el año 2007 y El Tunal disminuyó.

Se observó que en términos generales el componente financiero de los hospitales en su conjunto presentó un menor desempeño en el año 2008 frente al 2007 y al 2006. Los hospitales que mejoraron su puntaje fueron Kennedy y La Victoria.

3. COMPORTAMIENTO GENERAL DE LOS INDICADORES MACRO

En el año 2008 los indicadores macro que presentaron el menor puntaje a nivel global, fueron: rendimiento y productividad, al igual que en los años 2007 y 2006. Con el primer indicador se mide el rendimiento del 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, cuando se encuentra 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 y de si el indicador excede o no a los estándares establecidos.

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 del médico general, cumplimiento en la programación establecida en consulta externa para la consulta en crecimiento y desarrollo realizada por el profesional 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 en el año 2008 presentó un mayor nivel de cumplimiento por parte de los hospitales del Distrito Capital fue el de seguridad, el cual permite monitorear el comportamiento en la calidad de la atención en salud, mediante la detección de casos de infecciones hospitalarias, aplicación de protocolos de prevención, manejo y control, así como la capacidad de respuesta en caso de brotes o de infección hospitalaria. Dentro de este indicador se mide el porcentaje de infecciones intrahospitalarias.

Otro de los indicadores macro que presentó un buen comportamiento en el año 2008 fue el de cobertura, que hace referencia al número de individuos a quienes se les aplica o realiza una actividad específica, de acuerdo con una meta establecida según el perfil epidemiológico y para el favorecimiento de acciones en salud. Dentro de este indicador se mide el porcentaje de recién nacidos a los que se les realiza la prueba de TSH (para los tres niveles de atención) y cobertura útil de vacunación de polio en menores de un año, para los hospitales de primer nivel. En hospitales de segundo nivel, se mira el porcentaje de recién nacidos con primera dosis de polio, BCG y hepatitis B.

Dentro de los indicadores del componente financiero, el de ejecución presupuestal de ingresos (que mide los ingresos recaudados frente a los presupuestados) y el indicador de eficiencia operacional (que expresa el resultado positivo o negativo de las operaciones financieras desarrolladas por los hospitales, tomando los recursos que ingresan y los egresos incurridos en desarrollo de su objeto social) son los que presentaron los puntajes mas bajos, ubicándose en estos dos indicadores el mayor porcentaje de hospitales con una medición baja o aceptable (80%). En el 45% de los hospitales, el indicador de rotación de cartera que determina el tiempo que los hospitales toman en cobrar a sus clientes, presentó un resultado bajo o aceptable.

El indicador que presentó un mejor desempeño por parte de todas las ESE, fue el de ejecución presupuestal de gastos que indica la ejecución del presupuesto asignado a los hospitales. En un 59% de los hospitales esta ejecución fue *excelente*. En segundo indicador con buen desempeño fue el de

solidez, éste expresa el respaldo en recursos totales a la integralidad de las exigibilidades del hospital, es decir, expresa la solidez de la entidad a largo plazo. El 45% de los hospitales presentaron una excelente solidez.

4. CONCLUSIONES

Al igual que en el año 2007, el 36% de las ESE se encuentran evaluadas con una *buena* gestión y el 64% restante con una gestión *aceptable*. Estos porcentajes expresan, que el comportamiento de las ESE en el año 2008, en términos generales, fue similar al del año 2007. Ningún hospital presentó una *excelente* gestión, ni *baja*.

Mirando por componentes, en el financiero, a 31 de diciembre de 2008, tan solo el 14% de las ESE (3) presentaron una buena gestión, en el año 2007 fueron el 41% (9). En el año 2006 este porcentaje fue del 59% (13 hospitales). Así mismo, en el 2008, el 36% reflejaron una *baja* gestión (8 hospitales), frente al año 2007 que fue el 41% (9) y al año 2006 en el que solo un hospital de los 22, se ubicó en este rango (5%). Es decir, que muchos de los hospitales pasaron de una *buena* gestión a una gestión *aceptable* en el año 2008.

En el componente técnico-científico y social el 64% de los hospitales (14) presentaron durante el año 2008 una *buena* gestión. En el año 2007 fue el 73% (16 hospitales) y en el año 2006 este porcentaje fue del 45% (10 hospitales). Se refleja por tanto, una leve disminución en el año 2008 respecto de 2007 en este componente, en el que se encuentran los indicadores que miden el desempeño de su objeto social.

De acuerdo con lo anterior, se puede decir, que la disminución en la gestión total de las ESE del Distrito Capital, durante el año 2008, obedeció al bajo desempeño presentado en el componente financiero. Este a su vez está determinado, como se evidencia en el numeral 3 de este informe (Comportamiento General de los Indicadores Macro), por el bajo desempeño mostrado en los indicadores de ejecución presupuestal de ingresos, eficiencia operacional y rotación de cartera.

Muestra de ello es el indicador de eficiencia operacional, 12 de los 22 hospitales (55%) presentaron déficit operacional en la vigencia 2008. Los gastos y costos operacionales fueron superiores a sus ingresos operacionales en el 55% de los hospitales del Distrito (San Cristóbal, Nazareth, Usaquén, del Sur, Usme, Fontibón, San Blas, Suba, Centro Oriente, Engativá, Santa Clara y Simón Bolívar).

En cuanto a la rotación de cartera, ésta fue superior a los 120 días en el 27% de los hospitales (6). Es decir, que en promedio, durante la vigencia 2008, el Hospital de Usme rotó su cartera cada 145 días, el de Meissen cada 122 días, El Tunal cada 174 días, Kennedy cada 150, Santa Clara cada 152 y el Simón Bolívar cada 133 días. Es muy importante la gestión de cartera, porque de la eficiencia con que se administre depende la liquidez del hospital, ya que al realizar ventas a crédito se está inmovilizando una parte del capital del hospital, financiando con sus recursos a los pagadores.

En el componente técnico – científico y social, es importante resaltar el buen desempeño que viene presentando el indicador de cobertura, básicamente en vacunación de polio en menores de un año, en el cual la mayoría de hospitales de primer nivel han cumplido con la cobertura útil (95%), en el año 2008.

En el 2006 se expresó que el 67% (6) de los hospitales no alcanzaron a cumplir con el estándar mínimo establecido para este indicador (85%), por lo cual fueron evaluados con una gestión *baja* y que tan sólo un hospital cumplió con el estándar de *excelencia*. En el año 2007, 2 hospitales cumplen con el estándar de *excelencia* (por encima del 95%) que son Nazareth nuevamente y el Hospital del Sur. El 22% (Chapinero y Rafael Uribe Uribe) presentan una *buena* gestión (estándar entre 90% y 95%), el 33% una gestión *aceptable* (Pablo VI Bosa, Usme, Usaquén) y tan solo 2 hospitales (Vista Hermosa y San Cristóbal) una *baja* gestión. En el año 2008, son 6, el 67% de los hospitales que cumplen con el estándar de *excelencia*, Chapinero, Nazareth (en los 3 años), Pablo VI Bosa, Rafael Uribe Uribe, Usme y Vista Hermosa. El 22% (2 hospitales) presentaron una *buena* gestión: Hospital del Sur y San Cristóbal y tan solo hubo 1 hospital con una gestión *aceptable* que fue Usaquén. No hubo ningún hospital que presentara una *baja* gestión en este indicador. Parte de la mejora en cobertura ha sido determinada porque a partir de 2007 se vienen trabajando las metas con base en el censo 2005.

Respecto al indicador de oportunidad en la atención de consulta externa, aunque en muchos hospitales se encuentra dentro de los rangos de *excelencia*, en ocasiones se debe a que cierran agendas y no se toman los tiempos totales entre el momento en que el paciente se acerca a solicitar la cita y la fecha en que lo atienden.

A manera de conclusión de tipo metodológico, se puede mencionar que en la presente evaluación algunos de los hospitales no reportaron cierta información como fue solicitada, específicamente la relacionada con el indicador de oportunidad en la atención de urgencias, por triage, lo que implicó tener que promediar tiempos tan diversos como los que se pueden presentar en la atención de la urgencia, dependiendo de la clasificación de la misma. Por lo anterior, para la medición del próximo año, se espera verificar en todos los hospitales el tiempo total transcurrido entre el momento en que ingresa el paciente al servicio de urgencias y el momento en que efectivamente se le presta el servicio.

Se reitera la importancia de revisar y verificar la información del componente técnico-científico y social, antes de ser remitida a la Veeduría Distrital, porque en algunos casos la información fue reportada con imprecisiones y errores que, en llamadas efectuadas a algunos hospitales pudieron ser detectadas y corregidas.

5. RECOMENDACIONES

De acuerdo con lo observado en algunas visitas efectuadas a los hospitales, es necesario fortalecer el sistema de referencia, ya que en ocasiones se evidencia que no es fácil ubicar a un paciente que requiere los servicios de un mayor nivel de atención, porque generalmente se aduce la no disponibilidad de camas, con consecuencias que pueden ser irreparables para un paciente. Sería conveniente revisar el número mínimo de camas por número de usuarios que se debería tener en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel de atención, porque se encuentran diferencias significativas entre ellos. Así mismo, se espera que en parte, esta situación mejore con la operación de la Central Única de Referencia y Contrarreferencia - CURYC, que inicialmente viene atendiendo a la población afiliada al régimen subsidiado de salud y a los vinculados. Es necesario que por intermedio de la CURYC, la Secretaría Distrital de Salud haga un efectivo control y seguimiento a la oportuna referencia y debida atención de los pacientes que requieren el servicio de urgencias, disminuyendo las barreras de acceso que se presentan en el sistema.

Se reitera, que es importante revisar las actividades relacionadas con los indicadores macro de rendimiento y productividad, dentro del componente técnico–científico y social. Lo anterior debido a que los indicadores correspondientes evidencian que es necesario mejorar la gestión, en algunos hospitales, en cuanto al rendimiento de los profesionales en medicina general, especializada, odontólogo y enfermera en la consulta de crecimiento y desarrollo.

Referente al indicador de productividad se deben examinar las actividades relacionadas con giro cama, porcentaje ocupacional y porcentajes de cumplimiento en la programación establecida tanto en cirugías como en consulta externa. Es importante revisar la programación de estas actividades, ya que al parecer no se están estableciendo las metas o no se calculan bien, lo cual puede traer inconvenientes tanto de orden operativo como financiero.

Respecto al indicador de oportunidad en la atención de consulta externa, sería importante analizar la posibilidad de que en los hospitales se manejen agendas abiertas, que aunque pueden aumentar un poco los tiempos de oportunidad, también son más acordes con la realidad.

Se hace referencia nuevamente a la importancia de que la Secretaría Distrital de Salud, lidere la implementación de sistemas de información avanzados, que permitan a todos los hospitales automatizar los procesos operativos para la toma oportuna de decisiones, así como para prestar un mejor servicio a los usuarios, quienes en muchos casos, para citar solo un ejemplo, se ven afectados con largas filas para la entrega de citas por la falta de sistemas de información adecuados.

Resulta muy importante que la Secretaría Distrital de Salud y las mismas ESE, determinen las acciones necesarias para solucionar la problemática presentada en el componente financiero de los hospitales. Dentro de éste es necesario analizar, entre otros, la recuperación de cartera. Los hospitales deberían realizar una detallada revisión previa de las facturas, para disminuir el número de glosas posibles, los tiempos de pago y mejorar el indicador de rotación de cartera.

Así mismo, es indispensable tomar decisiones generales sobre la cartera de difícil cobro de los hospitales, pues ésta, por sus características, puede generar acciones interinstitucionales e integrales de cobro ante algunos de los deudores comunes, o también llevar a cabo el procedimiento de depuración de la cartera incobrable, obviamente en el marco de la normativa que existe para el efecto.

Es importante que la Secretaria Distrital de Salud y los Hospitales del Distrito, estudien de manera urgente la posibilidad de generación de nuevos ingresos u optimización de los existentes. Resulta claro que para dar cumplimiento a las obligaciones que por norma o sentencias deben ser cumplidas y poder, además, lograr las metas del Plan de Desarrollo, se requiere que los hospitales sean fortalecidos financieramente.

Se recomienda a su vez revisar los parámetros de presupuestación de los ingresos, pues según lo evidenciado en algunos de los hospitales, la aceptable o baja ejecución de éstos se debió, en parte, al sobredimensionamiento de algunas de las fuentes, también se debe mejorar la gestión en el recaudo de los ingresos presupuestados.

Otro de los aspectos importantes a ser revisado por las entidades del sector, se refiere a la estructura de costos y gastos de operación, pues con todos los inconvenientes que se presentan en el tema de

personal aunado a las nuevas directrices sobre éste asunto y la necesidad de prestar servicios a un mayor número de población, alguna de ella de forma totalmente gratuita, se prevé que el margen operacional tiende a empeorar de no tomarse acciones inmediatas para mejorar la eficiencia en los gastos.

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
	g) En la atención de urgencias	Ídem	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 3ª dosis de polio en el año.	No aplica	No aplica
		% de recién nacidos vivos con primera dosis de polio, BCG y Hepatitis B.	No aplica

Indicador Macro	Indicadores Específicos por Niveles de Atención		
	Primer Nivel	Segundo Nivel	Tercer Nivel
4) Productividad	a) Giro cama o índice de rotación	Ídem	Ídem
			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 ó Solidez	>=3	>=2 y <3	<2 y >=1	<1
	c) Rotación de cartera	>=60 días	Entre 60 y 90 días	Entre 90 y 120días	> 120 días
2) Eficiencia operacional	a) Excedente o déficit operacional	>=15% del patrimonio	<15% y >=10% del patrimonio	<=10% y >=2% del patrimonio	<2% 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 2008

	ESE	INDICADORES							CALIFICACION
		LIQUEZ		CARTERA	EFICIENCIA OPERACIONAL		GESTION PRESUPUESTAL		
		1) RAZON CORRIENTE = ACTIVO CTE / PASIVO CTE	2) SOLIDEZ = ACTIVO TOTAL / PVO TOTAL	3) ROTACIÓN DE CARTERA = VENTAS A CREDITO / PROMEDIO CXC	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 Pablo VI Bosa	4,76	5,72	51,75	202.603	1,2%	110,0%	99,4%	24
	Hospital San Cristobal	5,78	6,61	79,92	-1.789.247	-11,8%	75,8%	98,0%	19
	Hospital Nazareth	2,48	12,26	55,31	-2.354.262	-46,9%	85,5%	90,5%	19
	Hospital Rafael Uribe Uribe	1,19	2,72	39,69	582.492	6,9%	88,8%	96,2%	19
	Hospital Chapinero	3,13	3,83	90,02	155.477	1,0%	125,8%	76,4%	18
	Hospital Vista Hermosa	2,17	2,29	63,13	230.852	1,8%	94,3%	88,2%	15
	Hospital Usaquén	1,69	2,23	78,73	-785.434	-15,6%	88,5%	85,4%	13
	Hospital Del Sur	0,89	2,21	79,48	-3.686.290	-23,8%	81,0%	97,0%	12
Hospital Usme	6,78	2,43	145,44	-3.917.996	-20,8%	83,7%	73,5%	11	
II NIVEL	Hospital Bosa	1,94	3,75	67,63	3.119.773	31,8%	91,8%	99,9%	24
	Hospital Fontibón	1,22	4,32	73,28	-94.303	-0,5%	84,4%	100,0%	17
	Hospital Tunjuelito	1,17	3,20	91,67	355.143	3,4%	90,5%	2,6%	17
	Hospital San Blas	1,00	2,91	116,29	-674.951	-3,3%	90,8%	99,8%	15
	Hospital Suba	0,85	4,87	84,48	-2.226.093	-3,6%	84,6%	99,7%	14
	Hospital Meissen	1,92	3,76	122,21	686.942	0,9%	69,7%	99,6%	12
	Hospital Centro oriente	0,90	1,60	88,75	-1.995.827	-24,6%	74,2%	97,1%	10
	Hospital Engativá	0,36	1,22	97,73	-13.459.018	-179,5%	78,2%	96,6%	8
III NIVEL	Hospital El Tunal	2,77	3,42	173,83	7.374.108	18,5%	83,9%	99,3%	20
	Hospital La Victoria	0,68	1,49	74,37	2.052.231	23,4%	80,9%	99,0%	17
	Hospital Kennedy	1,08	2,82	150,06	1.298.247	2,2%	82,6%	99,9%	14
	Hospital Santa Clara	1,20	2,32	151,92	-1.070.760	-3,5%	69,8%	95,3%	9
	Hospital Simón Bolívar	0,78	1,36	132,61	-11.901.600	-61,7%	85,7%	99,0%	7

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

ANEXO No. 3 RESUMEN DE LA MATRIZ DE EVALUACION

HOSPITAL	COMPONENTE TÉCNICO - CIENTÍFICO Y SOCIAL																		COMPONENTE TÉCNICO - CIENTÍFICO Y SOCIAL			COMPONENTE FINANCIERO			TOTAL 100 puntos		
	OPORTUNIDAD			RENDIMIENTO			COBERTURA			PRODUCTIVIDAD			SEGURIDAD			GESTION SOCIAL			70 puntos			30 puntos					
	INDICADOR	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08	ene a dic-06	ene a dic-07	ene a dic-08		
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	21,0	21,0	20,3	6,1	7,9	8,8	5,3	5,3	7,0	16,6	14,9	15,8	3,5	3,5	3,5	7,0	7,0	4,4	59,51	59,51	59,64	23,00	24,00	24,00	82,51	83,51	83,64
Chapinero	19,3	18,4	18,8	3,5	5,3	9,6	4,4	6,1	7,0	14,0	14,9	15,8	2,63	3,5	2,6	7,0	7,0	4,4	50,78	55,14	58,14	23,00	20,00	18,00	73,78	75,14	76,14
Nazareth	20,1	15,8	21,0	7,9	7,9	6,1	7,0	7,0	7,0	12,3	11,4	14,0	3,5	3,5	3,5	4,4	6,1	5,3	55,15	51,65	56,89	25,00	11,00	19,00	80,15	62,65	75,89
Del Sur	16,6	21,0	21,0	7,0	8,8	9,6	4,4	7,0	6,1	11,4	14,0	14,9	2,6	2,6	3,5	4,4	7,0	7,0	46,42	60,39	62,14	17,00	6,00	12,00	63,42	66,39	74,14
Usme	18,4	21,0	21,0	7,0	6,1	4,4	6,1	5,3	7,0	15,8	10,5	17,5	3,5	3,5	2,6	1,8	4,4	4,4	52,53	50,77	56,90	20,00	24,00	11,00	72,53	74,77	67,90
Vista Hermosa	17,5	16,6	13,5	10,5	9,6	7,9	4,4	4,4	7,0	10,5	12,3	14,0	3,5	3,5	3,5	4,4	7,0	7,0	50,78	53,39	52,89	19,00	18,00	15,00	69,78	71,39	67,89
San Cristóbal	20,1	12,3	13,5	8,8	9,6	8,8	4,4	4,4	6,1	12,3	10,5	10,5	2,6	2,6	2,6	7,0	6,1	6,1	55,15	45,55	47,65	25,00	20,00	19,00	80,15	65,55	66,65
Rafael Uribe Uribe	19,3	17,5	15,8	9,6	7,9	5,3	4,4	6,1	7,0	16,6	14,9	8,8	3,5	2,6	2,6	7,0	6,1	6,1	60,39	55,14	45,53	22,00	7,00	19,00	82,39	62,14	64,53
Usaquén	20,1	14,0	18,8	7,9	7,9	6,1	6,1	5,3	5,3	9,7	7,9	10,5	3,5	2,6	2,6	7,0	5,3	3,5	54,29	42,91	46,78	19,00	18,00	13,00	73,29	60,91	59,78
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	21,9	7,0	7,0	6,1	7,0	7,0	7,0	13,1	11,4	14,9	3,5	3,5	3,5	7,0	7,0	7,0	62,14	60,39	60,39	25,00	21,00	17,00	87,14	81,39	77,39
Bosa	22,8	21,9	21,9	6,1	3,5	2,6	7,0	7,0	7,0	11,4	15,8	13,1	3,5	3,5	3,5	4,4	4,4	1,8	55,15	56,03	49,91	18,00	23,00	24,00	73,15	79,03	73,91
Meissen	21,9	24,5	23,6	4,4	7,0	4,4	5,3	4,4	6,1	14,0	14,0	16,6	2,6	3,5	3,5	4,4	4,4	7,0	52,53	57,77	61,26	25,00	21,00	12,00	77,53	78,77	73,26
Suba	21,0	22,8	21,0	7,0	1,8	7,0	4,4	7,0	7,0	9,6	14,0	12,3	2,6	3,5	3,5	3,5	4,4	7,0	48,16	53,40	57,77	22,00	10,00	14,00	70,16	63,40	71,77
San Blas	21,9	23,6	20,1	4,4	1,8	4,4	7,0	7,0	7,0	12,3	12,3	14,0	3,5	3,5	3,5	7,0	7,0	7,0	56,03	55,16	56,02	18,00	17,00	15,00	74,03	72,16	71,02
Tunjuelito	20,1	24,5	21,0	4,4	6,1	4,4	7,0	7,0	7,0	10,5	13,1	12,3	3,5	3,5	3,5	4,4	4,4	1,8	49,91	58,65	49,91	23,00	14,00	17,00	72,91	72,65	66,91
Engativá	22,8	23,6	21,0	1,8	2,6	6,1	4,4	7,0	7,0	14,9	12,3	13,1	3,5	3,5	3,5	4,4	4,4	4,4	51,66	53,40	55,15	20,00	12,00	8,00	71,66	65,40	63,15
Centro oriente	21,9	21,9	16,6	4,4	7,0	4,4	7,0	7,0	7,0	9,6	11,4	12,3	0,9	0,9	0,9	7,0	7,0	7,0	50,78	55,15	48,16	20,00	12,00	10,00	70,78	67,15	58,16
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	24,5	23,6	22,8	7,0	7,0	7,0	3,5	3,5	3,5	14,0	16,6	18,4	3,5	3,5	3,5	7,0	4,4	4,4	59,52	58,65	59,52	16,00	11,00	14,00	75,52	69,65	73,52
La Victoria	16,6	14,9	19,3	3,5	1,8	7,0	3,5	3,5	3,5	13,1	16,6	14,9	3,5	3,5	3,5	4,4	4,4	7,0	44,65	44,65	55,14	15,00	6,00	17,00	59,65	50,65	72,14
El Tunal	21,9	21,9	21,0	7,0	7,0	5,3	3,5	3,5	0,9	14,0	14,0	13,1	0,9	1,8	2,6	4,4	7,0	7,0	51,66	55,15	49,90	23,00	22,00	20,00	74,66	77,15	69,90
Simón Bolívar	23,6	24,5	21,0	3,5	5,3	7,0	3,5	3,5	3,5	14,0	14,9	14,0	3,5	3,5	3,5	4,4	4,4	7,0	52,53	56,02	56,02	6,00	13,00	7,00	58,53	69,02	63,02
Santa Clara	23,6	21,0	19,3	1,8	3,5	7,0	0,0	0,0	0,0	12,3	10,5	9,7	3,5	3,5	3,5	4,4	4,4	7,0	45,54	42,91	46,41	16,00	20,00	9,00	61,54	62,91	55,41

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