

**INFORME DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL
MODALIDAD REGULAR**

**HOSPITAL SANTA CLARA III NIVEL DE ATENCION
PERÍODO AUDITADO VIGENCIA 2009**

**PLAN DE AUDITORÍA DISTRITAL - PAD - 2010
CICLO: I**

DIRECCIÓN TÉCNICA SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL

MAYO DE 2010

AUDITORÍA INTEGRAL AL HOSPITAL SANTA CLARA III NIVEL DE ATENCION

Contralor de Bogotá

Miguel Ángel Moralesrussi Russi

Contralor Auxiliar

Víctor Manuel Armella Velásquez

Directora Sectorial

Bleidy del Carmen Pérez Ballestas

Subdirector Fiscalización Salud

Juan Guillermo Plata Plata

Asesor

Luís Carlos Ballén Rojas

Equipo de Auditoría

Lina Raquel Rodríguez Meza– Líder Auditoria
Alix Flórez Gutiérrez
Gladys Martínez Díaz
Gladis Inés Gaitán Lozano
Yolanda García Soto
Jorge Enrique Buitrago Martínez

CONTENIDO

		Página
1	DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL	5
2	ANÁLISIS SECTORIAL	14
3	RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	29
3.1	Seguimiento al Plan de Mejoramiento	29
3.2	Evaluación al Sistema de Control Interno	29
3.3	Evaluación de los Estados Contables	46
3.4	Evaluación al Presupuesto	56
3.5	Evaluación de la Contratación	71
3.6	Evaluación del Plan de Desarrollo y del Balance Social	76
3.6.1	Plan de Desarrollo	76
3.6.2	Balance Social	89
3.6.3	Plan de Ordenamiento Territorial POT	93
3.7	Evaluación de la Gestión Ambiental	94
3.8	Resultado evaluación de acciones ciudadanas	109
3.9	Concepto Sobre la Rendición de la Cuenta	111
3.10	Seguimiento al Control Fiscal de Advertencia	114
4	ANEXOS	118
4.1	Cuadro de hallazgos	118
4.2	Seguimiento Plan de Mejoramiento	119
4.3	Evaluación Transparencia	166



1. DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL

Dra.

LAURA ARDILA RUEDA

Presidenta Junta Directiva

Dr.

JOSÉ RAFAEL DOMÍNGUEZ AYALA

Gerente

Hospital de SANTA CLARA III Nivel ESE

Ciudad

La Contraloría de Bogotá, con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, practicó Auditoría Gubernamental Con Enfoque Integral Modalidad Regular al Hospital de SANTA CLARA III Nivel de Atención ESE, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión, el examen del Balance General a 31 de diciembre de 2008 y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social del período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2008; la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables, la evaluación y análisis de la ejecución de los planes y programas de gestión ambiental y de los recursos naturales y la evaluación al Sistema de Control Interno.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y analizada por la Contraloría de Bogotá. La responsabilidad de la Contraloría de Bogotá consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre la gestión adelantada por la administración de la entidad, que incluya pronunciamientos sobre el acatamiento a las disposiciones legales y la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno, y la opinión sobre la razonabilidad de los Estados Contables.

El informe contiene aspectos administrativos, financieros y legales que una vez detectados como deficiencias por el equipo de auditoría, serán corregidos por la administración, lo cual contribuye al mejoramiento continuo de la organización y por consiguiente en la eficiente y efectiva producción y/o prestación de bienes y/o servicios en beneficio de la ciudadanía, fin último del control.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de Auditoría Gubernamental Colombianas compatibles con las de General Aceptación, así como con las políticas y los procedimientos de auditoría establecidos por la Contraloría de Bogotá; por lo tanto, requirió, acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresada en el informe integral. El

control incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la gestión de la entidad, las cifras y presentación de los Estados Contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del Sistema de Control Interno MECI, la Norma Técnica de Calidad en La Gestión Pública NTCGP 1000:2004.

Concepto sobre Gestión y los Resultados

La aplicación de la Metodología para la evaluación de la gestión y los resultados, arrojó la siguiente consolidación:

Consolidado de la Calificación de la Entidad

Variables	Ponderación
Plan de Desarrollo y Balance Social	31
Contratación	11
Presupuesto	11
Gestión Ambiental	5.3
Sistema de Control Interno	7
Trasparencia	6.3
SUMATORIA	71.6

Como resultado de la auditoría adelantada, la Contraloría de Bogotá, D.C., conceptúa que la gestión correspondiente a la vigencia 2009 es FAVORABLE CON OBSERVACIONES.

El Hospital de SANTA CLARA, en cumplimiento del Decreto No. 1599 del 20 de mayo de 2005, de la Presidencia de la República, expidió la Resolución No. 429 de diciembre 30 de 2005 *“Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 en el Hospital Santa Clara E.S.E.”*.

Una vez consolidados los resultados de la evaluación preliminar al sistema de control interno del Hospital Santa Clara Nivel III ESE, éste obtuvo una calificación de 3.5 ubicándolo en un factor de valoración REGULAR con un nivel de riesgo MEDIANO.

A pesar de que la entidad ha puesto en marcha políticas y estrategias de gestión como capacitaciones, reuniones internas, comités, reinducción etc; para dar a conocer documentos como el código de ética, código de buen gobierno, entre otros, el resultado no refleja el compromiso institucional por parte de los funcionarios.

La entidad no realiza seguimiento a vigencias anteriores para la formulación de políticas de capacitación e incentivos; lo que puede conllevar a implementación de

acciones, sin la obtención de resultados esperados.

Los procesos y procedimientos de la entidad no son actualizados constantemente, los puntos de control no se desarrollan en su totalidad; lo que conlleva a un riesgo alto para la entidad.

El Hospital no cuenta con matriz de riesgo en donde se describa la probabilidad de ocurrencia del riesgo, el nivel de impacto de sus consecuencias, la calificación y evaluación. Cada una de las áreas cuenta con formato de identificación de riesgo de acuerdo a los procedimientos.

Los sistemas de información implementados no facilitan en un 100% el control de gestión de los procesos, la entidad no cuenta con sistematización y clasificación de la correspondencia de manera organizada.

El hospital cuenta con una oficina de Control Interno como instancia asesora de la administración, cuya función específica es la evaluación del control en forma independiente acorde con lo estipulado en la ley 87 de 1993. Esta a su vez realiza las recomendaciones necesarias como resultado de las auditorias aplicadas, las cuales son analizadas con cada una de las áreas; sin embargo esta oficina no realiza seguimiento periódico a las metas propuestas.

En la implementación del Sistema de Gestión de Calidad el hospital desarrollo la metodología de implementación de MECI, bajo la aplicación de Decreto 4295 del 2004 por el que gobierno adecua la norma NTGP 1000 para las entidades de servicio de salud por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

En concordancia con lo anterior se dispuso hacer la verificación en los cuatro (4) ejes fundamentales que dicta el mencionado decreto: Sistema único de Habilitación, Sistema de Información para la calidad, Plan de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad y Sistema único de Acreditación.

El seguimiento efectuado al plan de mejoramiento produjo como resultado el cierre de 118 hallazgos y la continuidad de 31, que representa 79.20% de cumplimiento, lo que indica que el Hospital fue EFICAZ, en la implementación de las acciones propuestas.

El Hospital Santa Clara con la destinación de recursos en contratistas a través de la ejecución del programa de incentivos en bienestar social, pudo ocasionar un presunto detrimento al patrimonio público en cuantía de DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS

MONEDA LEGAL (\$18.228.256), de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y lo consagrado en el artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

La falta de gestión adelantada por el Hospital Santa Clara, al no dar cumplimiento a la Resolución interna No 56 de 2006, ocasionó un presunto detrimento al patrimonio público en cuantía de DIEZ Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS MONEDA LEGAL (\$17.320.328), de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y lo consagrado en el artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

De la evaluación efectuada al componente de Presupuesto, en los aspectos relacionados con la gestión presupuestaria en las etapas de programación, ejecución y cierre, se presentaron resultados que afectaron la gestión óptima del presupuesto de inversión de la entidad; tal como sucedió en la ejecución del proyecto “*Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria*”, al que se asignaron \$7.063.0 millones, de los que se destinaron al componente de Infraestructura \$1.000,0 millones, los cuales no se ejecutaron en la vigencia, para el componente de Dotación que presentó una apropiación de \$3.807.9 millones, se comprometieron recursos por \$1.759.7 millones, lo que representa un nivel de ejecución de compromisos del 46.21%; dada la incidencia de este proyecto si se tiene en cuenta que uno de los objetivos planteados en el convenio 1064-2008, es fortalecer la oferta pública de los servicios de salud.

Así mismo y teniendo en cuenta las operaciones de cierre presupuestal la ESE, registró un déficit presupuestal de \$8.506.0 millones, dado que presentó un recaudo por ingresos de ventas de servicios de salud por \$56.090.7 millones y adquirió compromisos presupuestales por \$64.596.7 millones, lo que indica que al cierre del periodo la entidad reflejó desequilibrio presupuestal afectando las finanzas del Hospital y por ende la gestión Hospitalaria, pese a que la administración tomó medidas tendientes a reducir el déficit, estas no fueron suficientes, lo que generó dificultades financieras para cumplir con los objetivos contemplados en el plan de desarrollo.

A pesar de lo mencionado anteriormente, la entidad acata las disposiciones normativas señaladas en los lineamientos de política y demás disposiciones regulatorias en materia presupuestal y desde el punto de vista de la gestión presupuestaria, se conceptúa que la gestión que esta es favorable, no obstante las observaciones presentadas en este componente.

Por otra parte se evidenció que la falta de gestión del Hospital para la recuperación de los dineros glosados por los diferentes pagadores por concepto de:

“Glosas administrativas por falta de autorización de servicios en las cuales no se encontraron soportes para el recobro de dichos servicios, glosas en las cuales la unidad funcional de facturación no se encontró evidencia de su re facturación, glosa en la cual no se pudo evidenciar el cobro de los servicios, glosa en la cual no se cuenta con los soportes necesarios para realizar el análisis correspondiente, glosas por pertinencia y soportes asistenciales, glosas administrativas por cobertura en la cual no se encontró evidencia de su re facturación, glosar por pertenecía administrativa en la cual no se pudo evidenciar el cobro de los servicios, glosas por cuanto la oficina jurídica expone que a la fecha no es posible realizar actividades de cobro jurídico en razón a la antigüedad de los servicios prestados”.

Pudo ocasionar un presunto detrimento al patrimonio público en cuantía de QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS MONEDA LEGAL (\$559.459.332), de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y lo consagrado en el artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

Al adelantar la contratación para la prestación de servicios de salud con la firmas Cardio Global Ltda (Contratos 036, 096, 154, 192, y 226 de 2009), Gilmedica S.A. (Contratos 008, 72, 117, 149 y 188 de 2009), Amarey Nova Medical S.A. (Contrato 157 de 2009), Biosistemas Ingeniería Médica Ltda. (Contrato 110 de 2009), Distri Éxito Ltda (Contrato 078 de 2009) y con el señor Rafael Antonio Salamanca / Drogas Boyacá (Contratos 038, 107, 132, 193 y 245), se evidenció que el Hospital no consultó los precios de mercado para el trámite de las contrataciones relacionadas anteriormente

Los proyectos del Hospital denominados: *“2462 Apoyo productivo y Programas de sensibilización a personas víctimas de la drogadicción y prevención de la salud sexual y reproductiva. Componente atención, rehabilitación y apoyo a personas de la Drogadicción”* y *“1772 Atención integral a jóvenes hacia la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de salud sexual y reproductiva como población con discapacidad. Componente: Atención a población drogadicta”*. Presentaron cumplimiento en lo planeado en un 100%.

El proyecto *“Reposición y compra de equipos Biomédicos para los servicios de salas de cirugía, unidad de cuidado intermedio adulto y pediátrico”*, presentó una ejecución presupuestal y física del 99% al realizarse la compra de los equipos biomédicos y colocarlos en funcionamiento y evitar pagos por arrendamientos o mantenimiento correctivo o preventivo en las áreas de UCI pediátricas y adultos, además en pro de mejorar la productividad que no necesariamente está con la instalación de equipos nuevos, sino con otros factores como ampliar agendas,

contratar personal etc, evidenciándose que hubo gestión al formular el proyecto, ejecutarlo y cumplir las metas programadas.

La falta de claridad en la formulación del proyecto “*Reforzamiento estructural, reordenamiento físico-funcional ampliación y plan de contingencia*”, incidió para que terminara la vigencia del 2009 sin dar inicio a la ejecución del mismo, ocasionando retraso en la programación planteada, incumpliendo con lo consagrado en el numeral 1 artículo 8 y en el artículo 22 del Decreto 318 de 2006, por el cual se adopta el Plan Maestro de Equipamiento en Salud.

La entidad obtuvo para la vigencia 2009, de acuerdo a la metodología de la Dirección Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., una calificación 7.0 en su gestión ambiental interna, esta calificación se encuentra soportada en la evaluación y verificación de la información ambiental reportada en el sistema SIVICOF en dos formatos diligenciados, en visitas administrativas realizadas a las áreas administrativa y asistencial, solicitud de información y verificaciones de auditoría.

Al realizar las pruebas de auditoría con base en los soportes suministrados al equipo auditor, el Plan Operativo de Promoción y Prevención presentó un cumplimiento total del 56%, información que difiere de la reportada en el informe de gestión y resultados presentado en Sivicof donde el cumplimiento total de las metas es del 65%. Así las cosas se observa que la información reportada no es confiable.

Concepto breve y conciso sobre la evaluación y revisión de la cuenta.

Una vez aplicado la lista de chequeo, ejecutado el programa para analizar el contenido, la forma, el cumplimiento de los términos y los aspectos relevantes de la cuenta en cada una de uno de los componentes de la presente auditoría, se conceptúa que salvo lo contemplado en el capítulo de rendición de cuenta, la rendición se produjo de conformidad con lo establecido en la Resoluciones Reglamentarias No. 020 de Septiembre 20 de 2006, 001 de 2007 y la 09 de 2008 y la Resolución Reglamentaria No. 034 del 21 de diciembre de 2009.

Opinión sobre los Estados Contables

Evaluados los Estados Contables al cierre de la vigencia 2009, se observó lo siguiente:

El saldo total de cartera a 31 de diciembre de 2009 ascendió a \$34.246.0 millones e incluyó facturación glosada y saldos de deudores con una antigüedad entre 181 y 360 días por valor \$9.849.9 millones y superior a 360 días de \$ 7.614.5 millones que equivalen al 28.76% y 22.23% del total de la misma, mostrando un recaudo no oportuno de cartera y falta de depuración de los registros contables, generando incertidumbre en el saldo de esta cuenta, por el posible no reconocimiento de la totalidad de lo facturado y el riesgo debido a su antigüedad de convertirse en derechos inciertos para la entidad.

La cuenta Deudas de Difícil recaudo mostró un saldo de \$7.614.5 millones, el cual es el resultado del análisis realizado por el área de cartera a cada uno de los pagadores. Sin embargo, esta política y práctica contable relacionada con los métodos de carácter específico que utiliza la entidad para determinar el riesgo de incobrabilidad de cartera y así proceder a reclasificar de la cuenta deudora principal a la cuenta Deudas de difícil recaudo, no se encuentra documentada en el Manual de procedimientos contables del Hospital. Lo que conlleva a que el valor determinado no se ha el producto de una política contable adoptada por la entidad, si no el producto de una apreciación subjetiva, originando que se presente incertidumbre sobre el saldo presentado en esta cuenta.

La cuenta de Provisión para deudores, presenta a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$7.614.5 millones, producto de provisionar el ciento por ciento del saldo presentado en las cuenta Deudas de Difícil Recaudo. Dicho saldo no es el resultado de una evaluación técnica que permita determinar la contingencia de pérdida o riesgo por la eventual insolvencia del deudor, además de aspectos legales que originan el derecho. Así mismo no se puede comprobar que dicha información sea consistente con los criterios que orienta su elaboración, al no existir documentados los criterios de reconocimiento, registro y revelación de los métodos de provisión con sus respectivos porcentajes adoptados por la entidad.

En nuestra opinión, excepto por lo expresado en los párrafos anteriores, los estados contables presentan razonablemente, en todos los aspectos importantes, la situación financiera del Hospital Santa Clara III Nivel E.S.E. a 31 de diciembre de 2009, los resultados de las operaciones por el año que terminó en esta fecha, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas y principios de contabilidad prescritos por la Contaduría General de la Nación.

Control interno contable

Como resultado de la evaluación al control interno contable se observó que la entidad cuenta formalmente con un área contable y financiera como lo establece el artículo 5 de ley 298 de 2000.

Utiliza para el manejo de la información financiera el Sistema Clínical Suite, dicha información es alimentada a través de interfases de los diferentes módulos administrativos como facturación, suministros, activos fijos, cartera, tesorería, nómina, cuentas por pagar, presupuesto y costos, los soportes documentales son de archivo, custodia y responsabilidad de cada área que procesa la interfase.

El Hospital tiene definidos manuales y procedimientos, aplica el Régimen de Contabilidad Pública vigente, lleva libros oficiales. Así mismo, realiza conciliaciones de operaciones recíprocas y conciliaciones bancarias mensuales, calcula la depreciación en forma individual, empleando el método de línea recta.

En cuanto a los ingresos y gastos se registran oportunamente en la vigencia a la cual corresponden y están adecuadamente soportados.

Sin embargo, se detectaron las siguientes observaciones:

La gestión realizada por la Administración no fue suficiente, para depurar las cifras relacionadas con pagarés, que incluyen saldos de vigencias anteriores.

El Hospital no presenta procedimientos documentados relacionados con los métodos de carácter específico que utiliza la entidad para determinar el riesgo de incobrabilidad de cartera y los criterios de reconocimiento, registro y revelación de los métodos de provisión con sus respectivos porcentajes.

El procedimiento adoptado en noviembre de 2009 para el registro y control de glosas no cuenta con puntos de control en los tiempos de respuesta de estas, dejando entrever que este no está ajustado a la normatividad aplicable.

La Oficina de Control Interno Disciplinario presenta doce (12) expedientes de procesos disciplinarios por glosas definitivas, desde noviembre de 2007 a enero de 2010 por valor de \$563.067.183, los cuales se encuentran en su totalidad en la etapa de pruebas, mostrando que no se ha realizado una adecuada gestión

Se presenta dificultad en la organización de la documentación de vigencias anteriores, debido a que no el área de contabilidad no cuenta con el espacio suficiente para su adecuado archivo.

Como consecuencia de lo anterior se concluye que el sistema de control interno contable adoptado por el Hospital Santa Clara **presenta debilidades** que requieren fortalecerse en los puntos anteriormente descritos para garantizar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información se realicen de acuerdo a la normatividad vigente

Consolidación de Hallazgos

En desarrollo de la presente auditoria y tal como se detalla en el anexo numero 4.1 se establecieron 46 hallazgos administrativos, de los cuales 4 de ellos corresponden a hallazgos con alcance disciplinario los cuales se trasladaran a la Personería Distrital y 3 tienen alcance Fiscal, los cuales se trasladaran a al Dirección de Responsabilidad Fiscal.

Concepto sobre el fenecimiento

Por el concepto favorable con observaciones emitido en cuanto a la gestión realizada, el cumplimiento de la normatividad, la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno y la opinión con salvedades de los Estados contables, la cuenta rendida por la Entidad, correspondiente a la vigencia 2009, se fenece.

A fin de lograr que la auditoria conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión, la entidad debe diseñar un plan de mejoramiento que permita solucionar las deficiencias puntualizadas en el menor tiempo posible, documento que debe ser remitido a la Contraloria de Bogota, a través de los medios electrónicos vigentes dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo del presente informe.

El Plan de Mejoramiento debe detallar las medidas que se tomarán respecto de cada uno de los hallazgos identificados, cronograma en que implementarán los correctivos, responsables de efectuarlos y del seguimiento a su ejecución.

Bogota, mayo de 2010,

Atentamente,

BLEIDY PEREZ BALLESTAS
Directora Sector Salud e Integración Social

ANÁLISIS SECTORIAL

RECURSOS DEL ORDEN NACIONAL PARA LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

2.1 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES –SGP-

2.1.1 Antecedentes normativos

Los títulos XI y XII de la Constitución Política sentaron las bases del nuevo orden político-territorial donde se establece la distribución de recursos y competencias entre los distintos niveles territoriales.

Es así como se elevó a rango constitucional las transferencias de la Nación a los departamentos, distritos y municipios, y se definió el situado fiscal y la participación municipal como un porcentaje creciente de los ingresos corrientes de la nación ICN¹.

La Ley 60 de 1993 o de Recursos y Competencias, en los capítulos II y III reglamentó lo relativo al situado fiscal y lo definió como el porcentaje de los ICN que sería cedido a los departamentos, el Distrito Capital y los distritos especiales para la atención de los servicios públicos de educación y salud; respecto de los ingresos corrientes de la nación, estableció las condiciones de la participación, indicando que la distribución se realizaría con base en el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), la pobreza relativa, la eficiencia fiscal, la eficiencia administrativa y el progreso en el nivel de la calidad de vida.

Posteriormente, con la promulgación del acto legislativo 01 de 2001, se crea el sistema general de participaciones (SGP) de los departamentos, distritos y municipios, con base en los recursos del situado fiscal, el Fondo Educativo de Compensación – FEC- y la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación –ICN- y destinó los recursos a la financiación de los servicios a cargo de las entidades territoriales respectivas, dándole prioridad al servicio de salud y los servicios de educación preescolar, primaria, secundaria y media, garantizando la prestación de los servicios y la ampliación de cobertura.

Luego se expide la Ley 715 de 2001 que busca un reordenamiento de competencias entre la nación, los departamentos, distritos y municipios, sustentado en uno de los principios básicos de la descentralización según el cual,

¹ Escuela Superior de Administración Pública ESAP. “El sistema general de participaciones y el papel del Concejo Municipal”. Bogotá, junio de 2007.

se deben aprovechar las ventajas que cada nivel de gobierno presenta en la prestación de los servicios.

Con el acto legislativo 04 de 2007² se determinan los porcentajes de incremento anual del sistema general de participaciones. Además de las inversiones prioritarias con recursos del SGP en salud y educación, se añadió la financiación de servicios públicos domiciliarios de agua potable y saneamiento básico.

2.1.2 Definición y mecanismos procedimentales del Sistema General de Participaciones SGP

La Ley 715 de 2001 define al Sistema General de Participaciones como el instrumento que garantiza la financiación de los servicios de educación y salud, mediante transferencias condicionadas a estándares de prestación de esos servicios y un monto de propósito general para financiar los servicios de agua potable y saneamiento básico.

Está constituido por los recursos que la nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la constitución política a las entidades territoriales. Los montos se distribuyen de la siguiente manera:

- El 58.5% con destinación específica para el sector educativo.
- 24.5% con destinación específica para el sector salud, denominada participación para salud.
- 5.4 agua potable y saneamiento básico.
- El 11.6% con destino participación de propósito general.

Estos recursos se distribuyen entre departamentos, distritos y municipios de acuerdo con unos criterios que tienen en cuenta la población, atendida y por atender, la pobreza, la eficiencia y la equidad. Cada año el Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) expide los documentos sociales que explican la distribución y la asignación y se consigna el monto que le corresponde a cada entidad territorial por componente de gasto o sector; estos recursos se reparten en doceavas y se establece un periodo de tiempos de giros.

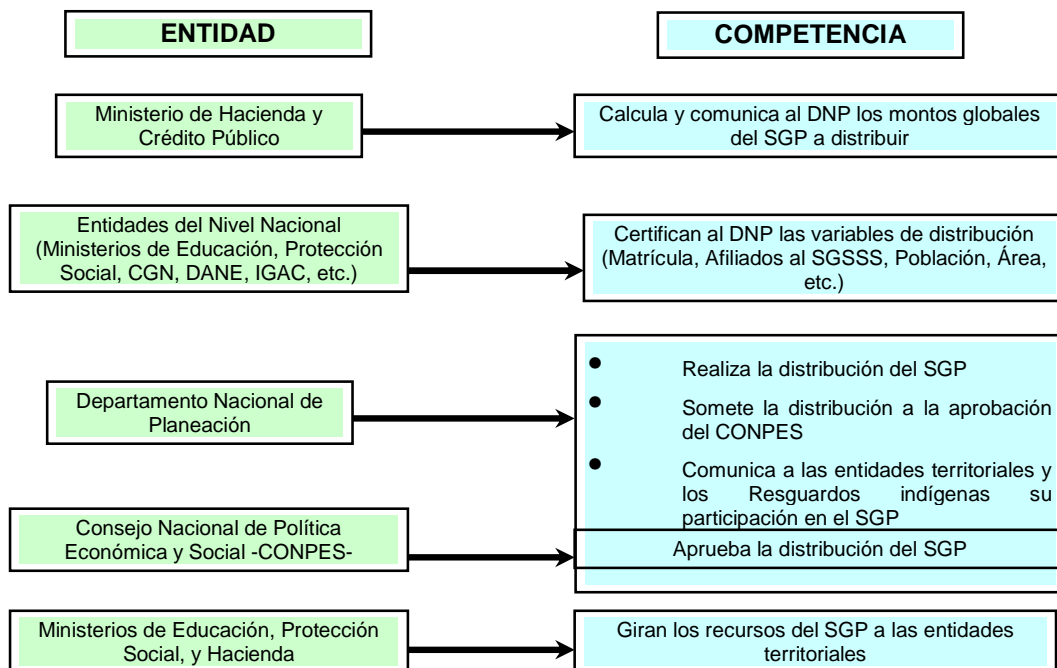
El giro de los recursos, se realiza por mes vencido, a partir de febrero y hasta diciembre, para completar el giro total de las once doceavas previstas para la vigencia. Al comenzar el siguiente año se expide un documento conpes que establece la doceava faltante y los correspondientes ajustes por efectos de la inflación causada. El proceso de legalización se efectúa cuando la nación le gira al ente territorial las doceavas pertinentes que estipula el documento Conpes.

² Por el cual se reforman los artículos 356 y 357 de la Constitución Política

Durante la vigencia, éstas pueden sufrir ajustes que afectan la transferencia a cada entidad.

El siguiente gráfico resume las entidades a nivel nacional y las competencias que les corresponden en atención a la administración y asignación de recursos del Sistema General de Participaciones.

GRÁFICO 1
DISTRIBUCIÓN DEL SGP. COMPETENCIAS DE LAS ENTIDADES



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Nacional

2.1.3 El Sistema General de Participaciones –SGP- y el sector salud

En salud, se separó la competencia de aseguramiento de la población pobre, en cabeza de los municipios, de la competencia de la prestación de servicios que se fijó como responsabilidad de los departamentos. En el aseguramiento se garantizó que todo el ciclo, desde identificación de beneficiarios hasta control de los recursos, sea responsabilidad de los municipios. En la prestación de servicios los departamentos deben reorganizar la red al interior de sus territorios con base en la demanda y la infraestructura municipal debe adecuarse a los requerimientos de la misma³.

³ Ministerio de Hacienda y Crédito Público. “10 años de transformación fiscal territorial en Colombia. 1998-2008”. Bogotá, mayo de 2009.

De acuerdo con los artículos 47 y 11 de las Leyes 715 de 2001 y 1122 de 2007, respectivamente, los recursos del SGP financian tres componentes de gasto: i) continuidad y ampliación de coberturas de afiliación en el régimen subsidiado mediante subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total, ii) prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y actividades no cubiertas con subsidios a la demanda⁴ y iii) acciones en salud pública definidas como prioritarias por el Ministerio de Protección Social⁵.

La ley 1122 de 2007⁶, respecto de la financiación del régimen subsidiado con recursos del SGP, establece que su participación en el año 2007 es del 56%, en el año 2008 el 61% y a partir del año 2009 el 65%. Entre tanto, el artículo 3 del Decreto 2878 de 2007 establece que los recursos con destino al componente de salud pública corresponderán al 10.1% de la bolsa total del SGP-S, por consiguiente, el porcentaje restante, una vez descontados los recursos destinados por la Ley 1122 de 2007 a la financiación del régimen subsidiado, se destinará a la financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda⁷.

A raíz de la declaratoria de emergencia social⁸ y a través del decreto 132 de 2010 se modificaba esta distribución en el siguiente sentido: a partir del año 2010 el porcentaje del 65% se incrementaría de manera progresiva de acuerdo con la gradualidad de la unificación de los planes obligatorios de salud entre el régimen subsidiado y el contributivo, sin superar el 90%. Este incremento porcentual avizora la intención de alcanzar la universalización, es decir, el aseguramiento de toda la población al sistema general de seguridad social en salud; para tal propósito, el Decreto 131 de 2010⁹, señalaba que la afiliación al SGSSS es de carácter obligatorio y el Ministerio de Protección Social debía establecer los mecanismos de afiliación forzosa y las sanciones correspondientes.

No obstante la declaratoria de inexecutable de la emergencia social, con anterioridad la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 había recogido los principios rectores de equidad y obligatoriedad del sistema de seguridad social en salud, planteados en la Ley 100 de 1993 y, en tal sentido, estableció unos mandatos claros y precisos, orientados a reconocer la salud como derecho fundamental y a que el Estado garantice el acceso a la salud en condiciones de equidad para toda la población. Los órdenes incluyen actualización y unificación de

⁴Incluye los aportes patronales para pago de obligaciones prestacionales (pensiones, cesantías, salud, riesgos profesionales) de la oferta hospitalaria pública en cada entidad territorial, en los términos señalados por la Ley 715 de 2001.

⁵El Distrito Capital asume todas las funciones en salud pública.

⁶ Artículo 214.

⁷Departamento Nacional de Planeación. Documento CONPES SOCIAL 122. Bogotá, enero de 2009.

⁸ Decreto 4975 de 23 de diciembre de 2009

⁹ Artículo 37 Decreto 131 de 2010

los planes obligatorios de salud (POS) de los regímenes contributivo y subsidiado, universalización del acceso a la salud, entre otros aspectos. Así las cosas, estos propósitos resultan ineludibles y llegará el momento en que los recursos del SGP se deberán destinar prácticamente en su totalidad al financiamiento del régimen subsidiado.

2.1.4 Recursos para la salud de Bogotá por el SGP y aplicación de estos recursos

El Distrito Capital, por su naturaleza recibe recursos provenientes de la distribución sectorial, en lo concerniente a propósito general, participación en educación, y salud (salud pública, atención a población pobre no afiliada, régimen subsidiado y aportes patronales).

Con información tomada de los presupuestos de la Secretaría de Hacienda y el Fondo Financiero Distrital de Salud, se detallan en el siguiente cuadro los montos de recursos apropiados por Bogotá en virtud del Sistema General de Participaciones en el período 2005-2009.

CUADRO 1
RECURSOS APROPIADOS
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES SGP 2005-2009

Millones de Pesos

APLICACIÓN RECURSOS	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%
Prestación del servicio Salud - Oferta	66,842,0	19.7	93,024,1	24.3	85,054,7	22.1	68,971,0	16.9	71,578,1	15.9
Salud – Régimen Subsidiado	188,609,1	55.6	203,305,4	53.1	209,962,2	54.6	235,444,4	57.5	263,851,5	58.6
Salud - Salud pública	31,949,1	9.4	33,469,8	8.7	33,603,8	8.7	46,480,5	11.4	52,780,0	11.7
Aportes Patronales	51,884,8	15.3	52,942,2	13.8	55,953,3	14.5	58,399,1	14.3	61,947,4	13.8
TOTAL	339,284,9	100.0	382,741,6	100.0	384,574,0	100.0	409,295,0	100.0	450,157,0	100.0

Fuente: Elaborado por la Dirección de Salud e Integración Social de la Contraloría de Bogotá con información del SIVICOF. Entidades que reportan. Secretaría Distrital de Hacienda y Fondo Financiero Distrital de Salud.

Entre 2005 y 2009 se ha incrementado el valor de recursos apropiados vía SGP al pasar de \$339.284.9 millones a \$450.157.0 millones que supone un aumento porcentual de 32% y denota la dinámica e importancia de estas transferencias para la prestación de los servicios de salud en la ciudad.

La distribución de estos recursos refleja cambios en su composición año tras año, así por ejemplo, para oferta a la salud, se ha destinado el 15.9% en el 2009 y el 24.3% en 2006. Para salud pública ha oscilado entre el 8.7% aplicado en 2006 y 2007 y el 11.7% en 2009. Sin embargo, estos porcentajes se encuentran acorde a los estipulados en la Ley 1122 de 2007.

De otra parte, se observa que, del total de recursos apropiados del Sistema General de Participaciones, el porcentaje destinado a salud ha venido disminuyendo, ya que en 2006 alcanzaba el 26.46% y en 2009 llega al 22.64%, es decir, una reducción de 3.82 puntos porcentuales, como se concluye de la información del siguiente cuadro.

CUADRO 2
PARTICIPACIÓN DEL SECTOR SALUD EN LOS RECURSOS
DEL SGP BOGOTÁ. 2006-2009

Millones de Pesos

CONCEPTO	2006	2007	2008	2009
TOTAL RECURSOS SALUD	382,741.6	384,574.0	409,295.0	450,157.0
TOTAL RECURSOS SGP	1,446,360.4	1,580,202.6	1,762,525.7	1,988,074.7
PARTICIPACIÓN SECTORIAL	26.46%	24.34%	23.22%	22.64%

Fuente: Elaborado por la Dirección de Salud e Integración Social de la Contraloría de Bogotá con información del SIVICOF.

En el año 2009, el total de recursos destinados para inversión por parte del FFDS alcanzó la suma de \$1.435.653.1 millones, de los cuales el 31.4% fueron cubiertos con los recursos provenientes del SGP.

En otro asunto, como consecuencia de la emergencia social, la distribución de recursos se afectó y en tal sentido se expidió el documento Conpes 132 de febrero 1º de 2010, por el cual se realiza la distribución del sistema general de participaciones de la vigencia 2010 para salud, en donde, para la financiación de la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, sólo asignó el valor correspondiente a cuatro (4) doceavas.

Esta asignación obedecía a que al momento de la distribución, el CONPES no disponía de la información para determinar el porcentaje de transformación de que trata el artículo 4 del Decreto 132 de 2010 expedido en el marco de la emergencia social. Por ello se realizó una distribución parcial correspondiente a cuatro doceavas en el subcomponente de prestación de servicios a la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda. Lo anterior, mientras que el Gobierno Nacional definía, en dicho lapso de tiempo (4 meses), la gradualidad aplicable a la vigencia 2010, de la transformación para la

unificación de los planes obligatorios de salud y proceder con ello a determinar el porcentaje incremental destinado a financiar el régimen subsidiado.

Otro aspecto que interesa mencionar resulta de los recursos dirigidos al pago de aportes patronales.

En primer lugar, la Ley 715 de 2001, estableció que *“las sumas correspondientes a los recursos que las entidades territoriales y sus entes descentralizados, deben destinar como aportes patronales de los empleados del sector salud, que se venían financiando con los recursos del situado fiscal, deberán ser pagadas con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de salud y deben ser giradas directamente por la Nación a los Fondos de Pensiones y Cesantías, Administradoras de Riesgos Profesionales y a las Entidades Promotoras de Salud a las cuales se encuentren afiliados los trabajadores”*.¹⁰ Estos recursos se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos, por parte de las entidades territoriales y sus entes descentralizados.

De esta manera, a partir de 2002, estos recursos son ubicados directamente por la Tesorería Nacional en los diferentes entes que administran pensiones, cesantías, salud y riesgos profesionales, con base en la información suministrada por la Secretaría de Salud que previamente ha consolidado con la reportada por los hospitales de la red pública.

Así, tanto el Fondo Financiero Distrital de Salud como las Empresas Sociales del Estado presupuestan los recursos de aportes patronales sin situación de fondos y los van descontando según los giros realizados soportados en facturación como venta de servicios, con el diligenciamiento de las planillas de autoliquidación.

Con la emergencia social, se expidió el Decreto 073 de 2010 que planteaba medidas para liberar recursos de los saldos excedentes del situado fiscal y del SGP –aportes patronales-¹¹ que permitieran financiar la atención a la población

¹⁰ Artículo 58 de la ley 715 de 2001

¹¹ El Parágrafo 1º del Decreto 073 de 2010 señala que, se entiende por saldos excedentes de aportes patronales aquellos montos del situado fiscal y del SGP para salud, asignados a las entidades territoriales y sus entes descentralizados para el pago de aportes patronales de los empleados del sector salud, incluidos sus rendimientos financieros, que habiendo sido recibidos como pago de la parte correspondiente al aporte del empleador para los sistemas de pensiones, salud, riesgos profesionales y cesantías nunca fueron aplicados a empleado alguno, porque no existió tal empleado, porque se retiró de la entidad o de la administradora o aseguradora, porque el ingreso base de cotización del empleado era inferior al presupuestado y al considerado en la liquidación, porque se redujeron los costos laborales con disminución de los requerimientos de recursos para los aportes patronales, porque se desconoce la entidad por cuenta de la cual se recibieron los recursos, entre otros eventos similares, que generan exceso de recursos en poder de las aseguradoras o administradoras, sin obligaciones que correspondan a derechos o prestaciones laborales exigibles con cargo a estos recursos que deban atenderse a favor de servidores públicos del sector salud, sin que estos eventos afecten las condiciones de distribución de los saldos excedentes de aportes patronales, para lo cual se aplicará lo establecido en el artículo 5º del decreto.

pobre no asegurada y los eventos no cubiertos por el POS del régimen subsidiado, norma que afectaba a las empresas sociales del estado.

Es así como surgían varias inquietudes. Un primer aspecto resultaba de la propiedad de los recursos, ya que siendo facturados como servicios prestados por la entidad, no era dable que pudieran ser objeto de disposición por la nación.

Adicionalmente, el proceso de saneamiento de aportes patronales, previsto en la Ley 715 de 2001, a la fecha no ha culminado por las dificultades presentadas en las conciliaciones con los fondos de pensiones y cesantías, las empresas promotoras de salud y las administradoras de riesgos profesionales, de suerte que no es posible informar con veracidad los saldos excedentes de aportes patronales acumulados a junio 30 de 2009.

En el siguiente cuadro se informa de los recursos presupuestados por los hospitales para aplicar como aporte patronal y un estimado de los saldos ya calculados luego del cruce y conciliación con las entidades que administran salud, pensiones, cesantías y riesgos profesionales, que resultaron a favor de los centros asistenciales, que tiene un cálculo preliminar de \$22.642 millones facturados por los hospitales.

CUADRO 3
RECURSOS PRESUPUESTADOS SIN SITUACIÓN DE FONDOS CORRESPONDIENTES AL
SGP SALUD PARA APORTES PATRONALES
2006-2010

HOSPITAL	2010	2009	2008	2007	2006	Saldos saneamiento SGP
TUNAL	3,221,803,970	3,083,761,851	2,962,424,175	2,879,167,873	2,809,143,354	319,584,285
LA VICTORIA	3,903,456,169	3,767,589,640	3,468,135,356	3,298,424,733	3,224,998,000	2,763,632,557
KENNEDY	8,529,484,523	7,949,660,220	5,595,478,060	6,948,528,000	6,021,643,000	6,127,998,006
SANTA CLARA	2,920,941,286	2,686,620,000	2,736,582,676	2,306,501,736	2,661,226,664	1,747,292,376
SIMÓN BOLÍVAR	7,554,482,374	7,675,411,933	7,402,439,911	7,598,000,000	6,847,081,146	ND
CENTRO ORIENTE	2,749,528,719	2,620,282,172	2,507,063,145	2,568,283,000	2,865,361,214	230,892,908
BOSA	1,999,452,647	1,905,880,192	2,147,101,807	1,784,000,000	1,531,100,000	2,056,928,225
ENGATIVÁ	4,759,000,000	4,532,262,914	4,399,230,722	4,117,151,000	3,939,858,000	285,057,029
FONTIBÓN	3,085,942,080	2,829,949,389	2,699,006,791	2,533,454,000	2,424,357,000	764,645,900
MEISSEN	1,730,038,000	1,647,655,447	1,576,187,032	1,055,804,000	980,916,999	ND
SAN BLÁS	3,998,833,057	3,814,083,599	3,649,840,765	3,372,522,000	3,314,740,000	ND
TUNJUELITO	2,033,472,187	2,331,179,342	1,945,207,678	1,864,215,000	1,691,490,409	1,924,876,641
CHAPINERO	1,186,138,000	1,226,161,275	1,560,693,174	1,288,098,000	1,480,761,000	ND
NAZARETH	270,635,109	267,238,810	255,567,940	243,469,781	231,931,146	298,474,851
SUBA	1,812,094,228	1,774,452,000	1,762,611,000	1,922,953,000	1,840,147,000	ND
USAQUÉN	1,323,027,069	1,256,138,587	1,220,693,314	1,161,120,000	1,085,158,000	713,765,198

HOSPITAL	2010	2009	2008	2007	2006	Saldos saneamiento SGP
USME	1,659,016,604	1,659,016,604	1,792,487,416	1,323,332,000	1,451,029,940	
DEL SUR	2,961,940,000	3,765,726,024	3,555,589,438	3,464,866,691	2,851,708,000	ND
PABLO VI BOSA	1,175,000,000	1,119,729,120	1,071,511,127	1,023,532,000	1,140,100,000	3,079,731,997
RAFAEL URIBE U.	2,178,498,000	2,136,632,944	2,153,706,575	2,010,479,000	1,928,757,000	328,123,040
SAN CRISTÓBAL	1,337,349,587	1,463,540,968	1,457,499,855	1,180,000,000	1,072,080,000	1,903,229,061
VISTA HERMOSA	2,686,000,000	2,113,587,633	2,012,940,551	1,926,260,117	1,817,225,609	98,100,893
TOTAL	63,076,133,609	61,488,291,569	56,342,548,639	55,465,662,921	53,080,231,981	22,642,332,967

Fuente. Empresas Sociales del Estado del Distrito Capital.

ND. No reportaron cifras concretas.

En los últimos cinco años se han incrementado en \$10.000 millones los recursos presupuestados para el pago de aportes patronales en los hospitales de la red pública distrital. Los hospitales que mayor volumen de recursos han presupuestado son Kennedy, Simón Bolívar, San Blás y Engativá con montos superiores a los \$4.000 millones.

Con base en el análisis que se refiere a la titularidad de los recursos del saneamiento de aportes patronales a favor de los hospitales, resulta afortunado que la emergencia social haya sido declarada inexecutable, ya que de otra manera hubiese resultado ser otro golpe lesivo para su ya débil situación financiera.

2.2 FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA –FOSYGA-

2.2.1 Aspectos normativos y fuentes de recursos

La Ley 100 de 1993 estableció¹² la existencia de un Fondo de Solidaridad y Garantía con el objeto de garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito.

En reglamentación de la ley, se creó el FOSYGA por el decreto 1283 de 1996¹³ como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud.

Se estructuró en las siguientes subcuentas: a) de compensación interna del régimen contributivo; b) de solidaridad del régimen de subsidios en salud; c) de promoción de la salud; d) de seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

¹² Artículos 156, literal l) y 218 Ley 100 de 1993

¹³ Derogó a su vez al Decreto 1896 de 1994.

Dado el interés del presente análisis por los recursos dirigidos al régimen subsidiado, éste se concentra en la subcuenta de solidaridad, que tiene por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud, a través de la cofinanciación de los subsidios correspondientes. La subcuenta de solidaridad es fundamentalmente una articuladora de los fondos destinados a la financiación del régimen subsidiado en el nivel nacional (en el nivel territorial el régimen subsidiado cuenta con las transferencias y los recursos propios de los entes territoriales)¹⁴.

Esta subcuenta dispone de los siguientes recursos para la financiación del régimen subsidiado¹⁵:

a) Uno punto cinco de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción; que será girado por las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas a la subcuenta de solidaridad.

b) Un aporte del presupuesto nacional. El Gobierno nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones de pesos (\$286.953.000.000,00). En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de Sisbén I, II y III en los términos establecidos en la ley 1122.

c) El porcentaje de los recursos recaudados por concepto del subsidio familiar que administran las Cajas de Compensación Familiar, definido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

2.2.2 Giros de recursos del FOSYGA

De conformidad con lo previsto en el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, el gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos.

¹⁴ Periódico El Pulso. No. 114 marzo 2008.

¹⁵ Artículo 214 de la Ley 1122 de 2007.

Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS del régimen subsidiado se harán bimestre anticipado dentro de los primeros 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario

A su turno, las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado; de lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago¹⁶.

De esta manera se advierte que es clara y precisa la reglamentación sobre el flujo de estos recursos; sin embargo, en el escenario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los diferentes agentes que intervienen han cuestionado y discutido ampliamente sobre los obstáculos que se han puesto y que entorpecen este flujo¹⁷.

Estos cuestionamientos señalan que el FOSYGA tiene implementados procesos poco efectivos y una aparente estrategia de glosas como forma de retrasar los pagos; la lentitud en los giros determina la subsistencia de la red pública de prestadores ya que los ingresos del régimen subsidiado representan para estas entidades entre un 70 y 80%, dependiendo del nivel de complejidad del hospital; existe un círculo vicioso las EPS-S no pagan hasta que no han recibido dinero del ente territorial, que a su vez depende del FOSYGA.

Otro factor a tener en cuenta resulta de la aplicación de la Ley 1122 que ordenó, como se anotó anteriormente, que el gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA se girará a las entidades territoriales con el envío y cruce de la base de datos de los afiliados.

¹⁶ El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

¹⁷ Por ejemplo la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos ACESI, la Conferencia Nacional de Secretarios Municipales y Distritales de Salud COSESAM

Es así que sólo se paga por los usuarios que aparecen en la Base de Datos Única de Afiliados, la cual presenta grandes diferencias respecto de lo que reportan los entes territoriales. Actualmente se tiene 23.882.314 afiliados contratados, pero en la Base de Datos Única de Afiliados existen 20.573.692 afiliados; esa diferencia implica que el Fosyga está pagando del total contratado sólo el 86% y no el 100%¹⁸. Esta diferencia en las bases de datos conlleva a que los municipios también disminuyan sus pagos a las EPS del subsidiado, y sólo cancelen proporcionalmente.

En el caso de Bogotá, la población afiliada y contratada corresponde a 1.754.891, en tanto la registrada en la base de datos BDUA, es de 1.339.270, que implica el pago por el 76% de la población contratada.

2.2.3 Recursos del FOSYGA para Bogotá

CUADRO 4
APROPIACIÓN RECURSOS FOSYGA 2006-2009

CONCEPTO	Millones de Pesos			
	2006	2007	2008	2009
RECURSOS PARA CONTINUIDAD	117,679.7	128,873.9	134,938.1	184,941.5
RECURSOS PARA AMPLIACIÓN	227.1	13,167.0	0.0	370.3
TOTAL RECURSOS	117,906.8	142,040.9	134,938.1	185,311.8

Fuente: Fondo Financiero Distrital de Salud

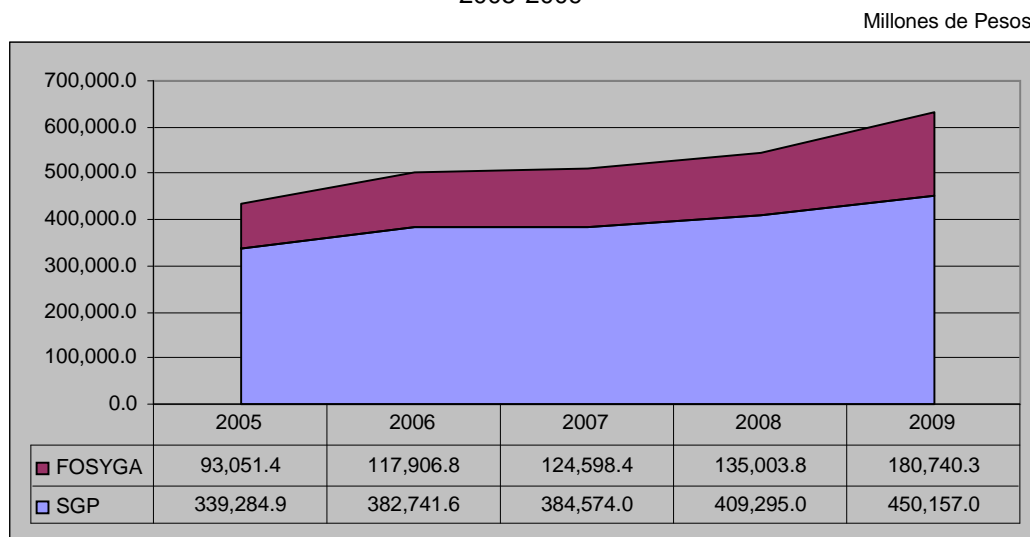
En los últimos cuatro años se han incrementado en 64% los recursos apropiados cuya fuente corresponde al FOSYGA, al pasar de \$117.906.8 millones en 2006 a \$185.311.8 millones en 2009. Esta aplicación en más del 98% se dirige a la continuidad de afiliación de población de niveles 1 y 2 de SISBEN al régimen subsidiado mediante subsidios totales y de población de SISBEN 3 con subsidios parciales.

2.3 Comparativo recursos FOSYGA-SGP

De los recursos dirigidos a la salud en Bogotá, cuya fuente corresponde a las transferencias de la nación, se observa la mayor porción de las referidas al Sistema General de Participaciones, aunque se ha ido incrementando el porcentaje de participación de los recursos del FOSYGA. Es así, como en 2005, los recursos del SGP representaban el 78.5% y en 2009 el 71.3%, en tanto los recursos del FOSYGA el 21.5% y el 28.7% en esos mismos años.

¹⁸ Fuente de la información FOSYGA. Encargo Fiduciario administrado por Consorcio FIDUFOSYGA. Reporte afiliados por Departamentos y Municipios. Fecha de corte 30-11-09

GRÁFICO 2
COMPOSICIÓN RECURSOS APROPIADOS SGP-FOSYGA PARA BOGOTÁ
2005-2009



Fuente: Elaborado por la Dirección de Salud e Integración Social Contraloría de Bogotá con información SIVICOF.

Ahora bien, al revisar el comportamiento de los recursos ejecutados, se observa que estas dos fuentes representan en 2009 el 24.9% del total de recursos dirigidos para salud pública, el 67.3% para régimen subsidiado y el 28.7% para atención de población pobre no cubierta con subsidios a la demanda. Aunque no sobra advertir, que estos porcentajes no han sido constantes en los últimos años, como se observa en el siguiente cuadro.

CUADRO 5
APLICACIÓN RECURSOS FOSYGA – SGP 2007-2009

Millones de pesos

VIGENCIA	2009			2008			2007		
	SALUD PÚBLICA	SUBSID.	OFERTA	SALUD PÚBLICA	SUBSID.	OFERTA	SALUD PÚBLICA	SUBSID.	OFERTA
SGP	52,744.7	194,358.7	133,525.5	46,371.6	166,017.7	127,370.0	33,401.3	209,301.6	140,993.1
FOSYGA	0.0	185,311.8	0.0	0.0	134,922.5	0.0	0.0	130,155.8	0.0
TOTAL SGP-FOSYGA	52,744.7	379,670.5	133,525.5	46,371.6	300,940.2	127,370.0	33,401.3	339,457.4	140,993.1
TOTAL FFDS	211,956.3	564,185.5	464,527.8	165,832.7	493,473.1	478,519.4	147,450.7	528,286.6	398,805.4
PART. SGP-FOSYGA	24.9%	67.3%	28.7%	28.0%	61.0%	26.6%	22.7%	64.3%	35.4%

Fuente: Fondo Financiero Distrital de Salud

2.4 CONCLUSIONES

El propósito de universalización del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS y la unificación de los planes obligatorios de salud, supone la modificación en la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones, tal como se advirtió con los decretos de la emergencia social y como está planteado en la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional.

Entre 2005 y 2009 se ha incrementado el valor de recursos transferidos vía SGP a Bogotá, al pasar de \$339.284.9 millones a \$450.157.0 millones que supone un aumento porcentual de 32% y denota la dinámica e importancia de estas transferencias para la prestación de los servicios de salud en la ciudad.

La distribución de estos recursos refleja cambios en su composición año tras año, así por ejemplo, para oferta a la salud, se ha destinado el 15.9% en el 2009 y el 24.3% en 2006. Para salud pública ha oscilado entre el 8.7% aplicado en 2006 y 2007 y el 11.7% en 2009. Sin embargo, estos porcentajes se encuentran acorde a los estipulados en la Ley 1122 de 2007.

Como consecuencia de la emergencia social, la distribución de recursos del SGP se afectó, como se evidencia con la expedición del documento Conpes 132 de febrero 1º de 2010, por el cual se realiza la distribución del sistema general de participaciones de la vigencia 2010 para salud, en donde, para la financiación de la población pobre no asegurada y a las actividades no cubiertas con subsidios a la demanda, sólo asignó el valor correspondiente a cuatro (4) doceavas.

El proceso de saneamiento de aportes patronales, previsto en la Ley 715 de 2001, a la fecha no ha culminado por las dificultades presentadas en las conciliaciones con los fondos de pensiones y cesantías, las empresas promotoras de salud y las administradoras de riesgos profesionales, de suerte que no es posible informar con veracidad los saldos excedentes de aportes patronales acumulados a junio 30 de 2009, aunque con base en los avances obtenidos se tiene un cálculo preliminar de \$22.642 millones a favor de los hospitales de la red pública distrital.

En Bogotá, en los últimos cinco años se han duplicado los recursos aplicados cuya fuente corresponde al FOSYGA, al pasar de \$93.051.4 millones en 2005 a \$180.740.3 millones en 2009. Esta aplicación en más del 95% se dirige a la afiliación de población de niveles 1 y 2 de SISBEN al régimen subsidiado mediante subsidios totales.

El FOSYGA sólo paga por los usuarios que aparecen en la Base de Datos Única de Afiliados, la cual presenta grandes diferencias respecto de lo que reportan los entes territoriales. En el caso de Bogotá, la población afiliada y contratada



corresponde a 1.754.891, en tanto la registrada en la base de datos BDUA, es de 1.339.270, que implica el pago por el 76% de la población contratada. Esto trasluce un riesgo en la atención de la salud de la población que está afiliada por la contratación efectuada con las aseguradoras del régimen subsidiado pero que por inconsistencias de información no han sido cargadas en el BDUA y por tanto no recibirían el pago correspondiente de la UPC que garantice tal atención.

En 2009 el 24.9% del total de recursos dirigidos para salud pública, el 67.3% para régimen subsidiado y el 28.7% para atención de población pobre no cubierta con subsidios a la demanda, correspondieron a las fuentes del Sistema General de Participaciones y el FOSYGA, lo que denota la importancia de ellas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

3. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

3.1. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

Del seguimiento efectuado al Plan de Mejoramiento para subsanar las observaciones presentadas en el Informe de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral correspondiente a la vigencia de 2009 el hospital tiene vigentes 149 hallazgos, resultado de cuatro (4) auditorías realizadas a la entidad así:

CUADRO 6
RELACION HALLAZGOS PLAN DE MEJORAMIENTO

DETALLE	No HALLAZGOS
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2004	7
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2006	21
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2007	35
Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular Vigencia 2008	86
TOTAL	149

El seguimiento al plan de mejoramiento arrojó como resultado el cierre de 118 hallazgos y la continuidad de 31.

El porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento de la auditoría regular fue del 79.20%.

Con base en lo anterior, se estableció una calificación del 79.20%, lo que indica que fue EFICAZ, la implementación de las acciones

3.2. EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Con el fin de evaluar el **sistema de control interno** y determinar su calidad y nivel de confianza, y a la vez determinar el cumplimiento a la Norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000:2004, se aplicó la metodología implementada por el Departamento Administrativo de la Función Pública para su implementación y seguimiento.

Es así como se evaluó la implementación del MECI en sus tres grandes subsistemas, los cuales son desagregados en sus respectivos componentes y elementos de control.

Se realizaron visitas, encuestas y verificación de la información. Se seleccionó una muestra entre el área asistencial y administrativa que corresponde al 30% de las aéreas de la estructura organizacional del Hospital, abarcando directamente las oficinas de Control Interno, Gestión Ambiental, Garantía de la Calidad, Contratación, Presupuesto, Contabilidad, Atención al Usuario y Subdirección Científica.

El Hospital de SANTA CLARA, en cumplimiento del Decreto No. 1599 del 20 de mayo de 2005, de la Presidencia de la República, expidió la Resolución No. 429 de diciembre 30 de 2005 *“Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 en el Hospital Santa Clara E.S.E.”*.

3.2.1 Control Estratégico

Este subsistema obtuvo una calificación de 3.5, siendo este valor REGULAR, con incidencia de RIESGO MEDIO. En este se agrupa y correlaciona los parámetros de control que orientan la entidad hacia el cumplimiento de su visión, misión, objetivos, principios, metas y políticas.

3.2.1.1 Ambiente de Control

3.2.1.1.1 Acuerdos compromisos o protocolos éticos

El Hospital cuenta con código de ética, el cual fue elaborado y acordado de manera participativa a través de la aplicación de encuestas y capacitaciones como bases para la elaboración de diagnóstico y formulación del mismo. Fue aprobado mediante acuerdo 018 de 2002 y sus modificaciones mediante acuerdo 137 de noviembre de 2008.

3.2.1.1.1.1. A pesar de que la entidad ha puesto en marcha políticas y estrategias de gestión para aplicar el documento, tales como capacitaciones, reuniones internas, comités, reinducción etc., el resultado de ellas no refleja el compromiso institucional por parte del personal incluyendo directivos - jefes de oficina- y representante de la gerencia en el equipo MECI, incumpliendo lo preceptuado en el Acuerdo 137 de noviembre de 2008, Artículo 2, literal b y artículo 4 literal k de la ley 87 de 1993.

Este componente tuvo una calificación de 3.6

3.2.1.1.2 Desarrollo de Talento Humano

La entidad cuenta con procesos de selección, inducción, formación, capacitación y

evaluación de desempeño de los servidores públicos. El manual de funciones contempla el propósito principal de cada empleo de planta de personal

3.2.1.1.2.1. El proceso de formación y capacitación del hospital, está basado en un diagnóstico de necesidades de capacitación; sin embargo su formulación no incluye aprobación mediante acto administrativo, evaluación de los resultados del plan de capacitación correspondiente a la vigencia 2008, ni verificación de que este estuviera enmarcados dentro de las áreas temáticas definidas en el Plan Nacional de Formación y Capacitación.

De igual manera el programa de bienestar de la entidad no incluye formulación de planes de incentivos, contempla lista de chequeos de actividades a desarrollar, no fue planteado como programa, no contempla la evaluación de los resultados de la vigencia 2008, ni contempla aprobación por acto administrativo; lo que conlleva a un incumplimiento del artículo 6, literal c) del artículo 13 del Decreto Ley 1567 de 1998 el literal b del artículo 16 y el artículo 19 de la Ley 87 de 1993.

3.2.1.1.2.2 No obstante la entidad ha realizado actividades de bienestar con recursos asignados al jefe de talento humano a través de avances en efectivo; esta auditoría detecto que este trámite no obedece a los procedimientos para efectuar avances en efectivo, es decir esta actividad no es considerada como urgente e imprescindible; características indispensables para la utilización de estos recursos públicos. Por otra parte la legalización de los avances no se dio dentro de los términos establecidos así:

CUADRO 7
AVANCES EN EFECTIVO – INCENTIVOS HSC

Resolución	Fecha Resolución	Valor Asignado	Fecha de Legalización
Resolución 048	Marzo 2 de 2009	4'350.000	8 Abril de 2009
Resolución No. 057	Julio 2 de 2009	10.000.000	11 de Agosto de 2009
Resolución No. 0200	Agosto 1º de 2009	12.270.000	11 de Agosto de 2009
Resolución No. 0372	Diciembre 21 de 2009	2,900,000	Diciembre 29 de 2009
TOTAL		29'520.000	

Fuente Oficina de Talento Humano

Con lo anterior se trasgrede lo contemplado en los artículos 20, 21, 22 y 23 del Decreto 061 de 2007.

3.2.1.1.2.3 Así mismo, el Hospital destinó recursos para realizar actividades de bienestar que contemplan gastos realizados para personal de planta y de contrato así:

CUADRO 8
ACTIVIDADES DE BIENESTAR REALIZADAS EN LA VIGENCIA 2009

Detalle	Modalidad	Fecha de evento	Valor Total del Evento	Premios	Valor unitario	No. Planta	Valor Planta	No Contratistas	Valor Contratistas
Celebración día de la Mujer	Avance Resolución No. 048 de Marzo 2 de 2009	Marzo 13 de 2009	4.350.000	Refrigerios	4.500	215	967.500	535	2.407.500
				Detalle	1.300	215	279.500	535	695.500
Juegos organizados por La Secretaria de Salud	Contrato sin formalidades Plenas Numero 03-7663 de Marzo 26 de 2009	Mayo 6 de 2009	7.651.300	59 Uniformes	30.000	7	210.000	52	1.560.000
				14 Camisetas	15.500	14	217.000	0	0
				79 sudaderas	71.700	27	1.935.900	52	3.728.400
Celebración Aniversario Hospital Santa Clara E.S.E.- Condecoración	Avance Resolución No. 057 de Julio 2 de 2009 y Resolución No. 0200 Agosto 1º de 2009	Julio 16 y 17 de 2009	22.270.000	premiación bingo	200.000	0	0	1	200.000
				premiación bingo	300.000	1	300.000	0	0
				Almuerzo Bufet	16.667	24	400.008	36	600.012
				comidas	8.500	302	2.567.000	698	5.933.000
Premiación - Incentivos Empleado Estrella 2009	Orden de Trabajo No. 081 de 2009 Con la Caja de Compensación CAFAM	Julio 16 y 17 de 2009	4.163.986	premio bicicleta	161.121	1	161.121	0	0
				Premio - equipo de sonido	275.776	1	275.776	0	0
				Premio - Teatro en Casa	200.862	0	0	1	200.862
				Premio - Televisor	293.103	0	0	1	293.103
				Premio Pluma	115.793	0	0	1	115.793
Celebración Día del Médico	Avance Resolución No. 0372 de Diciembre 21 de 2009	Diciembre 4 de 2009	2.900.000	Refrigerios	9.667	42	406.014	258	2.494.086
TOTAL			41.335.286				7.719.819		18.228.256

Fuente: Oficina de Talento Humano HSC

De lo anterior se infiere que el Hospital destinó recursos de bienestar (a través de diferentes actividades) en contratistas de prestación de servicios, desconociendo lo consagrado en el literal e) del artículo 16 del Decreto Ley 1567 de 1998 y la Ley 909 de 2004, en donde se establece quienes son los destinatarios de la política de incentivos que el Hospital adelanta a través del rubro de Bienestar Social.

Con esta conducta, ha ocasionado un posible detrimento al erario en la suma de DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS MONEDA LEGAL (\$18.228.256).

En conclusión con la gestión adelantada por el Hospital Santa Clara, con la ejecución del programa de incentivos en bienestar social, se ocasionó un presunto detrimento al patrimonio público en cuantía de DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS MONEDA LEGAL (\$18.228.256), de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y lo consagrado en el artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

Por otra parte, la oficina Talento Humano identifica el personal requerido en cumplimiento a las necesidades de los servicios ofertados, a la vez se desarrollan las gestiones de ingreso, selección, inducción y evaluación de desempeño para los funcionarios de planta acorde con la Ley 909 de 2004. Esta evaluación de desempeño tiene correspondencia entre las metas individuales con las metas del área o del proceso al que pertenece el servidor, contempla retroalimentación sobre el desempeño individual de los servidores, contempla acciones de mejoramiento individual presentadas en cada uno de los formatos utilizados en esta evaluación, no se evidencia documentación de las acciones de mejora y resultados de su seguimiento

La entidad cuenta con 8 acuerdos de gestión Cada acuerdo de gestión que contiene cronogramas, responsabilidades, metas e indicadores. Este componente tuvo una calificación de 3.6.

3.2.1.1.3 Estilos de Dirección

La estructura con que cuenta el Hospital permite la asignación de funciones y delegación de responsabilidades, en cumplimiento a los objetivos, visión y misión. El personal identifica claramente los niveles de autoridad y responsabilidad y quien toma las decisiones.

Este componente obtuvo una calificación de 3.8.

3.2.1.2 Direccionamiento Estratégico.

3.2.1.2.1 Planes y Programas.

El esquema de planeación institucional contempla visión, misión, objetivos, acciones, cronogramas, responsabilidades y metas, acordes con el quehacer misional de la entidad. Cada una de las áreas realiza reuniones periódicas de evaluación de las actividades; presentadas posteriormente de manera consolidada a los comités de gerencia, sin embargo existe incumplimiento de indicadores, pues no se ejecuta la totalidad de las acciones de acuerdo a lo planeado, incumpliendo en algunas ocasiones cronogramas y metas; situación ratificada en el componente de Plan de Desarrollo de esta auditoría

La entidad cuenta con política de calidad que responde al direccionamiento estratégico y refleja el compromiso de la entidad por el mejoramiento continuo.

Este componente obtuvo una calificación de 3.9

3.2.1.2.2 Modelo de Operación por Procesos.

3.2.1.2.2.1 Según “Listado maestro de documentos- procedimientos”, la entidad cuenta al menos con 400 procedimientos aprobados mediante acuerdo 468 de 2008; de los cuales el 23% han tenido actualizaciones y ajustes a la plataforma estratégica. Lo que conlleva a un riesgo alto para la entidad, permitiendo en algunos casos que el personal desconozca de la existencia de estos procedimientos. De igual manera se evidenció que los puntos de control no se desarrollan en su totalidad, no cuentan con flujogramas que les permita visualizar la forma como circula la información a través de los subprocesos del proceso en general

Lo anterior pone en riesgo a la entidad pues el Manual de Procesos y Procedimientos no garantizaría en un 100% el cumplimiento del control interno trasgrediendo lo contemplado en el artículo 2 del Decreto 1537 de 2001 y literal f), h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Este componente obtuvo una calificación de 3.4

3.2.1.2.3 Estructura organizacional.

La entidad cuenta con una estructura que articula los cargos, funciones, relaciones y niveles de responsabilidad y autoridad. La estructura organizacional está compuesta por la organización interna por su planta de personal y por el manual específico de funciones y competencias laborales, aprobado mediante Acuerdo

086 de 2005.

Este componente obtuvo una calificación de 4.1.

3.2.1.3 Administración de Riesgos.

3.2.1.3.1 Contexto Estratégico.

El Hospital tiene identificado los factores internos y externos de riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos, esta identificación se ha realizado a través de los procesos, para lo cual se han desarrollado programas de sensibilización interna relacionados con la política de administración de riesgos; sin embargo no se tienen claramente establecidas las fortalezas y debilidades, tales como: flujo de información entre las áreas, compromiso de la alta Dirección y de los responsables de cada área, calidad y oportunidad en la información que sale y entra. .

Este componente obtuvo una calificación de 3.4.

3.2.1.3.2 Identificación de Riesgo

3.2.1.3.2.1. La entidad no cuenta con mapa de riesgo donde se identifiquen, analicen y valoren los riesgos, no existe visualización general de los riesgos de la entidad, su identificación no se realizó con base en el contexto estratégico sino como estrategia de los puntos de control de los procesos y procedimientos. Se evidencia que en el entorno general no se presenta identificación y análisis del riesgo, como proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficina de control lo que puede constituirse en amenaza para la consecución de los objetivos de la entidad; incumpliendo lo preceptuado en el artículo 4 del Decreto 1537 de 2001, literal f) del artículo 2 y artículo 9 de la Ley 87 de 1993.

Este componente obtuvo una calificación de 3.1

3.2.1.3.3 Análisis de Riesgo.

Se observa que el Hospital no cuenta con matriz de riesgo en donde se describe la probabilidad de ocurrencia del riesgo, el nivel de impacto de sus consecuencias, la calificación y evaluación. Cada una de las áreas cuenta con formato de identificación de riesgo de acuerdo a los procedimientos que manejan; lo que conlleva a que los riesgos que se presentan fuera del proceso no se contemplen en una matriz general. Este componente obtuvo una calificación de 3.1.

3.2.1.3.4 Valoración de Riesgo.

El Hospital ha priorizado los riesgos por procesos, clasificándolos en riesgos bajos, medios y altos, a la vez se ha establecido actividades de control para cada uno de ellos.

Este componente obtuvo una calificación de 2.9.

3.2.1.3.5 Políticas de Administración de riesgo.

La entidad cuenta con política de administración de riesgos que hace parte de la plataforma estratégica, sin embargo las dependencias no le han dado la importancia pertinente, permitiendo en algunos casos que no se apliquen los correctivos para evitarlos, reducir, dispersar, transferir, o asumir el riesgos. Situación que se contempla en el componente de Ambiente de Control de este documento.

Este componente obtuvo una calificación de 2.9

3.2.2 Control De Gestión

Este subsistema obtuvo una calificación de 3.5, siendo este valor REGULAR, con incidencia de RIESGO MEDIO. Este reúne e interrelaciona los parámetros de control de los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión: planes, programas, procesos, actividades, procedimientos, recursos, información y medios de comunicación.

3.2.2.1 Actividades de Control.

3.2.2.1.1 Políticas de Operación.

El Hospital cuenta con políticas de operación documentadas en el código de Ética y Buen Gobierno Institucional, la divulgación de estas políticas se han realizado a través de comités, capacitaciones, folletos, intranet, carteleras.

Este componente obtuvo una calificación de 3.4.

3.2.2.1.2 Procedimientos – Manual de Procedimientos.

El hospital cuenta manual de procesos y procedimientos aprobado mediante acuerdo 468 de 2008, los procedimientos se han implementado y cada uno de ellos contempla un responsable en la ejecución de las actividades, identificando la

forma como se ejecutan las diferentes actividades; sin embargo estos no se actualizan en su totalidad, no se cuenta con un cronograma de revisión y en algunas oportunidades no se dan cumplimiento en su totalidad; situación que ha sido evidenciada en Modelo de Operación por Procesos de la encuesta aplicada por esta auditoría.

Este componente obtuvo una calificación de 4.0

3.2.2.1.3 Controles

Se evidencia que la entidad definió los controles para prevenir o mitigar el impacto de los eventos que pueden generar riesgos para cada uno de los procesos, clasificados en preventivos o correctivos, a pesar que cuentan con formato diseño de controles y análisis de efectividad, este no se está aplicando en su totalidad.

Este componente obtuvo una calificación de 3.6.

3.2.2.1.4 Indicadores.

Los indicadores se encuentran definidos en fichas técnicas de acuerdo a Resolución 1446 de 2006; sin que se observe actualización de los mismos; se interactúa con indicadores de acuerdo a la metodología de gestión por procesos. Su seguimiento se refleja en las matrices de los POAS por área y por objetivos. Situación que en ocasiones no se cumple en su totalidad, hallazgo reflejado en componente de Plan de Desarrollo de este documento.

Este componente obtuvo una calificación de 3.7

3.2.2.2 Información.

3.2.2.2.1 Información Primaria.

La información que proviene de fuentes externas se procesa dentro de la entidad, identificando su procedencia y concepto, sin embargo las políticas y mecanismos diseñados por la entidad no permiten la efectividad en las operaciones que se requieran para atender la información.

Es así como la principal fuente de información es la ciudadanía, para lo cual el Hospital ha implementado mecanismos de atención, quejas y reclamos; sin que se asegure el cumplimiento en la oportunidad de la respuesta, por fallas en el proceso implementado. Situación que se evidencia en el resultado de la auditoría de Acciones Ciudadanas.

La entidad cuenta con manual de identidad corporativa, entre sus estrategias y políticas contempla las fuentes de información; sin embargo los funcionarios desconocen de su existencia como tal; y la aplicación del mismo no es efectiva en un 100%.

Este componente obtuvo una calificación de 3.7

3.2.2.2.2 Información Secundaria.

3.2.2.2.2.1. La entidad a través del manual de identidad corporativa, tienen identificadas las fuentes internas de información como actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos, entre otros; sin embargo de acuerdo a lo manifestado en el ítem anterior los funcionarios desconocen lo contemplado en este manual, los mecanismos implementados para manejar y controlar información como los libros radicadores con consecutivos diferentes en cada una de las áreas, no garantizan su registro oportuno, exacto y confiable para su divulgación, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones para soportar la toma de decisiones. De igual manera, la entidad no cuenta con tablas de retención documental actualizadas y se observa desconocimiento de la implementación de las mismas en las diferentes áreas. Por otra parte la Entidad no cuenta con mecanismo para manejar y archivar la información que se produce en cada una de las áreas, encontrando documentos archivados de manera desorganizada, AZ con exceso de documentos que no permiten realizar consultas, archivo de historias clínicas sin depurar, etc.

Con lo anterior se infringe lo consagrado en los artículos 1 y 2 de la Ley 87 de 1993 y en la Ley 594 de 2000.

Este componente obtuvo una calificación de 3.8.

3.2.2.2.3 Sistemas de Información.

3.2.2.2.3.1. Los sistemas de información implementados no facilitan en un 100% el control de gestión de los procesos, la entidad no cuenta con sistematización y clasificación de la correspondencia de manera organizada, igualmente la oficina de radicación de correspondencia no ofrece fácil acceso ni señalización, incumpliendo el literal h) del artículo 4 de la Ley 87 de 1993, el artículo 36 de la Ley 489 de 1998 y el artículo 93 de la Ley 715 de 2001.

Este componente obtuvo una calificación de 3.7.

3.2.2.3 Comunicación pública.

3.2.2.3.1 Comunicación Organizacional.

La entidad ha implementado la difusión de políticas e información con el fin de contribuir al fortalecimiento de la imagen institucional. Los canales de comunicación entre la Dirección y las diferentes áreas se encuentran establecidos a través del manual de identidad corporativa; sin embargo la retroalimentación no ha sido efectiva, al notar desconocimiento por parte de los funcionarios, no existe en la entidad una política de coordinación permanente entre los procesos, no se evalúa la confiabilidad de la información, es así como durante el proceso auditor hubo necesidad de corroborar varios datos de manera permanente, no hay retroalimentación oportuna de la información presentada

Este componente obtuvo una calificación de 3.5

3.2.2.3.2 Comunicación informativa.

La entidad no comunica a la ciudadanía los avances de gestión; programas, servicios, obras, o administración de recursos, no propicia la participación ciudadana en la formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión, no se cuenta con asociación de usuarios, situación que se contempla en la evaluación de Acciones Ciudadanas de esta auditoría; no se registra reuniones con veedurías, a pesar de que éste cuenta con pagina Web, no es actualizada en algunos parámetros, como por ejemplo los tramites de servicios incumpliendo la Ley 962 de 2005, la divulgación de formularios de formalización de la prestación de los servicios y el listado de funcionarios.

Este componente obtuvo una calificación de 3.1

3.2.2.3.3 Medios de Comunicación.

3.2.2.3.3.1 La entidad utiliza como medio de comunicación hacia la ciudadanía, las carteleras, comunicados, folletos, líneas de atención telefónica. Sin que esta se aplique como una política de comunicación, a pesar de que cuentan con manual corporativo. La información de carteleras no es actualizada, en ocasiones no contemplan publicaciones de interés para la ciudadanía de forma clara. Incumpliendo el artículo 4 de la Ley 87 de 1993 y el artículo 79 de la Ley 190 de 1995.

Este componente obtuvo una calificación de 2.8

3.2.3. Control De Evaluación.

Este subsistema obtuvo una calificación de 3.5, siendo este valor REGULAR, con incidencia de RIESGO MEDIO, este agrupa los parámetros que garantizan la valoración permanente de los resultados de la entidad, a través de sus diferentes mecanismos de verificación y evaluación.

3.2.3.1. Autoevaluación.

3.2.3.1.1 Autoevaluación de control.

Las políticas trazadas permiten la medición del desempeño de los procesos, cada área cuenta con procesos diseñados, sin embargo, no se da el cumplimiento en un 100% y en ocasiones no son efectivos para desarrollar las funciones y alcanzar los objetivos y metas; como es el caso del área de atención al usuario, donde se requiere la implementación de controles e identificación de riesgos permanentes. Por otra parte las fallas encontradas en comunicación organizacional no permiten que se apliquen correctivos conjuntamente.

Este componente obtuvo una calificación de 3.7

3.2.3.1.2 Autoevaluación de gestión.

Las desviaciones observadas son contempladas en planes de mejoramiento por área; sin embargo hace falta el seguimiento al cumplimiento de los mismos.

Este componente obtuvo una calificación de 3.4

3.2.3.2. Evaluación Independiente.

3.2.3.2.1 Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno.

El hospital cuenta con una oficina de Control Interno como instancia asesora de la administración, cuya función específica es la evaluación del control en forma independiente acorde con lo estipulado en la ley 87 de 1993. Esta a su vez realiza las recomendaciones necesarias como resultado de las auditorías aplicadas, las cuales son analizadas con cada una de las áreas. Esta oficina no realiza evaluaciones periódicas a los resultados de auditorías realizadas.

Este componente obtuvo una calificación de 3.8.

3.2.3.2.2 Auditoria Interna.

Este componente obtuvo una calificación de 3.6. La entidad cuenta con plan anual de auditoría aprobado mediante acta No. 1 de 2009 del Comité de Control Interno.

3.2.3.2.2.1. La oficina de control interno no realiza seguimiento a la elaboración y puesta en marcha de planes de mejoramiento, con el fin de subsanar los hallazgos encontrados y de verificar el logro y efectividad de las acciones correctivas o preventivas establecidas en cada una de las áreas; es así que como resultado de auditorías internas realizadas a la oficina de Talento Humano en el año 2009, se evidenciaron hallazgos que no se han contemplado en plan de mejoramiento y que continúan presentándose en el desarrollo de esta auditoría, incumpliendo lo estipulado en los literal d), e), f) y g) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.2.3.2.2.2. Igualmente se evidenció que la entidad no dio cumplimiento a la Resolución interna No 56 de 2006, al no actualizar las tarifas de parqueaderos aprobadas para los funcionarios, lo que genera un posible detrimento patrimonial, pues la entidad dejo de percibir dineros por este concepto como se contempla en la siguiente relación:

CUADRO 9
TARIFAS PARQUEADERO HOSPITAL SANTA CLARA

RANGO SALARIAL	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
\$680.000 - \$1.100.000	\$ 9.500	\$ 9.926	\$ 10.490	\$ 11.295
\$1.100.001- \$ 2.000.000	\$ 22.000	\$ 22.986	\$ 24.293	\$ 26.157
\$2.000.000- \$ 6.000.000	\$ 26.375	\$ 27.557	\$ 29.125	\$ 31.358

Fuente: Resolución 056 de 2006, IPC años 2006,2007 y 2008.

CUADRO 10
INGRESOS DEJADOS DE PERCIBIR POR CONCEPTO DE PARQUEADERO HSC

PERSONAL	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	TOTAL
Contratista Prestación de Servicio	\$ 353,405	\$ 3,851,626	\$ 6,954,189	\$ 11,159,220
Planta	\$ 1,032,544	\$ 2,364,208	\$ 2,764,356	\$ 6,161,108
TOTAL				\$ 17,320,328

Fuente: Oficina de Talento Humano - Resolución 056 de 2006

Es decir, con la gestión adelantada por el Hospital Santa Clara, al no dar cumplimiento a la Resolución interna No 56 de 2006, se ocasionó un presunto detrimento al patrimonio público en cuantía de DIEZ Y SIETE MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS MONEDA



LEGAL (\$17.320.328), de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y lo consagrado en el artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

3.2.3.3. Planes de Mejoramiento.

3.2.3.3.1 Plan de Mejoramiento Institucional.

La entidad cuenta no cuenta con plan de mejoramiento institucional que consolida los hallazgos encontrados en auditorías internas y en auditorias del órgano de control Contraloría de Bogotá. Los planes de mejoramiento presentados por área son elaborados como resultado de las auditorías internas de la oficina de Garantía y Calidad y de la oficina de Control Interno. No existe responsable de la consolidación de los planes de mejoramiento, no se realiza seguimiento periódico al cumplimiento de las acciones a ejecutar de acuerdo al plan.

Este componente obtuvo una calificación de 3.7.

3.2.3.3.2 Plan de Mejoramiento por Procesos.

Los procesos cuentan con planes de mejoramiento como resultado de las evaluaciones periódicas, estos planes han sido concertados con cada una de las áreas, sin embargo, éste no se ha consolidado como se menciona en el ítem anterior; de igual manera los responsables directos de los procesos no identifican la existencia de estos planes como tal.

Este componente obtuvo una calificación de 3.8

3.2.3.3.3 Plan de Mejoramiento Individual.

La entidad no cuenta con planes de mejoramiento individualizados, como resultado de la evaluación de desempeño, se tiene una matriz de acciones de mejoramiento individual, sin que estas contemplen metas e indicadores para su respectivo seguimiento.

Este componente obtuvo una calificación de 2.4

3.2.4 .Evaluación Implementación De La Norma Técnica NTCGP 1000 2004.

En la implementación del Sistema de Gestión de Calidad el hospital ha desarrollado la metodología de implementación de norma en concordancia con la implementación de MECI, bajo la aplicación de Decreto 4295 del 2004 por el que gobierno adecua la norma NTGP 1000 para las entidades de servicio de salud por

el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

En concordancia con lo anterior se dispuso hacer la verificación en los cuatro (4) ejes fundamentales que dicta el mencionado decreto: Sistema único de Habilitación, Sistema de Información para la calidad, Plan de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad y Sistema único de Acreditación.

3.2.4.1 Sistema Único de Habilitación

La entidad aplica los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Protección Social, los cuales a la fecha están siendo objeto de auditoría y mejoramiento continuo por parte de la Secretaría Distrital de Salud.

La entidad cumple con las condiciones de capacidad técnico administrativa, cuenta con representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica, así como con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Por otra parte la Entidad presenta el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la Secretaría Distrital de Salud correspondientes a los servicios ofertados; actualmente se está determinando novedades con relación a servicios nuevos. A través de dicho formulario, se declara el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el decreto 1011 del 2006, es importante destacar que previo a este procedimiento se han hecho una autoevaluación de cumplimiento de las condiciones para habilitación, de esto se puede dar fe con distintivos de habilitación de cada uno de los servicios declarados y ofertados.

3.2.4.2 Sistemas de Información para la Calidad

La entidad tiene como referencia la Circular 030 del 2006 la cual describe las instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud en la Institución.

También cuenta con la circular 056 del 2009 con los indicadores de alerta temprana que tiene como fin revisar y analizar las variables de oportunidad y calidad en la atención y prestación de los servicios de salud a fin de identificar en forma inmediata las falencias o problemas que resulten y en consecuencia formular la aplicación de correcciones y soluciones oportunas.

3.2.4.3 Plan de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud

Para todos los efectos de esta verificación debe entenderse que la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoria Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993.

El Hospital Santa Clara estableció un Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, basado en los procesos de Auto evaluación del proceso de atención en salud y el proceso de atención al Usuario, sin embargo la implementación el enfoque se da en algunas áreas principales y no se ha desplegado a todos los clientes internos y externos.

En el componente de resultado los datos presentados por los procesos son parciales por algunos servicios no se muestran tendencias ni desempeño de los procesos; aunque están definidos los indicadores asistenciales

En cada uno de los grupos estándares se plantearon oportunidades de mejoras las cuales no tienen un seguimiento permanente por parte de los responsables.

3.2.4.4 Sistema único de Acreditación

El hospital Santa Clara ESE forma parte de los 105 hospitales que fue seleccionado por el Ministerio de la protección social, para realizar acompañamiento en el proceso de Acreditación.

Este acompañamiento lo realizó por medio de la firma asesora Unión Temporal Proyecto Calidad, con ellos se elaboró un cronograma de reuniones hasta el mes de diciembre/09, en donde se verificaron semanalmente los avances de las acciones de mejoramiento de los estándares asistenciales y los de apoyo, los cuales surgieron como resultado de la autoevaluación y de la priorización de los procesos de acuerdo al riesgo, costo y volumen.

El hospital aplica los preceptos contemplados en la ley 872 de 2003 -NTGP 1000:2004 de acuerdo a los cronogramas establecidos. Sin embargo las observaciones realizadas en la evaluación de implementación de MECI aplican como mejoramiento requerido por la entidad en cumplimiento de la norma.

Una vez consolidados los resultados de la evaluación preliminar al sistema de control interno del Hospital Santa Clara Nivel III ESE, éste obtuvo una calificación de 3.5 ubicándolo en un factor de valoración REGULAR con un nivel de riesgo MEDIANO.

CUADRO 11
HOSPITAL SANTA CLARA NIVEL III ESE
RESULTADO APLICACIÓN DE ENCUESTAS EVALUACION MECI

SUBSISTEMAS		COMPONENTES		ELEMENTOS		
1. CONTROL ESTRATÉGICO	3,5	1.1.AMBIENTE DE CONTROL	3,7	Acuerdos, compromisos o Protocolos Éticos	3,6	
				Desarrollo del Talento Humano	3,6	
				Estilos de Dirección	3,8	
		1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	3,8	3,8	Planes y Programas	3,9
					Modelos de Operación por Procesos	3,4
					Estructura Organizacional	4,1
		1.3 ADMINISTRACION DE RIESGOS	3,1	3,1	Contexto estratégico	3,4
					Identificación de Riesgos	3,1
					Análisis de Riesgos	3,1
	Valoración de Riesgos				2,9	
	2. CONTROL DE GESTION	3,5	2.1. ACTIVIDADES DE CONTROL	3,7	Políticas de Administración de riesgos	2,9
					Políticas de Operación	3,4
Procedimientos - Manual de Procedimientos					4,0	
Controles					3,6	
2.2 INFORMACIÓN			3,7	3,7	Indicadores	3,7
					Información Primaria	3,7
					Información Secundaria	3,8
2.3 COMUNICACIÓN PÚBLICA			3,2	3,2	Sistemas de Información	3,7
					Comunicación Organizacional	3,5
					Comunicación Informativa	3,1
					Medios de Comunicación	2,8
3. CONTROL DE EVALUACION	3,5	3.1 AUTOEVALUACION	3,6	Autoevaluación de control	3,7	
				Autoevaluación de Gestión	3,4	
		3.2. EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	3,7	3,7	Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno	3,8
					Auditoria Interna	3,6
		3.3. PLANES DE MEJORAMIENTO	3,3	3,3	Plan de Mejoramiento Institucional	3,7
					Plan de Mejoramiento por Procesos	3,8
			Plan de Mejoramiento Individual	2,4		

Fuente: consolidación aplicación encuesta MECI Tabla de agregación de resultados

3.2.5 Evaluación De Transparencia

La entidad cuenta con página Web, la cual no se actualiza constantemente, su estructura permite una navegación ordenada y rápida por diferentes niveles del sitio Web, en esta página existe un link que permite acceder a la contratación que el Hospital realiza a través de invitaciones públicas. No obstante la contratación directa o por comparación de ofertas no es se puede consultar por este medio. La página contiene información general, normas básicas que regulan la actividad de

la entidad. No contempla listado de funcionarios en donde se indique cargo y teléfono y/o extensión.

Existe en la entidad una oficina de atención al usuario y línea directa, el enlace contáctenos no funciona como tal para el envío de mensajes y/o radicación de peticiones, quejas y reclamos.

El Hospital no cuenta con plan de contratación durante la vigencia auditada.

En materia contractual el Hospital aplica la Resolución 131 de 2008 “Manual de Contratación“. No se identificó en las invitaciones públicas evaluadas la incorporación de términos que permitan dar aplicación a lo consagrado en la Ley 86 de 2003.

De conformidad con lo informado por el Hospital, este no realiza la aplicación, es decir no cumple con lo establecido en el artículo 14 del Decreto 3212 de 2003.

En lo relacionado al mejoramiento de la gestión, el Hospital presenta incumplimiento del 20.8% en la ejecución de acciones de los planes de mejoramientos resultado de auditorias anteriores; de igual manera la tendencia de la modalidad de contratación adelantada por la entidad es directa.

En lo relacionado a Participación Ciudadana, la entidad no ha generado los suficientes espacios que permitan la participación activa de la ciudadanía en el control social y fiscal.

Por lo anterior la entidad obtuvo una calificación de 634 puntos lo que la ubica en nivel medio de riesgo en la transparencia.

3.3 EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES

Con el fin de emitir opinión sobre la razonabilidad de las cifras contenidas en los estados contables presentados por el Hospital Santa Clara III NIVEL E.S.E. con corte a 31 de diciembre 2009, se desarrollaron los procedimientos contemplados en los respectivos programas, para lo cual se aplicaron en forma selectiva técnicas de auditoria, dirigidas a determinar si éstos reflejan los hechos económicos, financieros y sociales en forma oportuna, confiable y útil. De acuerdo a los resultados de la evaluación realizada se observó lo siguiente:

Bancos y corporaciones

Presentó a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$4.926.0 millones, que corresponde a los recursos que poseía el hospital en depósitos en instituciones financieras, así:

CUADRO 12
DEPOSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS
SALDOS 31-12-09

(Cifras en \$millones)

DETALLE	CUENTA No	SALDO A 31-12-09
Banco de Bogotá	10256419-2	600.2
TOTAL CTA CTE		600.2
Banco de Bogotá	10254590-2	1.074.6
Banco de Bogotá	10233509-8	3.251.2
TOTAL CTA AHORROS		4.325.8
TOTAL BANCOS Y CORPOR.		4.926.0

Fuente: Estados Contables Hospital Santa Clara a 31 de diciembre de 2009

Esta cuenta se conformó con depósitos en el Banco de Bogotá sucursal Avenida 1 en una (1) cuenta corriente y dos (2) cuentas de ahorro. El saldo del disponible con destinación específica a diciembre 31 de 2009 ascendió a \$3.126 millones incluyendo \$2.000 millones de la adición del Convenio interadministrativo de cooperación técnica No.1064-2009 y los rendimientos generados por los depósitos de destinación específica.

Las conciliaciones bancarias no presentaron partidas conciliatorias de elevada antigüedad, dichas partidas pertenecen al giro normal de las operaciones.

El saldo mostrado en esta cuenta se considera razonable.

Deudores

El Hospital Santa Clara presentó a 31 de diciembre de 2009 en el rubro de Deudores un saldo de \$31.377.4 millones, el cual se encuentra conformado por las cuentas de Servicios de salud (\$29.631.5 millones), Avances y anticipos entregados (\$3.9 millones), Depósitos entregados (\$813.3 millones), Otros deudores (\$928.7 millones), Deudas de difícil recaudo (\$7.614.5 millones) y Provisión para deudores (-\$7.614.5 millones).

El saldo de la cartera ascendió a \$34.246.0 millones incluyendo las deudas de difícil recaudo y se encuentra conformada de la siguiente manera:

CUADRO 13
DEUDORES – SERVICIOS DE SALUD
A 31 DE DICIEMBRE DE 2009

(Cifras en millones de \$)

CODIGO	DETALLE	SALDO A 31-12-09
140901	Plan obligatorio de salud EPS	2.091.4
140903	Plan Subsidiado – EPS	12.221.4
140904	servicios de salud-ips privada	599.4
140905	Plan Complementario Emp.	6.4
140906	Servicios de salud – CCIAS Aseguradoras	460.1
140907	Servicios de salud particulares	33.8
140909	Servicios de salud IPS públicas	230.9
140910	Servicios de salud – Entidades con régimen especial	66.6
140911	Atención con cargo al subsidio a la oferta	11.959.1
140912	Riesgo profesional – ARP	18.8
140913	Cuota de recuperación - Vinculados	1.205.5
140915	Reclamaciones Fosyga	608.4
140916	Convenios Fosyga - Desplazados	129.7
140900	SUBTOTAL SERVICIOS DE SALUD	29.631.5
147511	Servicios de salud	7.614.5
147500	SUBTOTAL DEUDAS DE DIFICIL RECAUDO	7.614.5
	TOTAL CARTERA	34.246.0

Fuente: Estados contables Hospital Santa Clara 31 de diciembre de 2009

El saldo de la cuenta Servicios de salud ascendió a 31 de diciembre de 2009 a \$29.631.5 millones, mostrando un incremento de \$9.070.6 millones con relación al saldo presentado a 31 de diciembre de 2008 de \$20.560.9 millones, equivalente al 44.12 %. Dicho incremento se originó principalmente por el aumento presentado en los ingresos por servicios prestados durante la vigencia 2009. Las Deudas de Difícil Recaudo ascendieron a \$7.614.5 millones, mostrando un incremento de \$674.7 millones equivalente al 9.72% con relación al saldo presentado a 31 de diciembre de 2008, el cual ascendió a \$6.937.8 millones.

El mayor deudor es el Fondo Financiero Distrital de Salud, con un saldo de \$10.365.4 millones, de los cuales \$8.020.8 millones corresponden a la subcuenta de Atención con cargo al subsidio a la oferta y \$2.344.6 millones a la cuenta Deudas de Difícil Recaudo.

3.3.1. El saldo total de cartera a 31 de diciembre de 2009 de \$34.246.0 millones incluyó facturación glosada y saldos de deudores con una antigüedad entre 181 y 360 días por valor \$9.849.9 millones y superior a 360 días de \$ 7.614.5 millones que equivalen al 28.76% y 22.23% del total de la misma, mostrando un recaudo no oportuno de cartera y falta de depuración de los registros contables, generando

incertidumbre en el saldo de esta cuenta, por el posible no reconocimiento de la totalidad de lo facturado y el riesgo debido a su antigüedad de convertirse en derechos inciertos para la entidad, contraviniendo lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública, numeral 7 Características cualitativas de la información contable pública.

3.3.2. El saldo presentado en la cuenta Deudas de Difícil recaudo por valor de \$7.614.5 millones es el resultado del análisis realizado por el área de cartera a cada uno de los pagadores. Sin embargo, esta política y práctica contable relacionada con los métodos de carácter específico que utiliza la entidad para determinar el riesgo de incobrabilidad de cartera y así proceder a reclasificar de la cuenta deudora principal a la cuenta 1475 Deudas de difícil recaudo, no se encuentra documentada en el Manual de procedimientos contables del Hospital. Lo que conlleva a que el valor determinado no se ha el producto de una política contable adoptada por la entidad, si no el producto de una apreciación subjetiva, originando que se presente incertidumbre sobre el saldo presentado en esta cuenta, contraviniendo lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública, numerales 103, 106, 113 de las Características cualitativas de la información contable pública, relacionados respectivamente con la confiabilidad, verificabilidad y consistencia.

3.3.3. Los derechos respaldados por pagarés presentan a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$3.374.8 millones. Saldo que incluye cifras de vigencias anteriores, al respecto se observa una mínima recuperación de estos valores y la no realización del respectivo castigo contable, teniendo en cuenta que la entidad presenta las correspondiente matriz de los títulos valores que ha pesar de la gestión realizada no se pudieron hacer efectivos.

Lo anterior incide en la presentación de saldos no respaldados por derechos ciertos, generando incertidumbre en los valores reflejados en este rubro, incumpliendo lo establecido en la Resolución 357 del 23 de julio de 2008 de la Contaduría General de la Nación al no efectuarse oportunamente las gestiones administrativas necesarias para depurar las cifras y demás datos contenidos en los estados, informes y reportes contables, de tal forma que éstos cumplan las características cualitativas de confiabilidad, relevancia y comprensibilidad de que trata el marco conceptual del Plan General de Contabilidad Pública.

3.3.4 Provisión

La cuenta de Provisión para deudores, presenta a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$7.614.5 millones, producto de provisionar el ciento por ciento del saldo presentado en las cuenta Deudas de Difícil Recaudo. Dicho saldo no es el

resultado de una evaluación técnica que permita determinar la contingencia de pérdida o riesgo por la eventual insolvencia del deudor, además de aspectos legales que originan el derecho. Así mismo no se puede comprobar que dicha información sea consistente con los criterios que orienta su elaboración, al no existir documentados los criterios de reconocimiento, registro y revelación de los métodos de provisión con sus respectivos porcentajes adoptados por la entidad.

Lo anterior contraviene lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública, numerales 103, 106, 113 de las Características cualitativas de la información contable pública, relacionados respectivamente con la confiabilidad, verificabilidad y consistencia y numeral 9.1.1.3, párrafo tercero.

Glosas

3.3.5 Durante la vigencia 2009 se glosó y devolvió facturación por valor de \$8.350.9 millones, glosa que fue registrada en el aplicativo y remitida al área de auditoría médica para su estudio y respuesta. Así mismo, la entidad realizó cinco (5) Actas de Comité Técnico de glosas en las cuales se analizaron las matrices de glosas aceptadas, presentadas por el área de auditoría médica de cuentas, para los periodos enero-diciembre de 2008, I y II semestre de 2009, realizándose además seguimiento a los compromisos del comité realizado el 23 de febrero de 2009.

Por lo anterior el comité remitió a la Oficina de Control Interno disciplinario, las siguientes glosas: En marzo 30 de 2009, 93 glosas por valor de \$13.024.310 y en diciembre 28 de 2009, 109 glosas por valor de \$3.107.851.

La Oficina de Control Interno, presentó doce (12) expedientes con fechas que van desde noviembre de 2007 a enero de 2010, por valor total de \$563.1 millones, los cuales se encuentran en su totalidad en la etapa de pruebas y por lo tanto no se identifican responsables, incidiendo en que los registros contables muestren en cuentas de Orden \$486.4 millones clasificados como responsables por identificar por glosa a cargo del Hospital Santa Clara, contraviniendo lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública, numeral 7 Características cualitativas de la información contable pública.

Al cierre de la vigencia figuran registradas contablemente glosas por tramitar en cuantía de \$2.809 millones y como glosas definitivas \$972.5 millones.

Materiales para la prestación de servicios

La cuenta de Materiales para la prestación de servicios presentó a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$2.076.2 millones.

El 11 de septiembre de 2009, se realizó la toma física de inventario de las farmacias central, de urgencias y de consulta externa, arrojando faltantes por \$31.5 millones y sobrantes por \$62.0 millones. Posteriormente la química farmacéutica entregó al comité de inventarios el informe de las compensaciones de faltantes y sobrantes, proceso avalado por la Subdirección científica.

Los días 12 y 13 de noviembre se realizó la toma física de inventarios al área de almacén, arrojando un inventario físico que ascendió a \$1.151.4 millones, con un faltante de \$0.2 millones y un sobrante de \$3.2 millones; no se presentaron medicamentos e insumos hospitalarios vencidos. Los sobrantes y faltantes fueron ajustados en el sistema.

Adquisición de bienes y servicios nacionales

El saldo de la cuenta Adquisición de bienes y servicios nacionales presentó a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$17.783.5 millones, mostrando un incremento de \$3.765.6 millones con relación al saldo presentado a 31 de diciembre de 2008 de \$14.017.9 millones, equivalente al 26.86 %. Se presentan deudas por pagar con una antigüedad entre 181 y 360 días por valor de \$2.684.9 millones y superiores a 360 días por valor de \$4.514.5 millones.

Acreedores

El saldo de la cuenta Acreedores ascendió a 31 de diciembre de 2009 a \$923.5 millones y corresponde a deudas del Hospital por diferentes conceptos como: Servicios públicos, seguros, aportes seguridad social y aportes parafiscales, entre otros.

Se destaca la subcuenta 242513 Saldos a Favor de Beneficiarios por valor de \$73.2 millones, que corresponde a dineros recibidos por el hospital por un servicio no prestado o a un mayor abonado a la cuenta del usuario.

Si bien es cierto existe un procedimiento de devolución de estos dineros. Este se inicia solamente cuando se presenta el usuario y solicita la devolución del dinero.

Así mismo se examinaron las declaraciones mensuales de retención en la fuente y las bimensuales de retenciones por concepto de industria y comercio encontrando que estas fueron presentadas y canceladas oportunamente; por lo tanto no se originaron sanciones ni el pago de intereses de mora.

Provisión para contingencias

El saldo de la cuenta Provisión para contingencias ascendió a 31 de diciembre de 2009 a \$1.938.1 millones y corresponde a bienes y servicios adquiridos por el Hospital, los cuales no fueron facturados por los proveedores oportunamente, dentro de estos se destacan servicios públicos, arrendamientos y suministro de oxígeno.

El saldo presentado en esta cuenta se considera razonable ya que se dio cumplimiento al principio de causación contable de costos y gastos dentro del periodo en que efectivamente se realizaron.

Estado de actividad financiera, económica y social

El Hospital Santa Clara presentó a 31 de diciembre de 2009 ingresos que ascendieron a \$71.570.9 millones, mostrando un incremento de \$14.1 millones equivalentes al 25% con relación al saldo presentado a 31 de diciembre de 2008 por valor De \$57.452.3 millones.

La anterior diferencia se originó principalmente por el incremento de los ingresos por venta de servicios de salud.

El rubro de Otros Ingresos ascendió a \$795.8 millones, mostrando una disminución de \$1.219.7 millones que equivalen al 60.52% del saldo presentado a 31 de diciembre de 2008 por valor de \$2.015.5 millones, dentro de esta cuenta se destaca el rubro de ingresos financieros por valor de \$33.6 millones que corresponde a rendimientos generados en las cuentas de ahorro que maneja el Hospital.

El Hospital a 31 de diciembre de 2009 registro gastos operacionales que ascendieron a \$15.226.9 millones mostrando un incremento de \$217.9 millones, equivalentes al 1.45% del saldo presentado por el mismo concepto a 31 de diciembre de 2008, por valor de \$15.009.0 millones. Dentro de estos gastos se destaca el rubro de Provisión para deudores, por valor de \$2.769.5 millones, mostrando una disminución de \$1.483.9 millones que corresponde al 34.89% del saldo presentado por este mismo concepto a 31 de diciembre de 2008, por valor de \$4.253.4 millones.

La entidad presentó costos durante la vigencia 2009 que ascendieron a \$56.298.5 millones que comparados con los presentados durante la vigencia 2008 por valor de \$44.035.6 millones mostraron un incremento de \$12.262.5 millones, equivalentes 27.85%.

Para la vigencia 2009 el hospital presentó un excedente del ejercicio de \$335.7 millones, mostrando un incremento de \$3.701.8 millones con relación al resultado de la vigencia 2008, la cual presentó un déficit de \$3.366.1 millones.

En nuestra opinión, excepto por lo expresado en los párrafos anteriores, los estados contables, **presentan razonablemente** en todos los aspectos importantes, la situación financiera del Hospital Santa Clara III Nivel E.S.E. a 31 de diciembre de 2009, los resultados de las operaciones por el año que terminó en esta fecha, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente aceptadas y principios de contabilidad prescritos por la Contaduría General de la Nación.

3.3.6 Control interno contable

Como resultado de la evaluación al control interno contable se observó que la entidad cuenta formalmente con un área contable y financiera como lo establece el artículo 5 de ley 298 de 2000.

Utiliza para el manejo de la información financiera el Sistema Clínico Suite, dicha información es alimentada a través de interfases de los diferentes módulos administrativos como facturación, suministros, activos fijos, cartera, tesorería, nómina, cuentas por pagar, presupuesto y costos, los soportes documentales son de archivo, custodia y responsabilidad de cada área que procesa la interfase.

El Hospital tiene definidos manuales y procedimientos, aplica el Régimen de Contabilidad Pública vigente, lleva libros oficiales los cuales son generados de manera mensual, la custodia de estos con sus respectivos soportes se encuentra a cargo del área de contabilidad,. Así mismo, realiza conciliaciones de operaciones recíprocas y conciliaciones bancarias mensuales, calcula la depreciación en forma individual, empleando el método de línea recta.

En cuanto a la cuenta Inventario de medicamentos y medicoquirúrgicos, se realizó la toma física tanto en el almacén como en las farmacias del hospital y estos fueron actualizados con contabilidad.

Se cuenta con controles adecuados para el manejo de los grupos del patrimonio.

En cuanto a los ingresos y gastos se registran oportunamente en la vigencia a la cual corresponden y están adecuadamente soportados.

Sin embargo, se detectaron las siguientes observaciones:

3.3.6.1 Se presentan títulos valores de vigencias anteriores, cuya acción de cobro ya prescribió, como gestión se observa que en diciembre de 2009 el área de cobro prejurídico presentó al Comité Técnico de Sostenibilidad Contable, una matriz con la información de títulos valores de las vigencias 2002 y 2003, los cuales no fue posible hacer efectivos a pesar de la gestión de cobro realizada.

La gestión realizada por la Administración no fue suficiente, ya que estas partidas continúan reflejándose en los estados contables incumpliendo lo establecido en la Resolución 357 del 23 de julio de 2008, Numeral 3.1. de la Contaduría General de la Nación al no efectuar todas las veces que sea necesario las gestiones administrativas para depurar las cifras y demás datos contenidos en los estados, informes y reportes contables, de tal forma que éstos cumplan las características cualitativas de confiabilidad, relevancia y comprensibilidad de que trata el marco conceptual del Plan General de Contabilidad Pública y la Ley 87 de 1993, artículo 2, literales e) y f).

3.3.6.2 A pesar de contar la entidad con un manual de procedimientos contables, el Hospital no presenta documentadas las políticas y prácticas relacionadas con los métodos de carácter específico que utiliza la entidad para determinar el riesgo de incobrabilidad de cartera y así proceder a reclasificar de la cuenta deudora principal a la cuenta 1475 Deudas de difícil recaudo. Así mismo, no se documentan los criterios de reconocimiento, registro y revelación de los métodos de provisión con sus respectivos porcentajes, contraviniendo lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública, numeral 7 Características cualitativas de la información contable pública y Ley 87 de 1993, artículo 2, literales e) y g).

3.3.6.3 El procedimiento adoptado en noviembre de 2009 para el registro y control de glosas no cuenta con puntos de control en los tiempos de respuesta de estas, dejando entrever que este no está ajustado a la normatividad aplicable, incumpliendo lo normado en el Decreto 3260 de 2004, artículo 9 y Decreto 4747 de 2007, artículos 23 y 24 y Ley 87 de 1993, literales f) y g).

3.3.6.4 La Oficina de Control Interno Disciplinario presenta doce (12) expedientes de procesos disciplinarios por glosas definitivas, desde noviembre de 2007 a enero de 2010 por valor de \$563.067.183, los cuales se encuentran en su totalidad en la etapa de pruebas, mostrando que no se ha realizado una adecuada gestión contraviniendo lo establecido en la ley 87 de 1993, artículo 2, literales a) y f).

3.3.6.5 Se presenta dificultad en la organización de la documentación de vigencias anteriores, debido a que no el área de contabilidad no cuenta con el espacio suficiente para su adecuado archivo. Contraviniendo lo establecido en la Ley 594 de 2000, Título XI Conservación de documentos.

Como consecuencia de lo anterior se concluye que el sistema de control interno contable adoptado por el Hospital Santa Clara **presenta debilidades** que requieren fortalecerse en los puntos anteriormente descritos para garantizar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información se realicen de acuerdo a la normatividad vigente.

3.3.7 INDICADORES FINANCIEROS

Prueba Acida o corriente disponible

Es uno de los indicadores financieros que nos permite determinar el índice de liquidez de una empresa, indica la capacidad que tiene la empresa para cumplir con sus obligaciones financieras, deudas o pasivos a corto plazo.

A 31 de diciembre de 2009, el Hospital contó con \$1.04 para cubrir cada \$1 adeudado a corto plazo, relación que a pesar de considerarse adecuada es menor a la presentada en la misma fecha de corte en la vigencia 2008, la cual fue de \$1.13.

Se observa, que este indicador no es del todo confiable, porque como se concluyó en el análisis del rubro de deudores, la cartera presentó deudas con elevada antigüedad e incluyó facturación glosada generándose incertidumbre en el saldo presentado por el posible no reconocimiento de la totalidad de lo facturado. Es decir, no se genera un flujo de efectivo que respalde el pago de los compromisos a corto plazo en la proporción dada por este indicador financiero.

El hospital cuenta con una capacidad de 1.04, para cubrir sus pasivos a corto plazo sin tener que recurrir a la venta de su activos, de acuerdo al resultado arrojado en el indicador de prueba acida o corriente disponible

Con relación al manejo de la venta de sus servicios para generar utilidades el indicador denominado margen bruto de rentabilidad o rentabilidad bruta presento un margen de rentabilidad del 24%, es decir que los ingresos generados por el Hospital producen una rentabilidad del 24% sin tener en cuenta los gastos de administración.

Endeudamiento total

Refleja el grado de apalancamiento que corresponde a la participación de los acreedores en los activos de la empresa. Mientras mas alto sea el porcentaje mayor es el apalancamiento financiero de la empresa.

El Hospital presenta un grado de apalancamiento del 43%, es decir la entidad esta financiada por terceros en este porcentaje.

3.4 EVALUACIÓN AL PRESUPUESTO

3.4.1 Presupuesto

La Junta Directiva del Hospital Santa Clara III Nivel de Atención E.S.E., con el Acuerdo No. 135 del 27 de Noviembre de 2008, emitió concepto favorable al Proyecto de Presupuesto de Rentas e Ingresos y de Gastos e Inversiones para la vigencia fiscal 2009, por valor de \$58.910.5 millones, posteriormente, el Gerente de la ESE., con Resolución No. 504 del 31 de Diciembre de 2008, liquida el presupuesto de Rentas e ingresos y de Gastos e inversiones del Hospital, para la vigencia fiscal 2009, previa aprobación del Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal CONFIS, mediante la Resolución No. 015 de 2008.

Analizada la Ejecución de Ingresos y de Gastos e Inversiones del presupuesto para la vigencia fiscal 2009, se identificó que los ingresos del hospital, provienen de la venta de bienes y servicios hospitalarios. Se evidenció que el Hospital elaboró, aprobó y ejecutó el presupuesto de conformidad con lo normado por el régimen presupuestal en la Ley Orgánica de Presupuesto, Ley 225 de 1995 en su artículo 11 y en el Decreto 111 de 1996 artículo 5º, Decreto 714 de 1996 o estatuto Orgánico de Presupuesto; Decreto 195 del 11 de mayo de 2007, manual de Programación, ejecución y cierre presupuestal, Ley 152 de 1994 ley Orgánica del Plan de desarrollo, entre otras.

Ejecución de ingresos

El presupuesto inicial se estableció en \$58.910.5 millones, representados en ingresos \$58.524.2 millones y disponibilidad inicial \$386.2 millones. Se incorporaron recursos durante la vigencia 2009, por valor de \$28.255.4 millones, lo que refleja que el aforo inicial se incrementó en el 47.96%, para determinar un presupuesto de ingresos definitivo en la vigencia de \$87.166 millones.

Las modificaciones en el presupuesto de ingresos durante la vigencia 2009, arrojaron un valor total de \$28.255.4 millones, representadas en los rubros FFDS – Atención a vinculados con \$13.487.0 millones, por las adiciones en los meses de julio, agosto, noviembre y diciembre, al contrato de vinculados No. 476 de 2007, en la cuenta Régimen Subsidiado – ARS no Capitado, se generó adición por \$6.913.3 millones y en el rubro Convenios de Desempeño Condiciones Estructurales, por valor de \$4.770.0 millones (en los meses de marzo y octubre), el hospital suscribió el Convenio Interadministrativo No. 1064 de 2008, con el objeto

de “Desarrollar acciones necesarias para el mejoramiento de la planta física y dotación con el fin de fortalecer la oferta pública de servicios de salud”.

Igualmente, se realizaron adiciones en las cuentas Régimen Contributivo – EPS por valor de \$217.0 millones, Eventos Catastróficos y accidentes de tránsito – ECAT por \$487.0 millones, Cuotas de recuperación y copagos \$77.0 millones, Fondo de Desarrollo Local \$45.7 millones, Otros pagadores por venta de servicios \$2.436.5 millones y Otros Ingresos no Tributarios por \$3.9 millones, (en los meses de noviembre y diciembre).

En el plan financiero proyectado para la vigencia 2009, se establecieron ingresos como disponibilidad inicial de tesorería por \$386.2 millones y al cierre de la vigencia 2008, se constituyó como disponibilidad de tesorería \$204.0 millones, lo que dio lugar a que se realizara una reducción en el presupuesto de \$182.2 millones, para ajustarlo frente a los ingresos reales constituidos al cierre de la vigencia 2008.

Se sustituyeron Fuentes en el Presupuesto de Ingresos por \$\$199.6 millones, ya que se cumplió la meta presupuestal de las cuentas FFDS-Vinculados, Fondo de Desarrollo Local y Otros Ingresos no Tributarios, Estos ingresos sustituyeron el rubro de Régimen Subsidiado EPS-S, por cuanto en esta cuenta no se cumplió con la meta presupuestal.

CUADRO 14
PRESUPUESTO DE INGRESOS HOSPITAL SANTA CLARA VIGENCIA 2009

Millones de pesos

NOMBRE DE LA CUENTA	PRESUPUESTO INICIAL	MODIFICACIONES ACUMULADAS	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECAUDOS ACUMULADOS	% EJEC.
TOTAL DISPONIBILIDAD INICIAL + INGRESOS	58.910.57	28.255.42	87.166	69.646	80%
DISPONIBILIDAD INICIAL	386.28	-182.21	204	204	100.00%
INGRESOS	58.524.29	28.437.64	86.961.93	69.441.99	79.85%
INGRESOS CORRIENTES	58.481.10	28.437.64	86.918.74	69.309.47	79.74%
RECURSOS DE CAPITAL	43.18		43.18	132.52	306.90%

Fuente: Ejecución presupuestal de ingresos vigencia 2009. SIVICOF. Hospital Santa Clara III N.A.

En la evaluación a la ejecución activa se consideró el 20% de la venta de bienes, servicios y productos, de los rubros FFDS- Atención a vinculados con un

presupuesto definitivo de \$37.909.8 millones y Régimen Subsidiado EPS no Capitado por \$17.106.22 millones.

Los ingresos relacionados en el presupuesto definitivo por valor de \$86.961.93 millones, presentaron la mayor participación con un 93.51%, por la venta de servicios de salud reflejados en \$81.320.12 millones; las cuentas en orden de participación con asignación de recursos por este rubro fueron:

FFDS-Atención a Vinculados por \$37.909.88 millones, el 43.49%, del total de los ingresos del período, Régimen Subsidiado – ARS no Capitado con \$17.106.22 millones, con el 19.62%, las Cuentas por Cobrar por Venta de Servicios registran un valor de \$11.741.86 millones, el 13.46% y la cuenta Otras Rentas Contractuales con \$5.594.48 millones el 6.42%, Otros Pagadores por Venta de Servicios por valor de \$3.879.87 millones, con el 4.45%, el FFDS – Venta de Servicios sin Situación de Fondos \$2.686.62 millones, que representa el 3.08% del total de los ingresos destinados; para el Régimen Contributivo – EPS, se destinó el 2.69% y para las Cuotas de Recuperación y copagos el 2.74%.

Con relación al nivel de participación de las cuentas presupuestales frente al recaudo acumulado de los ingresos durante la vigencia 2009, se destaca la cuenta FFDS-Atención a Vinculados, con el 54.43%, \$37.909.8 millones, seguido del rubro Régimen Subsidiado – ARS no Capitado con \$8.600.4 millones, el 12.35% y las Cuentas por Cobrar Venta de Servicios representan el 12.32%, (\$8.581.3 millones).

El rubro Régimen Subsidiado (ARS), participó dentro del total de los ingresos frente al recaudo acumulado con el 6.45%, (\$4.840.0 millones), seguido de Convenios de Desempeño Condiciones Estructurales con \$4.770.0 millones, el 6.85% y por último FFDS – Venta de Servicios sin Situación de Fondos, participó con el 3.86% (\$2.686.6 millones).

CUADRO 15
NIVEL DE PARTICIPACION DE LAS CUENTAS
EJECUCION DE INGRESOS
VIGENCIA 2009

Millones de pesos

NOMBRE DE LA CUENTA	PRESUPUESTO DEFINITIVO	% PARTICIPACION	RECAUDOS ACUMULADOS	% PARTICIPACION
TOTAL DISPONIBILIDAD INICIAL + INGRESOS	87.165.9	100	69.646.0	100
INGRESOS	86.961.9	100	69.441.99	100

NOMBRE DE LA CUENTA	PRESUPUESTO DEFINITIVO	% PARTICIPACION	RECAUDOS ACUMULADOS	% PARTICIPACION
INGRESOS CORRIENTES	86.918.7	100	69.309.47	100
Venta de servicios	81.320.1	93.51	64.535.32	99.51
FFDS-Atención a Vinculados	37.909.8	43.49	37.909.88	54.43
FFDS – Venta de Servicios sin Situación de Fondos	2.686.6	3.08	2.686.6	3.86
Régimen Subsidiado – ARS no Capitado	17.106.22	19.62	8.600.4	12.35
Cuentas por Cobrar Venta de Servicios	11.741.86	13.47	8.581.3	12.32
Fondo Financiero Distrital de Salud	3.700.0	4.24	1.897.97	2.73
Régimen Subsidiado (ARS)	5.300.84	6.08	4.840.0	6.45
Otras Rentas Contractuales	5.594.48	6.42	4.770.0	6.85
Convenios de Desempeño Condiciones Estructurales	4.770.0	5.47	4.770.0	6.85

Fuente: Ejecución presupuestal de Ingresos 31-12-2009. SIVICOF. Hospital Santa Clara.

Durante la vigencia 2009, la ESE, facturó la suma de \$41.824.3 millones, como resultado de la ejecución del contrato celebrado con el FFDS para vinculados No. 476 de 2007, cuyo objeto es *“la compraventa de servicios de salud de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y de las actividades asistenciales definidas en el anexo No. 1, el cual forma parte integral del presente contrato”*. El recaudo de la facturación presentada se estableció en \$37.909.8 millones, de los que cuales \$35.094.0 millones, se constituyeron como techo y por sobretechos \$2.815.8 millones, de este valor, el 93.8% (\$2.641.7 millones), representaron los recaudados por órdenes de tutelas, teniendo en cuenta las pruebas de auditoría efectuadas a los meses de junio y septiembre de 2009.

3.4.1.1. En el informe de gestión, presentado en la cuenta anual de 2009, el hospital reporta un valor de cuentas por cobrar con cargo al rubro de vinculados por \$3.000 millones, correspondientes al 2009 y a otras vigencias, sin embargo, en la ejecución presupuestal de ingresos en el rubro FFDS Atención a Vinculados, el recaudo fue del 100%, en la vigencia 2009, razón por la cual no arrojó ningún saldo por cobrar.

De otra parte, el rubro presupuestal que relaciona saldo por recaudar en la vigencia 2009, es FFDS – otros ingresos con \$1.425.7 millones y cuentas por cobrar venta de servicios FFDS, con \$1.802.0 millones, para un total de cuentas por cobrar del FFDS de la vigencia 2009 y anteriores de \$3.227.7 millones, partiendo del supuesto de que todas las cuentas que conforman estos rubros presupuestales, afectan el rubro de Atención a vinculados. Lo descrito evidencia inconsistencias en la información presentada entre en la ejecución presupuestal de ingresos (\$3.227.7 millones) y el informe de gestión (\$3.000 millones).

En el mismo informe, comentan que *“la facturación por atención a población vinculada a Diciembre 31 fue de \$39.379 millones, neta después descontar la facturación correspondiente de la Venta sin Situación de Fondos con un porcentaje de cumplimiento en el presupuesto del 103.88%, lo que refleja cumplimiento en las metas presupuestales”*, sin embargo, en otro aparte se asevera que se facturaron \$39.399.0 millones, así mismo, en la información suministrada por el hospital a esta oficina, se relacionan \$41.824.3 millones y en el sistema de información de la Contraloría SivicoF se registraron \$42.408.3 millones, en la cuenta anual de la vigencia 2009, en el formato CB 0120 informe sobre facturación. De la evaluación se establece que no se cumple estrictamente con lo estipulado en el artículo 2, literal e), de la Ley 87 de 1.993.

El hospital con el número de radicación 33322 del 10/03/2009, remitió a la Secretaría Distrital de Salud, la cuenta de cobro correspondiente a la facturación generada por la ejecución el contrato Interadministrativo No. 868 de 2008, para la población en situación de desplazamiento forzoso, perteneciente al período del 1 al 31 de enero de 2009, por valor de \$241.5 millones. No obstante, el contrato No. 868 de 2008, tuvo vigencia hasta el 31 de diciembre del 2008, por lo que la SDS-FFDS, recomendó *“que esta cuenta se presentara con cargo al contrato de vinculados No. 476/07, que sí estaba vigente”*.

Por lo anterior, aunque en el contrato No. 476/07, contempla en la cláusula segunda.- Población beneficiaria, numeral 2.3., literal c) *“Población en situación de desplazamiento forzoso por la violencia residentes en Bogotá Distrito Capital certificados por la oficina de acción social de la presidencia de la república”* y la facturación referida se elaboró con cargo al contrato de desplazados 868 de 2008, se denota falta de puntos de control entre las áreas de facturación y contratación, en el manejo de la información frente a los plazos y valores estipulados en el contrato interadministrativo referido.

Además, porque los ingresos producto de la facturación con cargo al contrato de desplazados, se registran en el rubro presupuestal FFDS – Otros Ingresos y no con cargo a la cuenta FFDS – Atención a Vinculados, como lo establece la nueva definición del plan de cuentas presupuestales.

Para el caso de las cuentas por cobrar por la venta de servicios de salud durante la vigencia 2009, se proyectaron en \$11.741.8 millones, de los que se recaudaron \$8.581.3 millones, que representan el 73%, de la meta proyectada. Comparado con la vigencia 2008, cuya meta fue de \$7.697.1 millones con un recaudo de \$6.684.9 millones, que representa el 86.85% del presupuesto definitivo, se establece, que aunque se incrementó el recaudo en la vigencia 2009, en \$1.896.4 millones, la meta también en \$4.044.7 millones, razón por la cual, la planeación frente al recaudo debe proyectarse teniendo en cuenta las metas definidas para cada vigencia

3.4.1.2. Evaluado el rubro Régimen Subsidiado ARS en las Cuentas por cobrar, que presentó una ejecución en el recaudo de \$4.840.0 millones el 91.31%, del presupuesto definitivo para esa cuenta que fue de \$5.300.8 millones, se determinó que el 20% del recaudo aproximadamente, fue producto de los acuerdos de pago efectuados en el mes de abril de 2009, con la Superintendencia Nacional de Salud, el Hospital y algunas EPS, como Mutual Ser, Caprecom, Pijaos, Emdis Salud, Humana Vivir, Solsalud y Salud Cóndor, entre otras.

En el informe de gestión y resultados, el hospital establece que se logró el pago de valores importantes con entidades que fueron reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud, *“en vigencias anteriores y en esta”*, e informa que Caprecom canceló la suma de \$121.0 millones, sin embargo, se evidenció que mediante acta de conciliación del 21/04/2009, celebrada entre la Superintendencia y el Hospital, se recaudaron recursos por valor de \$98.3 millones (según los recibos de tesorería Nos: 5929 del 06/05/2009, 6185 del 22/07/2009 y el 6965 del 19/02/2010), y no por \$121.0 millones.

Igualmente con otros pagadores como Pijaos Salud Epsi, en el informe de gestión se referencian \$50 millones, pero en el acta de conciliación celebrada entre el Pijaos y el Hospital, de las vigencias anteriores al 2009, se recaudaron \$69.9 millones y de las vigencias 2008 y 2009, la suma de \$29.6 millones, para un total recaudado de \$99.5 millones. Por lo tanto se determinó que se presentan inconsistencias en la información, sobretodo en el área de cartera al identificar los conceptos cuando se generan los recaudos, incumpliendo lo establecido en el literal e), artículo 2º, de la Ley 87 de 1993.

En el rubro Régimen Subsidiado – No Capitado, el hospital recaudó \$8.600.4 millones, que representa el 50.28%, de la meta programada establecida en \$17.106.2 millones, en la vigencia 2009.

Los ingresos en orden de participación reflejan que el mayor pagador fue Salud Total EPS con \$1.564.5 millones, el 18.2%, seguido de Unicajas Comfacundi ARS

y Asociación Mutual Ser con el 16,2%; Humana Vivir EPS con \$1.178.0 millones, que representa el 13,7%; Solsalud EPS el 10,4% con \$895,9 millones, Ecoopsos \$869,3 millones el 10,1%; Cafam \$422,1 millones, con el 4,9% y Colsubsidio ARS \$396,6 millones, el 4,6% entre otras.

3.4.1.3. En el informe de gestión enviado por la ESE, en la cuenta anual en Sivicof, el rubro Régimen EPS-S, refleja una ejecución al cierre de la vigencia 2009, de \$17.971 millones, (105.05%), no obstante, evaluados los registros de la ejecución presupuestal de ingresos, se determinó que de un presupuesto definitivo de \$17.106.2 millones, el recaudo fue de \$8.600.4 millones, el 50.28%.

Por lo tanto la información contenida en el informe de gestión no es precisa, por cuanto el recaudo acumulado representa el 50.28% y no el 105.05%, de la meta establecida en el presupuesto de ingresos, de esta cuenta presupuestal, por lo que se incumple el artículo 2, literal e, de la Ley 87 de 1993.

CUADRO 16
RECACUDO REGIMEN SUBSIDIADO NO CAPITADO

Millones de pesos

PAGADOR	VALOR RECAUDADO	% PARTICIPACION
SALUD TOTAL EPS	1.564.5	18,2
ARS UNICAJAS COMFACUNDI	1.397.4	16,2
ASOC. MUTUAL SER EMP.SOL.DE S.	1.394.3	16,2
HUMANA VIVIR EPS	1.178.0	13,7
SOLSALUD EPS	895.9	10,4
ECOOPSOS	869.3	10,1
CAFAM	422.1	4,9
COLSUBSIDIO ARS	396.6	4,6
CAPRECOM E.P.S	250.8	2,9
A.R.S. SALUD CONDOR	93.2	1,1
COMFAMILIAR EPS SUBSIDIADO RIO	46.4	0,5
PIJAOS SALUD EPSI	29.9	0,3
ASMET SALUD ARS	28.6	0,3
OTRAS	32.8	0,4
TOTAL	8.600.4	100,0

Fuente: Area financiera vigencia 2009. HSC

3.4.1.4. La Secretaría Distrital de Salud en el mes de junio de 2009, comunicó a los hospitales sobre la directriz, en el sentido de retomar el tema de saneamiento

de aportes patronales, que se venían financiando con recursos del situado fiscal, por concepto de salud, pensión, cesantías y ARP, causados desde 1994 hasta el año 2001 (oficio del 16-06-2009 del contratista de la SDS).

En la vigencia 2009, la ESE, retomó el tema del situado Fiscal, con base en las directrices de la SDS, teniendo en cuenta que existen partidas pendientes por depurar de la vigencia 2009 y anteriores, es por ello, que las áreas de facturación y de talento humano, deben tomar medidas más eficaces tendientes a continuar el proceso de depuración de las cuentas del sistema general de participaciones, máxime cuando en el informe de gestión presentado en la cuenta anual de 2009, en Sivicof la ESE manifiesta que *“quedan partidas pendientes por depurar”*. Por lo que se transgrede lo contemplado en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal e y b.

3.4.1.5. En la cuenta presupuestal FFDS - Venta de Servicios sin Situación de Fondos, no se registraron las causaciones respectivas, en la ejecución presupuestal de ingresos de los meses de marzo y abril, sin embargo, en mayo se ajustaron las partidas que al final de la vigencia arrojaron un valor total de apropiación definitiva de \$2.686.6 millones, no obstante, con base en el plan de cuentas presupuestales de la vigencia fiscal 2009, se estipula: *“FFDS – Venta de Servicios sin situación de fondos.- Por este rubro se registran los ingresos por la atención de la población vinculada y la afiliada al régimen contributivo para la atención de eventos no POS y que financian los aportes patronales ...estos ingresos se deben registrar por doceavas mensualmente en la ejecución de ingresos de la Institución y hacen parte de la contratación con el FFDS”*. De lo citado se observa que se incumplió lo normado en el artículo 58 del decreto 466 de diciembre de 2008, por el cual se liquida el presupuesto anual para la vigencia fiscal de 2009.

Ejecución de gastos

La estructura de gastos del hospital presenta una apropiación disponible de \$87.166.0 millones, estos recursos se orientaron a atender para gastos de funcionamiento el 16.8% (\$14.636.3 millones), para gastos de operación el 75.1% (\$65.466.6 millones) y en gastos de inversión el 8.1% (\$7.063.0 millones)

Los recursos asignados a gastos de funcionamiento \$14.636.3 millones, se destinaron para atender los gastos de nómina o servicios personales en el 49.2%, (\$7.194.7 millones); para atender los gastos de servicios generales se destinó el 34% (\$4.971.7 millones), del presupuesto disponible y para cubrir las cuentas por pagar de funcionamiento se destinó el 16.9%, (\$2.469.7 millones).

Los recursos destinados a gastos de operación por \$65.466.6 millones, se destinaron para atender los gastos de comercialización por \$52.272.5 millones, el 79.8%, para atender la nómina asistencial, de planta y de contratación de

servicios; compra de bienes por \$15.202.8 millones, el 29.1%; adquisición de servicios con \$27.422.2 millones, el 52.5% y compra de equipos \$15.0 millones. Dentro de los gastos de Operación, se destinó una apropiación disponible del 20%, \$13.194.1 millones, para atender las cuentas por pagar de comercialización, de los compromisos asumidos en la vigencia anterior 2008, Ley 819 de 2003.

El presupuesto de inversión se destinó para atender los gastos del proyecto Desarrollo de la Infraestructura Hospitalaria, en el 8.1%, (\$7.063.0 millones), que a su vez se subdividió en los componentes de Infraestructura y Dotación Hospitalaria \$4.870.9 millones, de los cuales \$1.000.0 millones, se destinaron para Infraestructura y para Dotación Hospitalaria \$3.807.9 millones. Para las cuentas por pagar de inversión se destinaron \$2.192.0 millones.

CUADRO 17
EJECUCION PRESUPUESTAL DE GASTOS E INVERSION
VIGENCIA 2009

Millones de pesos

NOMBRE DE LA CUENTA	APROPIACION INICIAL	MODIFICACIONES ACUMULADAS	% VARIACION	APROPIACION DISPONIBLE	TOTAL COMPRAS ACUMULADAS	EJECUCION PRESUPUESTAL	GIROS ACUMULADOS	% EJECUCION GIRO
GASTOS	58,910,5	28,255,4	48.0	87,166,0	82,392,0	94.52	65,203.2	79.14
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	11,792,5	2,843,7	24.1	14,636,3	14,085,9	96.24	12,215,7	86.72
SERVICIOS PERSONALES	7,176,4	18,3	0.3	7,194,7	6,990,3	97.16	6,963,6	99.62
GASTOS GENERALES	2,384,2	2,587,5	108.5	4,971,7	4,632,5	93.18	3,251,9	70.2
CUENTAS POR PAGAR FUNCIONAMIENTO	2,231,9	237,8	10.7	2,469,7	2,463,0	99.73	2,000,0	81.2
GASTOS DE OPERACIÓN	44,845,0	20,621,6	46.0	65,466,6	64,292,0	98.21	49,102,7	76.37
GASTOS DE COMERCIALIZACIÓN	37,081,0	15.191.4	41.0	52,272,5	51,151,8	97.86	41,845,9	81.81
SERVICIOS PERSONALES	12,044,2	-2,411,8	-20.0	9,632,3	9,626,4	99.94	9,626,4	100
COMPRA DE BIENES	5,118,2	10.084.5	197.0	15,202,8	15,100,0	99.32	8,976,4	59.45
ADQUISICIÓN DE SERVICIOS	19,908,5	7,513,7	37.7	27,422,2	26,417,0	96.33	23,236,6	87.96
COMPRA DE EQUIPOS	10,0	5,0	50.0	15,0	8,2	54.93	6,4	78.54
CUENTAS POR PAGAR COMERCIALIZACIÓN	7,763,9	5,430,1	69.9	13,194,1	13,140,2	99.59	7,256,7	55.23

NOMBRE DE LA CUENTA	APROPIACION INICIAL	MODIFICACIONES ACUMULADAS	% VARIACION	APROPIACION DISPONIBLE	TOTAL COMPR OMISOS ACUMULADOS	EJECUCION PRESUPUESTAL	GIROS ACUMULADOS	% EJECUCION GIRO
INVERSIÓN	2,2	4,790,0	210.7	7,063,0	4,014,0	56.83	3,884,8	96.78
DIRECTA	73,0	4,797,9	6572.	4,870,9	1,822,0	37.41	1,750,5	96.08
INFRAESTRUCTURA	0	1,000,0		1,000,0	0	0	0	0
Dotación	0	3,807,9		3,807,9	1,759,7	46.21	1,749,3	99.41
CUENTAS POR PAGAR INVERSIÓN	2,200,0	-7,9	-0.4	2,192,0	2,192,0	100	2,134,2	97.36

Fuente: Ejecución presupuestal de gastos e inversión 31-12- 2009, HSC.

Se efectuaron modificaciones por valor de \$28.255.4 millones, en las cuentas de: Gastos de funcionamiento por \$2.843.7 millones, gastos de operación \$20.621.6 millones y por inversión \$4.790.0 millones.

Realizado el cruce entre los valores reportados como apropiación inicial en la ejecución de ingresos y de gastos e inversión a 31 de diciembre de 2009, frente a los relacionados en la Resolución de liquidación del presupuesto de la ESE para la vigencia fiscal 2009, se encontró que en la Resolución aparece una asignación en la cuenta presupuestal Inversión, Ciudad de los Derechos, la suma de \$73.0 millones, cifra que en la ejecución de gastos e inversión, no se relacionó. Así mismo, en la cuenta Dotación aparecen registrados \$73.0 millones, mientras que en la Resolución no aparece esta cuenta.

3.4.1.6. El hospital suscribió con la Secretaría Distrital de Salud, el Convenio Interadministrativo No. 1064-2008, el 01-12-2008, con el objeto de “desarrollar acciones necesarias para el mejoramiento de la planta física y dotación, del Hospital Santa Clara III NIVEL DE ATENCION...” y fue adicionado por \$3.500.0 millones, el 04-12-2009. Para la ejecución del convenio, la Dirección de Planeación y Sistemas de la Secretaría Distrital de Salud, emitió concepto favorable al proyecto de inversión “REPOSICION Y COMPRA DE EQUIPOS BIOMEDICOS PARA LOS SERVICIOS DE SALAS DE CIRUGIA, UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO Y UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIOADULTO Y PEDIATRICO SANTA CLARA ESE”, en el mes de junio de 2009, por valor de \$1.770 millones.

Los recursos para ejecutar el convenio fueron adicionados inicialmente en el mes de marzo, e ingresaron en la cuenta presupuestal Convenios de desempeño condiciones estructurales, por \$2.770.0 millones y vía gastos por el rubro Inversión – Desarrollo de la infraestructura hospitalaria, distribuidos para infraestructura \$1.000.0 millones y para dotación \$1.770.0 millones. Posteriormente, en el segundo semestre tuvo adiciones y modificaciones por

\$2.037.9 millones, en la cuenta dotación para un total asignado de \$3.807.9 millones.

De los recursos asignados a dotación por \$3.807.9 millones, se comprometieron \$1.759.7 millones, el 46.21%, del total apropiado, porcentaje que resulta bajo si se tiene en cuenta que uno de los objetivos planteados en el convenio 1064-2008, es fortalecer la oferta pública de los servicios de salud y para el caso del proyecto de infraestructura con un presupuesto disponible de \$1.000.0 millones, no se generaron compromisos durante la vigencia 2009. Por lo cual se establece que no se cumplió debidamente lo normado en el artículo 8, literal d, del Decreto 714 de 1996 y del artículo 2, literal b, de la Ley 87 de 1993.

Para ejecutar el convenio interadministrativo No. 1064-08, en lo relacionado con dotación, la ESE, suscribió los contratos Nos: 123 con Gilmedica por valor de \$574.2 millones; el 126 con SUPPLIES CONSULTINGS AND SERVICES LTDA, por \$129.9 millones; el No. 125 con INSTRUMENTACION S.A., por valor de \$191.2 millones y el 124 con UNION TEMPORAL JOINT, por \$842.1 millones, que fueron ejecutados en la vigencia 2009.

3.4.1.7. La creación de la caja menor del hospital Santa Clara para la vigencia 2009, se aprobó mediante Resolución No. 001 del 2 de enero de 2009, estableciendo que el monto para la apertura, en esta vigencia sería de \$28.0 millones. Esta Resolución igualmente contempla la creación del comité de caja menor, en el desarrollo de la auditoria se evidencio que las funciones de este comité no están definidas mediante acto administrativo, lo que podría generar riesgos en la toma de decisiones sobre el manejo de la caja menor.

De otra parte se determinó que el registro que se lleva en los libros auxiliares, no facilita el manejo y control de la información, obligando a recurrir a varias fuentes para determinar el buen uso de los recursos asignados a cada rubro presupuestal, específicamente en lo relacionado con los reintegros efectuados, ya que al realizar los cruces entre los valores consignados en los extractos bancarios de la vigencia 2009, (\$6.037.732, \$8.552.216, \$8.390.092, \$9.087.561, entre otros) y los saldos registrados por rubros presupuestales en los libros de excell, se establecieron diferencias, en todos los meses, corriendo el riesgo de que la información no sea oportuna y confiable, por lo que se denota incumplimiento de la Ley 87 de 1993, artículo 2 , literal e.

Es de resaltar que desde el punto de vista financiero el manejo de la caja menor, se realiza en términos generales conforme a las disposiciones establecidas en las Resoluciones que la regulan.

Análisis del Programa Anual de Caja

De acuerdo al PAC ajustado al cierre de la vigencia fiscal de 2009, se determinó en primer lugar que en el PAC de ingresos la entidad lo programó por \$87.166 millones y al verificar el recaudo acumulado en la ejecución presupuestal de ingresos, se registró un valor de \$69.646.0 millones, determinándose un PAC no ejecutado por \$17.520.0 millones, que representa el 20%, del PAC de ingresos proyectado.

Las proyecciones del PAC de gastos e inversión de la vigencia 2009, presentan sobreestimaciones en el acumulado proyectado cuyo valor reportado ascendió a \$87.166.0 millones, frente a las autorizaciones de giro reflejadas en la ejecución presupuestal, que registraron un valor de \$65.203.2 millones. La sobreestimación se estableció en \$21.962.8 millones, lo que indica que se presentó un PAC no ejecutado del 24%, durante la vigencia.

Evaluado el reporte realizado por el hospital en Sivicof, correspondiente al formato electrónico CBN 0116, se encontró que \$5.009.3 millones, pertenecientes a la cuenta fondos disponibles de tesorería, no se ven reflejados en el ajuste o reprogramación del PAC a 31 de diciembre de 2009. Lo anterior por cuanto la ESE, envió dicha información en el mes de enero de 2010 por Sivicof, sin los ajustes respectivos.

Evaluación a las cuentas por pagar

Teniendo en cuenta el cierre presupuestal a 31 de diciembre de 2009 y una vez verificado el comportamiento registrado en el total de compromisos acumulados en la ejecución de gastos e inversión por valor de \$82.392 millones, la entidad realizó autorizaciones de giro presupuestal por \$65.203.2 millones, lo que determinó una ejecución del presupuesto del 79.4%; quedando en consecuencia un saldo de cuentas por pagar al cierre de la vigencia 2009, por \$17.188.8 millones.

Tomando como referente el objeto del gasto, las cuentas por pagar presentaron la siguiente clasificación: En Gastos de Funcionamiento \$1.870.2 millones, equivalentes al 10.88% del total de las cuentas por pagar constituidas al cierre; por concepto de Gastos de Operación se constituyeron \$15.189.4 millones, que representaron el mayor porcentaje de la participación de las cuentas por pagar de la entidad con el 88.37%, estas cuentas se registraron como erogaciones en gastos de comercialización por servicios personales, compra de bienes (medicamentos y material médico quirúrgico), adquisición de servicios de salud, entre otros.

CUADRO 18
CUENTAS POR PAGAR CONSTITUIDAS A DICIEMBRE 31 DE 2009

En millones de pesos

CONCEPTO	COMPRO MISOS	GIROS	% EJECU CION	SALDO CUENTAS POR PAGAR	NIVEL DE PARTICI PACION
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO					
Servicios Personales	6990.4	6963.7	99.62	26.7	0.16
Gastos Generales	4632.5	3251.9	70.20	1380.6	8.03
Cuentas por pagar de Funcionamiento	2463	2000.1	81.21	462.9	2.69
TOTAL GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	14085.9	12215.7	86.72	1870.2	10.88
GASTOS DE OPERACIÓN					0.00
Gastos de Comercialización	51151.8	41845.9	81.81	9305.9	54.14
Cuentas por pagar Comercialización	13140.3	7256.8	55.23	5883.5	34.23
TOTAL GASTOS DE OPERACIÓN	64292.1	49102.7	76.37	15189.4	88.37
INVERSION					0.00
Inversión Directa	1822	1750.6	96.08	71.4	0.42
Cuentas por pagar Inversión	2192	2134.2	97.36	57.8	0.34
TOTAL GASTOS DE INVERSION	4014	3884.8	96.78	129.2	0.75
TOTAL DE LAS CUENTAS POR PAGAR (Gastos de Funcionamiento, Operación y de Inversión)	82392	65203.2	79.14	17188.8	100.00

Fuente: Reporte de cuentas por pagar vigencia anterior CBN 1002 SIVICOF - Ejecución presupuestal de gastos e inversión a diciembre 31 de 2009.

La ESE registró por concepto de gastos de inversión un saldo de cuentas por pagar de \$129.2 millones, con un nivel de participación del 0.75%, lo anterior obedece a que dicho rubro presupuestal se reclasificó en el nuevo plan de cuentas presupuestales para la vigencia 2009, como gastos de operación, en el que se incluyeron rubros como: Servicios personales, adquisición de insumos hospitalarios, medicamentos, entre otros.

3.4.1.8.- Analizada la ejecución de las cuentas por pagar del rubro presupuestal comercialización, se observa que se constituyeron por un valor de \$5.883.5 millones, representadas en el 44.7%, del total de los compromisos asumidos como cuentas por pagar al cierre de la vigencia 2009.

Este porcentaje (44.7%), refleja que no hubo gestión, para la cancelación de las cuentas por pagar constituidas a diciembre 31 de 2008, como se pudo evidenciar en los siguientes compromisos:

Con la Fundación Cardiovascular de C, el hospital presentó saldos de cuentas por pagar de las vigencias 2005, 2006 y 2007, por un valor aproximado de \$2.127.8 millones, las cuales se reflejaron como cuentas activas al cierre de la vigencia 2009, de los contratos Nos: CTF.014-2007, CTF 076-2006, CTF 146-2006, CTF 057-2006, CTF 102-2006, CTF 134-2006, CTF 119-2006, CTF 099-2005, CTF-144-2006, CTF-114-2005, CTF.086-2005, CTF.025-2005, CTF. sin número, CTF-0412-2005, CTF-050-2005, CTF-061-2005, CTF-099-2005, CTF.081-2005, CTF-099.2005, CTF.054.2006, CTF.009.2006, entre otros.

De igual manera, con la firma Diagnósticos e Imágenes S.A., en los contratos Nos: CTF.079-06 OTRO, CTF.079-2004, CTF.120-2006, CTF.156-2006, CTF.042-2005, CTF-110-2005, CTF.017-2007 OT, CTF.017-07 OTR2, CTF 013-2008 y CTF 041-08 OTRS, se registraron saldos de cuentas por pagar de las vigencias 2005, 2006 y 2007, por un valor aproximado de \$208.2 millones.

Lo mismo sucedió con el proveedor Arts Asistencia Hospitalaria, con los contratos Nos: CTF.033-2006, CTF.084-2006, CTF.061-05-OTRS, CTF-046-2005, CTF.048-2005, CTF.062-2005, CTF.085-2005, CTF.038-2005, por valor de \$110.7 millones. Por lo anterior se incumple lo establecido en la Circular N° 011 del 31-03-2008, sobre los Lineamientos de Política Presupuestal vigencia 2009, numeral 2.5., Otros Criterios para Empresas Industriales y Comerciales y Empresas Sociales del Estado, que a la letra dice: *“Las Empresas Sociales del Estado deberán adelantar las gestiones administrativas necesarias para depurar las obligaciones y/o cuentas por pagar sobre las cuales no es posible ejercer su pago, adoptando por parte del Representante Legal y de las respectivas juntas directivas, las medidas y procedimientos necesarios para poder reflejar una situación financiera real al término de la vigencia”*.

Cierre presupuestal vigencia 2009

La Secretaría de Hacienda Distrital – Dirección de Presupuesto, mediante Circular No. 029 del 11 de diciembre de 2009, estableció los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado E.S.E. y demás entidades, efectuaran el cierre presupuestal de la vigencia fiscal 2009, así mismo, la Contraloría de Bogotá D.C., mediante la Circular de diciembre de 2009, comunicó a las entidades sobre las actividades a realizar para el cierre presupuestal – 2009.

En cumplimiento al objetivo del programa de auditoría correspondiente al operativo de cierre presupuestal del Hospital Santa Clara, se verificaron las operaciones de

cierre registradas en los formatos CB 1007, relacionada con el cierre presupuestal y el formato CB1008 que registra los movimientos de cierre.

Se examinaron los registros presupuestales presentados en el formato CB-1007, de acuerdo a la información consignada en el acta de visita especial, realizada el 4 de enero de 2010, verificándose que en los días 29, 30 y 31 de diciembre de 2009, se consolidaron 34 registros presupuestales por \$949.4 millones.

Al respecto la auditoria observa, que al verificar el Informe de Ejecución Presupuestal de Gastos a diciembre 31 de la vigencia fiscal de 2009 y con el fin de cotejar la información presentada en el cierre, examinando el total de compromisos presupuestales celebrados en el mes de diciembre, donde se registraron por gastos de funcionamiento un valor de \$870.4 millones, por gastos de operación un total de compromisos celebrados por \$3.509.6 millones y en inversión un valor de \$2.5 millones, lo que arrojó un total de compromisos celebrados en el mes de diciembre por valor de \$4.382.6 millones.

En tal sentido, en los tres últimos días del cierre presupuestal la entidad concentró un total de compromisos por \$949,4 millones, que representaron el 21.7% del total de los compromisos celebrados para el último mes del periodo fiscal.

En la ejecución de la auditoria, se pudo evidenciar que el proceso de cierre presupuestal realizado en el Hospital Santa Clara III Nivel de Atención, E.S.E., se cumplió de conformidad con lo contemplado en las circulares referidas.

Equilibrio o déficit presupuestal vigencia 2009.

3.4.1.9. La ejecución presupuestal del Hospital en la vigencia 2009, registró un déficit presupuestal de \$8.506.0 millones, teniendo en cuenta que recaudó ingresos por \$56.090.7 millones y adquirió compromisos presupuestales por \$64.596.7 millones, lo que indica que al cierre del periodo, la entidad reflejó desequilibrio presupuestal que puso en riesgo las finanzas del Hospital y por ende la gestión Hospitalaria. Es de anotar que el déficit en la vigencia 2008, fue de \$12.299.8 millones, cifra que representa disminución del mismo en \$3.793.7 millones, comparado con el resultado de la vigencia 2009.

De lo anterior se deriva que aunque se tomaron medidas tendientes a reducir el déficit, estas no fueron suficientes, lo que generó dificultades financieras para cumplir con los objetivos contemplados en el plan de desarrollo. El logro de la sostenibilidad financiera de la ESE, requiere que se realice de una parte el crecimiento y el recaudo de la facturación por la venta de servicios de salud y por otra, de un uso racional de los gastos asociados a la misma.

De lo anterior se deriva que el Hospital no está cumpliendo estrictamente con lo señalado por el Ministerio de la Protección Social, en la Resolución No. 473 de febrero 13 de 2008, anexo técnico, Tabla número 1: Información de base e indicadores.

Concepto Presupuestal

La evaluación efectuada al componente de presupuesto, permite señalar desde el punto de vista de la gestión presupuestaria en las etapas de programación, ejecución y cierre presupuestal, que es *favorable con observaciones*. Así mismo, teniendo en cuenta los aspectos formales, se conceptúa que la entidad acata las disposiciones normativas señaladas en los lineamientos de política y demás disposiciones regulatorias en materia presupuestal, excepto por las observaciones formuladas en el presente informe de auditoría.

3.5. EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN

En ejercicio de la auditoría Regular con enfoque Integral que se realizó al Hospital, se determinó una muestra selectiva de los contratos a evaluar, muestra que se determinó siguiendo los lineamientos del encargo de la auditoría y aplicando la metodología de estandarización del proceso de selección técnica de la muestra, de acuerdo con la información de la contratación suscripta durante la vigencia 2009 y la reportada al SIVICOF, seleccionándose los siguientes contratos:

CUADRO 19
RELACIÓN CONTRATOS SELECCIONADOS EN LA MUESTRA

	No. CONTRATO	NOMBRE	OBJETO
1	J124-09	UNION TEMPORAL JOINT	Compra de equipo biomédicos
2	J036-09	CARDIOGLOBAL LTDA	Contrato Prestación de Servicios de Salud
	J036-09 Adic.	CARDIOGLOBAL LTDA	Contrato Prestación de Servicios de Salud
3	J123-09	GILMEDICA S.A.	Compra de equipo biomédicos
4	J096-09	CARDIOGLOBAL LTDA	Contrato Prestación de Servicios de Salud
	J096-09 Adic.	CARDIOGLOBAL LTDA	Prestación de servicios de salud
5	J107-09	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA	Suministro de medicamentos para pacientes ambulatorios y hospitalizados
	J107-09 Adic.	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA	Suministro de medicamentos
6	J132-09	RAFAEL ANTONIO	Suministro de Medicamentos



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

	No. CONTRATO	NOMBRE	OBJETO
		SALAMANCA	
	J132-09 Adic.	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA	Suministro de Medicamentos
7	J154-09	CARDIOGLOBAL LTDA	Prestación de Servicio de Saluden el Area Cardiovascular
	J154-09 Adic.	CARDIOGLOBAL LTDA	Prestación de Servicio de Saluden el Area Cardiovascular
8	J192-09	CARDIOGLOBAL LTDA	Prestación de Servicio de Saluden el Area Cardiovascular
	J192-09 Adic.	CARDIOGLOBAL LTDA	Prestación de Servicio de Saluden el Area Cardiovascular
9	J193-09	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA	Suministro de Medicamentos
	J193-09 Adic.	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA	Suministro de Medicamentos
10	J226-09	CARDIOGLOBAL LTDA	Prestación de Servicio de Saluden el Area Cardiovascular
11	J245-09	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA	Suministro de Medicamentos
12	J038-09	MAUROS FOOD S.A.	Contrato Suministro de Alimentos
13	J055-09	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA	Suministro de Medicamentos
	J055-09 Adic.	RAFAEL ANTONIO SALAMANCA	Suministro de Medicamentos
14	J125-09	INSTRUMENTACION S.A.	Compra de equipo biomédicos
15	J157-09	AMAREY NOVA MEDICAL S.A.	Suministro de Medicamentos
	J157-09 Adic.	AMAREY NOVA MEDICAL S.A.	Suministro de Medicamentos
16	J117-09	GILMEDICA S.A.	Arrendamiento equipos médicos
17	J126-09	SUPPLIES CONSULTINGS AND SERVICES LTDA	Compra de equipo biomédicos
18	J110-09	BIOSISTEMAS INGENIERIA MEDICA LTDA	Arrendamiento equipos médicos
19	J088-09	GILMEDICA S.A.	Contrato de Arrendamiento Bienes Muebles
20	J079-09	U.T. MAKROSOFT HSC	Contrato de Arrendamiento Equipos de Computo
21	J008-09	GILMEDICA S.A.	Contrato de Arrendamiento Equipos
	J008-09 Adic.	GILMEDICA S.A.	Contrato de Arrendamiento Equipos
22	J072-09	GILMEDICA S.A.	Contrato de Arrendamiento Equipos Médicos
23	J149-09	GILMEDICA SA	Arrendamiento de Equipos Biomédicos
	J149-09 Adic.	GILMEDICA SA	Arrendamiento de Equipos Biomédicos
24	J188-09	GILMEDICA SA	Arrendamiento de Equipos Biomédicos

	No. CONTRATO	NOMBRE	OBJETO
25	J078-09	DISTRIEXITO LTDA	Contrato Suministro Materiales Construcción
26	J113-09	BUHO SEGURIDAD LTDA	Servicios de vigilancia privada
	J113-09 Adic.	BUHO SEGURIDAD LTDA	Servicios de vigilancia privada
27	J080-09	LABORATORIOS BAXTER S.A.	Contrato Suministro Insumos
28	476 de 2007	FFDS	Convenio vinculados
29		Salud Total	Venta de Servicios

Fuente: Información reportada por el Hospital Santa Clara-

Como se puede observar en el cuadro No.19 se encuentran diversas tipologías contractuales, tales como contratos de prestación de servicios, compra de equipos biomédicos, suministro de medicamentos para pacientes ambulatorios y hospitalarios, prestación de servicios de salud, suministro de alimentación hospitalaria, arrendamiento de equipos biomédicos, arrendamiento de equipos de computo, suministro de insumos, prestación de servicio de vigilancia privada, convenios interadministrativo y contratos de venta de servicios.

En términos generales, con la presente auditoria se pudo concluir que la contratación suscrita con cargo a los recursos destinados a gastos de operación y de comercialización se realizó bajo los parámetros legales establecidos en el Acuerdo 131 de 2008; así mismo que esta se encaminó al cumplimiento de los objetivos Misionales y proyectos contemplados en el Plan de Desarrollo, lo que nos permite establecer que los objetos contractuales corresponde a los fines y necesidades tanto de los habitantes de la capital como de la entidad contratante.

Los recursos destinados para la dotación a través de los contratos de compraventa de equipos biomédicos, fueron ejecutados de conformidad con los procedimientos establecidos, satisfaciendo las necesidades que estos pretendían cubrir.

De la evaluación realizada se observó lo siguiente:

3.5.1. La documentación contractual está siendo indebidamente manejada, se encontraron carpetas con desorden en el archivo cronológico, no están debidamente foliadas, las carpetas contienen más de la información que pueden conservar correctamente.

Así mismo, los supervisores no remiten los informes con los correspondientes soportes (actas de inició, actas de liquidación) para que reposen en la carpeta de

cada uno de los contratos, poniendo en riesgo la integralidad del mismo del contrato.

Lo anterior quiere decir que el archivo de la información contractual se encuentra en alto riesgo, presentándose incumplimiento de lo dispuesto en la Ley 594 de 2000.

3.5.2. Al adelantar la contratación para la prestación de servicios de salud con la firmas Cardio Global Ltda (Contratos 036, 096, 154, 192, y 226 de 2009), Gilmedica S.A. (Contratos 008, 72, 117, 149 y 188 de 2009), Amarey Nova Medical S.A. (Contrato 157 de 2009), Biosistemas Ingenieria Médica Ltda (Contrato 110 de 2009), Distri Éxito Ltda (Contrato 078 de 2009) y con el señor Rafael Antonio Salamanca / Drogas Boyaca (Contratos 038, 107, 132, 193 y 245), no obran evidencias que permitan verificar que el Hospital consultó los precios de mercado para el trámite de las contrataciones relacionadas anteriormente, incumpliendo con lo consagrado en el artículo décimo primero del Acuerdo 131 de 2008.

3.5.3. En los contratos 55, 72, 78, 113 y 245 se evidencio que los supervisores recibieron el oficio de designación como tal días después de la fecha en la que suscribieron con los contratistas las actas de inicio, es decir se realizaron actividades de supervisión sin que estos estuvieran debidamente designados, Como se puede observar, los contratos estuvieron ejecutándose algunos días sin supervisión real, incumpliendo lo consagrado en el artículo decimó sexto del Acuerdo 131 de 2008 y el numeral a) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.5.4. Se pudo evidenciar, que en las minutas de los contratos suscritos, en los informes de supervisión, en las actas de liquidación realizadas, no se observa el cumplimiento de los contratistas con el pago de los aportes parafiscales.

Obligación estipulada en la Ley 100 de 1993y en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, que debió ser incorporada en el texto de todos los contratos celebrados por la entidad. El Hospital en algunos casos, verifico referida obligación únicamente al momento de la celebración de los contratos.

Con lo que se puede concluir que los supervisores realizan una verificación técnica de la ejecución de los contratos, pero que desconocen el cumplimiento por parte de los contratistas en cuanto al pago de los aportes parafiscales durante todo el término de ejecución contractual. Incumpliendo lo consagrado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

3.5.5. Los Informes de gestión de los supervisores de los contratos evaluados no son adecuados, por cuanto los funcionarios que cumplen la labor no consignan en

ellos constancia de la calidad de los bienes y servicios prestados, donde se describa el cumplimiento de metas y logro de objetivos buscados con la contratación; estos solo se enfocan, y aplican, a la legalización de los documentos que soportan los gastos con cargo al contrato correspondiente, incumpliendo con lo consagrado literal f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.5.6. De la visita realizada a la oficina de Control Interno Disciplinario se encontró que entre los años 2007 a 2009 se iniciaron once (11) investigaciones disciplinarias, como producto de la solicitud realizada por el comité de glosas durante estos mismos periodos así.

CUADRO 20
RELACIÓN PROCESOS DISCIPLINARIOS POR GLOSAS

	INDAGACIÓN PRELIMINAR NUMERO	AUTO DE APERTURA	HECHOS MATERIA DE INVESTIGACIÓN	ESTADO ACTUAL
1	235/07	02/11/07	Glosas administrativas aceptadas vigencia 2005 por valor de \$301.376.398.	EN PRUEBAS
2	236/07	02/11/07	Glosas asistenciales aceptadas vigencia 2005 por valor de \$34.254.052.	EN PRUEBAS
3	237/07	02/11/07	Glosas asistenciales aceptadas vigencia 2006 por valor de \$4.122.257.	EN PRUEBAS
4	238/07	02/11/07	Glosas administrativas aceptadas vigencia 2006 por valor de \$166.599.663..	EN PRUEBAS
5	247/07	27/12/07	Glosas asistenciales aceptadas primer trimestre del 2007 por valor de \$780.442.	EN PRUEBAS
6	248/07	27/12/07	Glosas administrativas aceptadas primer trimestre 2007 por valor de \$10.898.164.	EN PRUEBAS
7	270/08	03/03/08	Glosas administrativas aceptadas vigencia abril de 2007 por valor de \$20.536.786.	EN PRUEBAS
8	276/08	11/04/08	Glosas aceptadas por valor de \$371.611 emitidas en Salud Vida S.A. ARS y No. 386 por valor de \$59.656 emitida por SOLSALUD ARS.	EN PRUEBAS
9	278/08	11/04/087	Glosas administrativas aceptadas de mayo a diciembre de 2007 por valor de \$3.743.285.	EN PRUEBAS
10	285/08	09/05/08	Glosas asistenciales aceptadas vigencia mayo a diciembre 2007, por valor de \$2.192.708.	EN PRUEBAS
11	029/09	01/04/09	Glosas aceptadas vigencia 2008 por valor de \$13.024.310.	EN PRUEBAS

Fuente: Oficina Asuntos Disciplinarios Hospital Santa Clara

De la revisión de estas actas se pudo determinar que los motivos por los cuales los diferentes pagadores glosaron las cuentas al hospital son:

“Glosas administrativas por falta de autorización de servicios en las cuales no se encontraron soportes para el recobro de dichos servicios, glosas en las cuales la unidad funcional de facturación no se encontró evidencia de su re facturación, glosa en la cual no se pudo evidenciar el cobro de los servicios, glosa en la cual no se cuenta con los soportes necesarios para realizar el análisis correspondiente, glosas por pertinencia y soportes asistenciales, glosas administrativas por cobertura en la cual no se encontró evidencia de su re facturación, glosar por pertenecía administrativa en la cual no se pudo evidenciar el cobro de los servicios, glosas por cuanto la oficina jurídica expone que a la fecha no es posible realizar actividades de cobro jurídico en razón a la antigüedad de los servicios prestados”.

De lo anterior se pudo evidenciar que la única actuación administrativa adelantada por el Hospital, fue la solicitud del comité de glosas de iniciar las mencionadas indagaciones preliminares que en todos los casos a la fecha superan los términos establecidos en el artículo 150 de la Ley 734 de 2002.

Así las cosas, con la falta de gestión del Hospital para la recuperación de los dineros glosados por los diferentes pagadores por los hechos anteriormente descritos, se pudo ocasionar un presunto detrimento al patrimonio público en cuantía de QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS MONEDA LEGAL (\$559.459.332), de conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 610 de 2000 y lo consagrado en el artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

3.6. EVALUACIÓN DE PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL

3.6.1 Plan de Desarrollo

En el Hospital Santa Clara existe un Plan Estratégico donde se incluye la misión, visión, cinco (5) objetivos estratégicos, aprobado por Junta Directiva mediante acta No.143 de 6 de marzo de 2009. En observancia a éste se elaboraron 26 Planes Operativos Anuales, los cuales fueron aprobados mediante Acuerdo No.151 del 22 de julio de 2009; estos están elaborados por procesos así: Estratégico (2), Misionales (11), Apoyo (11) y de Control (2).

De los anteriores Planes Operativos se seleccionó una muestra para su verificación y análisis de cumplimiento de metas así: Gestión biotecnológica, cuyo cumplimiento total fue de 86.6% con actividades como mantenimientos

preventivos de los equipos, realizar seguimiento y actualización de hojas de vida de éstos, hacer mantenimiento correctivo, reparación e inspección etc, Vigilancia Epidemiológica cuyo cumplimiento del POA fue del 100%, por cuanto las acciones estaban orientadas a revisión de la resolución interna del comité de vigilancia epidemiológica y ajustarlo según la normatividad vigente, notificar la ocurrencia de los eventos sujetos a vigilancia en el término establecido y suministrar información a la autoridad competente sobre los eventos de salud pública etc.

Salud mental y servicios ambulatorios en los cuales está consulta externa; VIH/SIDA, urgencias pediátricas, promoción y prevención con un cumplimiento del 92.4 en promedio de estos planes.

Respecto del Plan Operativo de salud mental ambulatorio y hospitalario, se revisaron y verificaron las siguientes metas:

Meta 1: Mantener el rendimiento de los especialistas mayor o igual a .095% para esto se programaron 7.821 atenciones médicas especializadas y se efectuaron 8.059, es decir, el cumplimiento fue del 103%.

Meta 2: Mantener la productividad de los especialistas mayor o igual al 0.95%

En productividad se tiene en cuenta los paquetes que están dados por intervenciones en crisis, para lo cual se programaron 375 y se realizaron 357 intervenciones; aunque se presentó deserción por la cuota de recuperación y el número de sesiones, dificultando el cierre de paquetes, se llegó al 95% cumpliendo con la meta.

En atención en violencia se logró el cumplimiento de la meta que fue de 339 asesorías y se realizaron 364, para un total del 107%; rendimiento observado debido a que los pacientes necesitan terminar proceso terapéutico, para que les dejen la custodia de menores en protección y evitando la deserción de los pacientes.

Meta 3. Mantener la oportunidad en consulta especializada menor o igual a 15 días.

Esta meta se trabaja por paquetes y sesiones, de la cual se logró llevar la consulta especializada a 12 días, aumentando la atención en las horas de psiquiatría y mejorando la oportunidad, para un cumplimiento del 100%.

Meta 4. Mantener la oportunidad en psicología menor o igual a 8 días.

Frente a la meta establecida solo se alcanzó a 9 días, por cuanto un profesional-psicólogo se fue a vacaciones y no se reemplazó, llegando a un cumplimiento del 88%.

Meta 5. Mantener el porcentaje ocupacional igual o mayor al 95%.

Resultado del proceso auditor se determina que si bien la meta esperada se sobrepaso contando con un 116%, esto se debe a que en hospitalización urgencias permanentemente hay sobrecupo al mantenerse 37 camas y cuando hay más de dos personas, se ubican en camillas.

Meta 6: Mantener el promedio de días de estancia inferior o igual a 20 días.

La meta se cumplió al 100%, porque se llegó a estancia de 16 días, debido a que el área social gestionó frente a los pacientes en abandono social y de larga estancia, el tránsito a la Secretaria de Integración Social para continuar con rehabilitación y al trabajo interdisciplinario para definir la salida.

Meta 7: Mantener el giro cama mayor o igual 2.6

Se obtuvo un cumplimiento del 92%, con giro cama de 2.4, frente a la meta programada sobre 37 camas, debido a dificultades de larga estancia de los pacientes en abandono social y la cronicidad de éstos hace que se incremente la estancia.

Meta 9 mantener en 95% el porcentaje de satisfacción de los usuarios, durante el año 2009, el Hospital alcanzó esta meta de conformidad con el resultado de las encuestas aplicadas por el oficina de atención al usuario.

Finalmente, se puede concluir que el Hospital del total de metas planteadas en el plan de salud mental ambulatorio y hospitalario presentó un cumplimiento del 100%, evidenciado en registros y en las base de datos, que lleva la líder de la UFEN en mención.

Plan Operativo de Consulta externa, se plantean 5 metas así:

La meta 1: Mantener la oportunidad en consulta especializada menor o igual a 10 días, se llegó a 12 días logrando un cumplimiento del 85%, por cuanto el hospital implementó una acción administrativa para que todos los pacientes menores de 30 años, que asistieran a consulta por primera vez, contaran con todos los requisitos solicitados por cardiología.

Meta 2: Mantener rendimiento de consulta especializada mayor o igual a 2.8 consultas por hora, el cumplimiento llegó a 98%, porque no se presentaron inasistencias y que para cada cita se dedicó un tiempo de 20 minutos.

Las otras tres metas orientadas a realizar capacitaciones, revisar procedimientos de consulta externa y mapa de riesgos de consulta externa se lograron en un 100%. Para un promedio de cumplimiento de las metas del plan del 96.6%

Plan Operativo VIH/SIDA tiene cuatro metas revisando y verificando todas las metas así:

Meta 1: Realizar 600 asesoría pre y posprueba de VIH tanto en la hospitalización como en consulta externa.

Se evidenció listado de usuarios 840 personas, que recibieron atención en pre-test y pos-test VIH/SIDA, para un cumplimiento del 140%. Corroborado también mediante el oficio remitido a la jefe de servicios ambulatorios, al igual que se observó un listado de las personas capacitadas.

Meta 2: Lograr el inicio oportuno del 70% de los pacientes que requieren terapia antirretroviral.

3.6.1.1 Frente a la documentación suministrada por el Hospital en cuanto al cumplimiento de esta meta, se encontraron inconsistencias en la información reportada en los registros de pacientes atendidos versus los registros de farmacia de personas que recibieron tratamiento con medicamentos antirretrovirales en la vigencia 2009. Debido a lo anterior y una vez efectuados los ajustes por parte del Hospital, para su presentación en la forma correcta, se pudo evidenciar que en el área que maneja el programa de prevención y promoción relacionado con el VIH-SIDA, no cuenta con un adecuado manejo de la información y de los resultados obtenidos por este, incumpliendo con lo normado en el literal e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Meta 3 : Brindar atención especializada en VIH/SIDA a 576 personas por médicos expertos , lográndose la meta en 130% porque se hicieron 753 consultas porque la demanda es alta y se atendió a través de citas extras, observándose en registros y en la base de datos el número de personas atendidas.

Meta 4: Realizar a 240 personas prevención de la infección por VIH/SIDA y promoción de la salud.

Meta que se logró con 254 asistentes con actividades educativas tales como presentación de películas, manejo de la terapia antirretroviral, programa salud oral,

sexualidad, charlas sobre neuroinfección y adherencia al programa. También se realizó una charla sobre tuberculosis y calidad de vida.

Con relación a éste programa de las cuatro metas programadas todas presentaron un cumplimiento superior a lo planeado, llegando a un cumplimiento de 100% evidenciado en registros y base de datos que llevan el personal que ejecuta el programa, observando el interés y compromiso que tienen con el mismo.

Sin embargo, se deja claro que la información en cuanto a la meta No.2, lograr que el 70% de los pacientes que requieren tratamiento (con medicamentos antiretrovirales) lo inicien oportunamente, no quedó formulada con exactitud porque en esta meta no tuvieron en cuenta los históricos y quedó tan amplia al establecerla en términos porcentuales, que no permite evidenciar los logros al no enunciar cuántas personas se planeaba lograr que iniciaran tratamiento, por ende, lo realizado es evidencia de ejecución de actividades pero no de avance o retroceso en el programa.

Plan Operativo Promoción y Prevención:

Meta 1: Realizar 120 consejerías de lactancia materna y alimentación complementaria en el año 2009.

Al hacer el análisis y verificación de la meta de consejerías de lactancia materna y alimentación complementaria que consiste en informar sobre la alimentación que se les debe dar a los niños, relación peso-talla, se observó que en el sistema mostraron 97 consejerías y solicitados los soportes se evidenció 78 registros de consejerías; para cumplimiento del 65%.

Meta 2: Realizar 180 consejerías de niños hospitalizados en el año 2009, las cuales consisten en charlas a familiares o cuidadoras del menor que no esté afiliado a ninguna EPS subsidiada en temas: signos y síntomas importantes como toma de temperatura, identificación de dificultades respiratorias, cuidados durante el vomito, diarrea y picos febriles.

Realizadas las pruebas se evidenció soportes que dan cuenta de 124 niños que recibieron consejería, para un cumplimiento del 68%.

Meta 3: Realizar 180 consejerías de niños consulta externa en el año 2009, acciones orientadas a revisar historias clínicas de niños de 0 a 9 años para indicar a las madres signos y síntomas a tener en cuenta según la patologías presentadas.

Al solicitar soportes de éstas asesorías se evidenció solo 136 registros de niños para un cumplimiento del 75%.

Meta 4: Realizar la entrega de 660 micro nutrientes a los niños encontrados en hospitalización consulta externa.

Según registros en la entrega de sulfato ferroso en gotas 20 ml de niños de 4 a 22 meses y de 2 a 12 años, se dieron 330 micronutrientes para un cumplimiento del 50%.

Meta 5: Realizar la entrega de 240 antiparasitarios a los niños de hospitalización y consulta externa.

En esta meta se entregaron según registro de sistemas 180 antiparasitarios – albendazol en sobre de 200 miligramos a niños de 6 meses a 3 años, para un cumplimiento de 75%.

Meta 6: Realizar 420 consejerías en salud sexual y reproductiva.

Acciones orientadas a dar consejerías a personas entre los 10 a 66 años en temas como planificación familiar, cáncer Cérvico-uterino, de seno y de próstata etc. Realizándose a 129 personas que recibieron la asesoría, para un cumplimiento del 30%.

Meta 7: Realizar 360 citologías al año.

Se hicieron 105 citologías en personas de 10 a 60 años, para un cumplimiento del 29 % de la meta programada.

3.6.1.2. En conclusión, al realizar las pruebas de auditoría con base en los soportes suministrados al equipo auditor, el Plan Operativo de Promoción y Prevención presentó un cumplimiento total del 56%, información que difiere de la reportada en el informe de gestión y resultados presentado en Sivicof donde el cumplimiento total de las metas es del 65%. Así las cosas se observa que la información reportada no es confiable por lo expuesto, generando una indebida programación de actividades, y la no evidencia de resultados que estén en pro de la gestión de la entidad. Lo anterior evidencia trasgresión de los literales J y K del artículo 3 de la Ley 152 de 1994, y los literales e y f del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

En el Plan Operativo de Urgencias Pediátricas se plantearon tres metas, las cuales presentaron un cumplimiento del 100%.

Otros temas que se evaluaron fueron los Proyectos que están dentro del plan de desarrollo, “Bogota Positiva”, aprobado mediante el acta N. 143 de 6 marzo de 2009; proyectos formalmente inscritos, los cuales son:

“Reposición y compra de equipos Biomédicos para los servicios de salas de cirugía, unidad de cuidado intermedio adulto y pediátrico”, y el objetivo general: es mejorar los estándares de calidad a través del fortalecimiento de los servicios de salud por medio de la renovación y compra de equipos biomédicos y hospitalarios. Con 5 metas:

Metas que se ejecutaron mediante recursos asignados por \$1.770 millones, de los cuales se ejecutaron \$1.737 millones mediante el convenio N.1064 de 2008, donde realizaron 7 contratos, para la consecución de 27 equipos tales como:

Monitores con tres invasivas, ventiladores neonatales pediátrico adulto, ventilador de alta frecuencia, maquina de anestesia con monitoreo, mesas quirúrgicas y lámparas cielíticas, logrando un cumplimiento del 100% de la primera meta que consistía en “Optimizar la atención y garantizar confiabilidad en los parámetros que se evalúan a través de los diferentes equipos biomédicos.

Segunda meta: Garantizar la atención con calidad en los servicios de quirúrgicas y UCI e Intermedio, contando con la capacidad instalada adecuada y necesaria para la prestación de los servicios. Apunta a dar servicio de cirugías teniendo en cuenta la demanda; lo que se evidenció, mediante la información reportada, fue que para el año 2009 se cuenta con 4 salas de cirugía en donde se programan las cirugías por especialidad de acuerdo a las necesidades del servicio y demanda, observándose que: el servicio de salas de cirugía y UCI no disminuyó su capacidad instalada con relación a la anterior vigencia. Sin embargo se contribuye al cumplimiento del objetivo general.

CUADRO 21
CAPACIDAD INSTALADA

SERVICIO	2008	2009
	CAMAS	
UCI ADULTOS	16	16
UCI CARDIOVASCULAR	6	6
UCI PEDIATRICA INTENSIVA	8	8
UCI ADULTOS INTERMEDIOS	14	14
UCI PEDIATRICOS INTERMEDIOS	7	7
Total	51	51

Fuente: Hospital Santa Clara

La tercera meta: Disminuir costos generados por mantenimiento correctivo y renta de equipos biomédicos. Se dio en un 100% al evitar pagar por mantenimiento y renta de equipos a diciembre de 2009 \$42.2 millones, contabilizados a partir de la instalación (octubre) de los equipos adquiridos y mencionados anteriormente.

En la meta cuatro “Aumentar la productividad en el desarrollo de las actividades, al contar con equipos de calidad y tecnología de punta”. Se evidenció mediante la información y verificación de algunos indicadores:

CUADRO 22
COMPARATIVO PRODUCTIVIDAD

SERVICIO	2008	2009
CAPACIDAD INSTALADA	CAMAS	
	51	51
QUIRURGICOS Y UCI INTENSIVO E INTERMEDIO	DIAS ESTANCIA	
	15588	15517
	GIRO CAMA	
	3.3	4.1
	EGRESOS	
	2265	2173
	PROMEDIO DIAS ESTANCIA	
	6.0	7.0

Fuente: Hospital Santa Clara

Existieron factores ajenos para que mejoren los servicios como disminución de la demanda de los servicios de las UCI, el tener cierto tipo de pacientes con diagnóstico crónicos y el no disponer de camas en hospitalización no facilitó el traslado del paciente afectando el giro-cama.

Sin embargo, en el servicio de salas de cirugía se observa el aumento de la productividad por cuanto en el año de 2009 se realizaron 7.813 cirugías, que corresponde al 24% más que el año 2008 que se llevaron a cabo 6.326 cirugías realizadas. Para un cumplimiento de la meta en cuanto el objetivo general, aunque no se de por cada uno de los servicios.

Por ultimo la cuarta meta: Cumplir con estándares de calidad adecuados que permitan contar con los requisitos de habilitación, y encaminados a lograr la acreditación.

En conclusión, este proyecto presentó una ejecución presupuestal y física del 99% al realizarse la compra de los equipos biomédicos y colocarlos en funcionamiento y evitar pagos por arrendamientos o mantenimiento correctivo o preventivo en las áreas de UCI pediátricas y adultos, además en pro de mejorar la productividad que no necesariamente está con la instalación de equipos nuevos, sino con otros

factores como ampliar agendas, contratar personal etc, evidenciándose gestión cuando formulan el proyecto lo ejecutan y se cumplen las metas programadas en su mayoría en beneficio de la comunidad que requiere el servicio.

El otro proyecto “*Reforzamiento estructural, reordenamiento físico-funcional ampliación y plan de contingencia*” inscrito en el banco de programas y proyectos de la Secretaria Distrital de Salud, con el código N° 2009-03-10 y certificado de viabilidad y concepto técnico, cuyo objeto es: “*Mejorar la prestación de servicios de salud en el hospital Santa Clara ESE teniendo en cuenta los atributos de calidad, que respondan integralmente manera segura, oportuna adecuada y eficiente a las necesidades de salud, de la población del Distrito Capital , a través del desarrollo de obras de reforzamiento, reordenamiento físico –funcional y ampliación del hospital*”, el cual tiene 9 metas, enunciadas a continuación:

- Llevar a cabo durante los años 2009-2010 los procesos de Contratación y ejecución de los estudios de vulnerabilidad, diseños, reordenamiento arquitectónico y unidades funcionales, plan de regularización y manejo del Hospital Santa Clara.
- Realizar en los años 2010 a 2014 las obras de reforzamiento estructural, adecuaciones Arquitectónicas, reordenamiento físico-funcional del hospital que permita el desarrollo adecuado de su función misional.
- Contar con un plan de contingencia, que asegure la continuidad en la prestación de los servicios.
- A marzo de 2011, se encuentren completamente habilitados los edificios S-N y N, reubicados los servicios de cocina, lavandería y calderas y realizado el reforzamiento de los bloques B y J.
- A septiembre de 2011 haber realizado el reforzamiento y reordenamiento físico-funcional del bloque A.
- A febrero de 2012 haber realizado el reforzamiento, ampliación y reordenamiento físico-funcional de los bloques D y G.
- A agosto de 2013 haber realizado el reforzamiento, ampliación y reordenamiento físico-funcional de los bloques M, L y N.
- A febrero de 2014 haber realizado el reforzamiento, ampliación y reordenamiento físico-funcional de los bloques F, E, H e I.

- Para el año 2014, ser en una entidad autosuficiente, cumpliendo con los estándares de acreditación, con capacidad instalada e infraestructura física suficiente, dando respuesta a la demanda de pacientes dentro del nuevo modelo Distrital de atención de salud familiar y comunitaria.

De las anteriores metas no se ha ejecutado ninguna de las programadas a corto plazo como lo señalan en los documentos allegados a la auditoría.

Es importante aclarar algunas condiciones que se dieron en la formulación del proyecto tales como: se evidenció mediante un oficio con referencia: Respuesta radicado N.109066-fecha 21 de agosto 2008, dirigido al gerente Hospital Santa Clara, donde éste hace la solicitud de recursos para el anterior proyecto, mediante el cual el Director de Planeación y Sistemas de la Secretaria de Salud le solicita presentar el proyecto de inversión formulado en la metodología general ajustada del DNP incluyendo los componentes metodológicos, técnicos, financiero y ambiental con fecha de recibido el 4-09-08. Igualmente se evidencia una acta de fecha septiembre 26 de 2008 de la oficina infraestructura de la Secretaria Distrital de Salud, donde el orden del día está el punto Formulación proyecto de inversión *“Reforzamiento, reordenamiento físico funcional y plan de Contingencia hospital santa Clara III Nivel de atención E.S.E”*, se devuelve el día 4 noviembre de 2008 y un concepto de viabilidad –favorable con recomendaciones.

Lo anterior permite señalar que transcurren aproximadamente 9 meses, para finalmente dar su concepto de viabilidad técnica el 29-07 de 2009, así las cosas, durante los meses de agosto y septiembre el área de mantenimiento trabaja en la construcción de la invitación a cotizar para la contratación de tres estudios: Plan de regularización y manejo; Estudio de Valorización Patrimonial y Estudio de vulnerabilidad sísmica. Entregándose el 21 de octubre de 2009 el borrador de la invitación a cotizar a la dirección administrativa, del cual la Secretaria D.S, emite un concepto de ajuste a la invitación, un nuevo estudio de mercado, la inclusión de otros estudios y evaluar la pertinencia de contar con una interventoría para esta fase.

Según la Secretaria Distrital de Salud es necesario contratar la interventoría antes de publicar la invitación para la consultaría la cual se llama *“Pliego de condiciones para la contratación de la consultaría que elabore los diseños y estudios técnicos necesarios para el reordenamiento físico funcional, reforzamiento estructural y la ampliación del Hospital santa Clara ESE”* con el fin y que dentro de sus funciones sea el revisar el anexo técnico de la invitación.

Los anteriores hechos muestran que transcurrió toda la vigencia del 2009 entre la terminación de la formulación del proyecto y la realización de los estudios de la

invitación a cotizar, evidenciándose que no se ejecutó el presupuesto de los \$1000 millones asignados a éste proyecto, por ende no se ejecutaron metas a corto plazo y no presentó un avance físico en el mismo, reflejando falta de gestión ante este proyecto tan importante para la comunidad.

Otro tema que se revisó, analizó y verificó fue la ejecución de los proyectos adelantados por convenios entre el fondo de desarrollo local y el hospital por cuanto éste último aporta recursos, presentando un cumplimiento de metas y los resultados fueron evidentes, que redundan en posteriores actividades en beneficio de la comunidad.

Proyecto 1772- “Atención integral a jóvenes hacia la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de salud sexual y reproductiva como población con discapacidad. Componente: Atención a población drogadicta”.

Le asignaron un presupuesto de \$78.000 millones de los cuales \$8.000 millones lo cofinanció el hospital, ejecutándose el 100%. En las siguientes metas 30 jornadas de convocatoria institucional y comunitaria al año. 15 Jornadas locales de orientación institucional en acciones de salud mental. Aplicación de 200 instrumentos de identificación y diagnóstico del riesgo psicosocial. 60 sesiones de grupos de apoyo temático. 1300 sesiones de atención terapéutica individual. 600 sesiones de atención familiar. 10 informes mensuales. 100 horas de orden operativo y logístico.

El proyecto se desarrolló mediante tres componentes así: componente N.1 sensibilización y promoción; componente No.2 Prevención con actividades de aplicación de instrumentos, y componente N.3 Gestión Operativa en donde están todas las actividades operativas y administrativas para la ejecución del proyecto, tales como recolección, análisis y elaboración del informe.

Beneficiarios: Evidenciados mediante registros de las encuestas (204) fueron personas hombres y mujeres en edad escolar secundaria, de Instituciones Educativas Distritales-IED- de la localidad de Santa Fe, para informar sobre el proyecto se hizo en IED, Juntas de Acción Comunitaria, Comedores Comunitarios y Copacos, donde participaron adultos jóvenes y grupo familiar allegados al joven que estaba en riesgo o que ya está afectado por esta problemática.

Impacto: Las condiciones socio-económicas de las familias limita al acceso a tener oportunidades de desarrollo de sus capacidades y habilidades, los espacios de participación y consejo local, no son aprovechados institucionalmente y estos espacios son tenidos en cuenta como consultivos más no de decisión. Los jóvenes no mostraron interés en las sesiones psicoterapeutas individual y familiar,

presentando sentimientos de resistencia y desconfianza, la mayoría asistía a una sesión y no continuaban porque creía no necesitarla.

Hay necesidad de espacios para reflexionar y de atención psicosocial pero manejada de forma recreativa, artística y cultural donde no sea evidente que se esta brindando apoyo terapéutico, según el informe se analiza que se sienten expuestos al decir o que se sepa que asisten a terapia, lo que confirma la falta de conciencia en aceptar la problemática (adicción drogas alcohol o conflictos familiares etc).

Proyecto 2462 *“Apoyo productivo y Programas de sensibilización a personas víctimas de la drogadicción y prevención de la salud sexual y reproductiva. Componente atención, rehabilitación y apoyo a personas de la Drogadicción”*. Realizado en la localidad de Antonio Nariño.

Con un presupuesto asignado de \$119.567.696 del fondo de desarrollo local Antonio Nariño, \$10.432.304 de interventoría y \$13.000.000 millones que aporta el hospital para un total \$ 143.000.000 millones, ejecutándose al 100%.

Con actividades como convocatoria institucional, jornadas locales de orientación en salud mental, asesorías a comunidad en general (habitante de la calle y profesionales de diferentes instituciones) aplicación de encuestas, sesiones psicoterapeutas individuales y familiares domiciliarias etc.

En resumen el hospital con estos dos proyectos presentó un cumplimiento en lo planeado en un 100%, evidenciado en los documentos soportes tales como encuestas realizadas, relación de colegios participantes e instituciones y las relación de listados de personas a las que les dieron asesorías o personas que formaron parte como grupos de apoyo.

En la ejecución de estos dos proyectos se evidencia que aunque el hospital aporta presupuestalmente una mínima parte, el resultado es bueno por el recurso humano que lo desarrolló, la definición de las metas, y los indicadores planteados, la focalización de la población y los temas abordados.

INDICADORES DE GESTION HOSPITAL

El hospital tiene indicadores de gestión en producción hospitalaria, capacidad instalada, etc,. Para realizar la verificación de éstos en hospitalización se analizaron algunos como:

Meta 1 Mantener el porcentaje ocupacional igual o mayor al 90% en cada servicio (Cuidado intensivo adulto, cuidado intermedio adulto, cuidado intensivo de pediatría, cuidado intermedio de pediatría, medicina interna, pediatría y hospitalización cirugía) de la Unidad Funcional Especializada de Negocios de Hospitalización:

Esta meta se programó sobre el número de días de cama ocupada 58.220 y el número de días camas disponibles que fueron 63.990, esto se observó mediante registro, actas mes a mes de cada uno de los servicios-Censo-diario presentando un cumplimiento del 91%, -que corresponde al 100%.

La meta se proyecta sobre un 90%, porque se tiene en cuenta factores como demanda de pacientes, tiempo de desinfección camas y antecedentes históricos del indicador y tiempo de mantenimiento preventivo y correctivo de las camas.

Meta 2 Mantener el promedio día estancia menor o igual a 7 días en cada servicio de la UFEN-Unidad Funcional de Negocios-Hospitalización. El cumplimiento se logró en un 100%. Se observa que en el servicio de medicina interna fue el que más promedio estancia presentó con 10 días, debiéndose a que los pacientes presentan enfermedades crónicas con morbilidad asociada que prolongan la estancia hospitalaria. Un problema en esta meta se da con el paciente habitante de la calle, que una vez se le da la salida, se necesita ubicar en un albergue, a través de la Secretaría de Integración Social, y debe esperar a que haya cupo alargando la estancia en el hospital.

Meta 3 Mantener el Giro Cama mayor o igual a 4.0 en cada servicio de la UFEN Hospitalización. Se hace mediante el número de rotación de las camas hospitalarias. El estándar es de 4 y se llegó a 4 para un 100%, de cumplimiento.

Meta 4 Evaluar el promedio de días de estancia prolongadas de los servicios hospitalización menor a 15 días, los días de estancia llegó a 10.2 días para un 100% de cumplimiento. Meta que se logró con el apoyo de trabajo social al buscar familias, o lugar de ubicación del paciente y la mayoría de las veces se da por los cupos que otorga la Secretaría de Integración Social para trasladarlos a los albergues.

Meta 5: Evaluar el porcentaje de reingreso de pacientes hospitalizados de los servicios de la UFEN hospitalización, menor al 10% de reingresos. Esto se logró porque se llegó al 6.7% corresponde a 8.930 pacientes que egresaron, solo reingresaron 6.7% por la misma causa y en menos de 120 días en el periodo evaluado, para un cumplimiento del 100%.

En general los indicadores revisados que tiene el hospital son pertinentes y tienen un cumplimiento del 100%, además que los plantearon teniendo en cuenta la información histórica de la prestación de estos servicios para lograr el cumplimiento.

En esta área es comprensible que algunos indicadores sea un trabajo mancomunado de los profesionales médicos y el trabajo social, por la cantidad de personas que son habitantes de la calle que no facilitan mejorar o superar lo planteado en indicadores número de días de estancia hospitalaria, número de días de estancia prolongada, etc.

Sin embargo, se observó en algunos planes operativos, que los indicadores al tomar la unidad de medida en porcentaje en la meta no plantean lo programado, y los resultados no permiten hacer un análisis del avance o retroceso en las actividades propuestas. También se evidenció en las metas planteadas al proyecto de *“Reposición y compra de equipos Biomédicos para los servicios de salas de cirugía, unidad de cuidado intermedio adulto y pediátrico”* donde los indicadores que utilizaron para medir los resultados de la compra de equipos fueron los asistenciales y no elaboraron unos para el proyecto.

3.6.2. Balance Social

1. Reconstrucción del Problema Social

El problema que identificó el hospital Santa Clara son *“las barreras de acceso, de orden económico, geográficas, sociales, normativas, de calidad, barreras de acceso por inconsistencias en las bases de datos, inadecuada orientación sobre derechos y demoras en las autorizaciones de las EPS subsidiadas, que se presentan a un ciudadano, al momento de acceder a los servicios de salud”*.

Si bien es cierto es un problema común a todos los hospitales, se observa que son muchas las barreras de acceso y hubiera sido más útil y pertinente, para mostrar resultados, la identificación de las barreras que resultan más críticas en la prestación de los múltiples servicios que brinda este centro hospitalario.

Identificación de las causas y efectos.

En la identificación de las causas y efectos del problema, las que señalan son pertinentes ya sea porque se relacionan o apliquen a cualquiera de los servicios prestados. Pero también adolece de una cuantificación de estas situaciones que posibiliten establecer la magnitud y frecuencia de aquellas causas críticas.

Focalización.

No obstante que la entidad presenta información poblacional tanto de Bogotá como de la zona de influencia más específica, en sus aspectos de grupos etáreos y estratificación socioeconómica, ésta no es precisada frente al problema que se enuncia, es decir, no se determina la población que puede ser atendida por el hospital y que es afectada por las barreras de acceso señaladas en la identificación del problema.

Así por ejemplo, se podría determinar la población a atender desde una de las especialidades, y que es afectada por inconsistencias en los sistemas de información ó demoras en la autorización para la prestación de un servicio en especial.

Otro aspecto a considerar es que la información no está actualizada a la vigencia a evaluar ya que corresponde a 2007, lo cual resulta más cuestionable si se tiene en cuenta que la entidad afirma que “La oficina de planeación durante el año 2009, llevó a cabo un estudio de demanda y oferta en donde se tuvieron en cuenta factores que permitieran conocer la población a nivel distrito y de la red centro-oriente que demanda los servicios que aquí se prestan”.

En conclusión, la falta de precisión en la focalización no permite medir los resultados de las acciones implementadas por servicio para evaluar los avances en las actividades realizadas.

Los actores que intervienen en el problema.

Resulta válida la presentación de este ítem frente a la metodología planteada por la Contraloría. Sin embargo, es oportuno señalar que la relación de actores puede aplicar para cualquier problema en las condiciones que fue presentado por la entidad, es decir, de manera general. Entre más detallado y precisado el problema, es de esperar que los actores sean más depurados.

Entonces, para algún servicio en particular es aceptable este ítem porque todas las instituciones que relacionan son las que permiten que haya prestación de servicios y es un trabajo mancomunado y reciproco entre éstas.

2. Instrumentos Operativos

De la revisión general de la información presentada por el hospital frente a este ítem, se puede concluir que detalla de manera amplia la gestión del hospital en muchos frentes, situación que deriva de la identificación de una problemática igualmente amplia y general.

En este tema el hospital a nivel administrativo identificó a qué objetivo estructurante le corresponde cada programa, proyecto, metas de ciudad, metas del plan, y las acciones, servicios que atiende la problemática identificada.

A nivel de la entidad ubicó los dos proyectos que planteó el hospital, en uno *“Reposición y compra de equipos biomédicos para los servicios de salas de cirugía, unidad de cuidado intensivo, unidad de cuidado intermedio adultos y pediátricos”*, no les realizó indicadores para las metas relacionadas y su cumplimiento se analizó a partir de los indicadores de producción del hospital, y en el otro proyecto *“Reforzamiento estructural, reordenamiento físico, funcional, ampliación y plan de contingencia”* por la forma planteada tampoco tiene indicadores.

Con relación a las metas formuladas en los proyectos o acciones, las que existen están en términos porcentuales sin aclarar en valores absolutos la cantidad de personas o servicios a prestar, tal es el caso de: “Mantener la cobertura en servicios de salud para el 60% de la población pobre no asegurada” otra meta “Mantener la cobertura en servicios no POS-S para el 15% de la población afiliada al régimen subsidiado” etc. Además no se muestra los resultados logrados alcanzados y medibles cuantitativamente y cualitativamente.

Presupuesto asignado

En este ítem el hospital relaciona datos que tienen relación con proyectos de inversión específicos e igualmente después explica que la mayoría de las acciones se ejecutaron con el presupuesto total asignado comprensible con la forma como se manejan los recursos en el hospital.

Población o unidades de focalización objeto de atención

En el documento de balance social se presenta una matriz que incluye un estimativo de la población que demanda los servicios, pero que corresponde a las vigencias 2007, y proyecciones a 2010 y 2015, de manera que no está la demanda para la vigencia en evaluación que es la que se solicita. En este ítem no señala el número o cantidad de personas que pretendían atender en alguno de los servicios que posteriormente se enuncia.

3. Resultados en la transformación de los problemas

El objetivo de este apartado es establecer los logros efectivos en la transformación del problema, por consiguiente debe apuntar frente al problema señalado a

determinar de manera cualitativa y cuantitativa qué cambios se dieron para disminuir o eliminar las barreras de acceso.

Para concluir sobre estas transformaciones, se evidencia la dificultad que se genera desde la misma identificación del problema. Es decir, el análisis resulta más complejo por la dispersión de la información, por la falta de unidad temática ya que se registra información de muchas actuaciones sin orientarlas hacia un tema específico.

En estas circunstancias, si bien el hospital presenta unos resultados concretos y un cumplimiento en las metas establecidas, no se puede determinar claramente la magnitud de las transformaciones y logros frente a la problemática a atender.

De manera puntual se pueden hacer las siguientes observaciones:

En este componente relacionaron los equipos comprados, pero no dice la transformación que presentó el problema en términos concretos medibles cuantitativamente y cualitativamente. De la información de los proyectos UEL, si cumple algunos elementos (el indicador lo proyectado y lo ejecutado con el cumplimiento) de la metodología, pero no está correlacionada con el numeral Focalización.

También se encuentra información pero no está unificada porque en algunos servicios relacionan población atendida pero no dice la cantidad y en la focalización no señalan lo programado para poder analizar y evidenciar que población atendió y cuanta dejó de atender. En el tema de indicadores tampoco está unificada la información porque en algunos presentan las variables que intervinieron, en otros los resultados logrados

En la parte de presupuesto ejecutado es aceptable la información por cuanto no es fácil evidenciar cuánto se dirige para cada servicio.

En el tema de población o unidades de focalización, enunciaron el total de población atendida en la vigencia disgregada (sexo, edad y localidad) pero tenía que estar relacionada con la población programada atender por servicio y lo expuesto en el numeral (población objeto de atención), lineamiento que no fue atendido.

Los anteriores temas si se hubiesen planteado como dice la metodología, da para analizar y verificar cuánta población se atendió o qué población quedó pendiente de prestación de servicio en la vigencia, por ende se puede dimensionar el problema luego de ejecutadas las acciones programadas.

Para evidenciar algunas de las barreras de acceso se tuvo en cuenta la ejecución de los dos proyectos que se llevó a cabo mediante el convenio entre el Fondo de Desarrollo Local de Santa Fe y el Hospital Santa Clara; en una de los servicios "Fármaco dependencia y Centro de atención en Drogadicción"

Las causas se evidenciaron en el informe final del Proyecto 1772- *"Atención integral a jóvenes hacia la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de salud sexual y reproductiva como población con discapacidad. Componente: Atención a población drogadicta"*, tales como desconocimiento de los riesgos del consumo de sustancias psicoactivas, es decir educación, políticas publicas dirigidas a que los jóvenes hagan uso adecuado del tiempo libre.

Observándose en las encuestas de la localidad de Santa-Fe, de 200 encuestas aplicadas donde solicitaban el nombre, 73 personas (estudiantes) no lo colocaron y en su defecto escribieron el sexo, esto evidencia una barrera de acceso (información) para darle el tratamiento individual. Según como lo plantea la metodología. También se evidencio en el informe final de los proyectos en la parte de conclusiones que no aprovecharon toda la información recogida como: falta de espacios para compartir (culturales, esparcimiento y espacios de decisión) los pocos espacios que hay son consultivos (consejo local de juventud y encuentros ciudadanos) es un análisis cualitativo y no está enunciado en términos absolutos ni porcentuales etc. Los anteriores son algunos de los ejemplos como se puede mirar, analizar y evaluar la información, por tanto es desde el hospital donde tiene que ser muy precisos a la hora de presentarla.

3.6.3. Evaluación Del Plan De Ordenamiento Territorial –POT

El Hospital Santa Clara III tiene un proyecto de *"Reforzamiento estructural, reordenamiento físico-funcional ampliación y plan de contingencia "*, registrado en el banco de programas y proyectos con el número 2009-20-05- y fecha de expedición el 29-07 de 2009, tomado del certificado de viabilidad de proyectos de inversión de la ESE, donde se evidencia que existe un oficio remitido de la Secretaria de Salud con asunto R.67429 del 22/05/09, en el que se señala que este proyecto quedó inscrito con otro código:2009-03-10.

Este proyecto no tiene políticas y estrategias propias pero apunta al objetivo estructurante Ciudad de Derechos y al programa Fortalecimiento y Provisión de los Servicios de Salud, del Plan de Desarrollo Bogota Positiva. Tiene un objetivo general: *Mejorar la prestación de servicios de salud en el hospital santa clara ESE, teniendo en cuenta los atributos de calidad que respondan integralmente de manera segura, oportuna, adecuada y eficiente a las necesidades de salud de la población del Distrito capital, a través del desarrollo de obras de reforzamiento, reordenamiento físico-funcional y ampliación del hospital.* Y cinco objetivos

específicos dirigidos a mejorar la calidad, oportunidad, disminuir la vulnerabilidad y el riesgo por evento de un catastrófico inesperado y adecuación de la capacidad instalada.

Las metas que tiene son 9 programadas para corto, (2006-208) mediano (2008-2012) y largo plazo (2012-2014), las cuales están descritas en un párrafo anterior del componente Plan de desarrollo del presente informe.

El presupuesto asignado \$1000 millones, que se van ejecutar a través del convenio ínter administrativo de cooperación técnica suscrito entre la secretaria distrital de salud-fondo financiero distrital de salud y el hospital santa clara III nivel de atención empresa social del estado No.1064 de 2008, para el desarrollo de los estudios de infraestructura y diseños arquitectónicos y de ingeniería.

Dicho proyecto tiene dos etapas así: Etapa 0: Estudios de contratación de los estudios de factibilidad, estudios de vulnerabilidad, diseño, programa medico-arquitectónico y plan de regularización y manejo con el estudio de tránsito.

Otras 7 etapas que denominaron: Habilitación del bloque s-n, ampliación de las urgencias (pediatría y adultos), reubicación de la zona administrativa, creación del pabellón de pediatría, reubicación talleres salud mental, ampliación hospitalización y urbanismo.

También pretenden dar una reorganización de los servicios asistenciales del hospital.

Como se evidenció en los documentos soportes que allegaron a la auditoria, transcurrieron aproximadamente 9 meses entre la entrega del proyecto a la Dirección de Planeación y Sistemas de la Secretaria Distrital de Salud y las revisiones y ajustes efectuados por el hospital conducentes a obtener el certificado de viabilidad, hecho que ocurre el 29-07-09. Es así como la falta de claridad en la formulación del proyecto, incidió para que terminara la vigencia del 2009 y no se diera inicio a la ejecución del mencionado proyecto, ocasionando retrasos en lo propuesto en la programación que se plantea.

3.7. EVALUACION A LA GESTION AMBIENTAL INSTITUCIONAL INTERNA

La evaluación de la gestión ambiental al Hospital Santa Clara III nivel ESE comprendió la verificación y evaluación de la información reportada en los formatos CB-1111 Información Gestión y CBN 1113 Informe de Gestión Ambiental Interna 2009; se verificó el grado de avance en la implementación del PIGA Plan Institucional de Gestión Ambiental, del Plan de Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios.

La Entidad no pertenece a ninguno de los grupos que conforman el SIAC (Acuerdo 9 de 1990), por ser un hospital de tercer nivel únicamente se encarga de realizar gestión ambiental interna.

La entidad obtuvo para la vigencia 2009, de acuerdo a la metodología de la Dirección Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., una calificación 7.0 en su gestión ambiental interna, esta calificación se encuentra soportada en la evaluación y verificación de la información ambiental reportada en el sistema SIVICOF en dos formatos diligenciados, en visitas administrativas realizadas a las áreas administrativa y asistencial, solicitud de información y verificaciones de auditoría.

Presupuesto 2009: para dar cumplimiento a la ejecución de los programas ambientales el Hospital invirtió \$872.2 millones, que representan el 1% del presupuesto de la entidad \$87.166 millones, el 18% del rubro gastos generales \$4.971 millones y el 84% del rubro servicios públicos \$1.034.4 millones, discriminados así:

CUADRO 23
INVERSIONES REALIZADAS EN GESTION AMBIENTAL INTERNA
HOSPITAL SANTA CLARA VIGENCIA 2009

(Millones de pesos)

COMPONENTE	DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS ACTIVIDADES	VALOR INVERSIÓN (Millones \$)
Hídrico	Mantenimiento de redes hidráulicas y sanitarias	12.3
	Programa de control de fugas	4.4
	Pago Servicio	146.2
Atmosférico	Mantenimiento de calderas	19.3
	Ampliación ductos de extracción de las plantas eléctricas.	0.8
	Revisión técnico mecánica y mantenimiento de vehículos	74.4
Residuos sólidos.	Segregación en la fuente	82.
	Recolección y transporte	40.3
	Mantenimiento cuarto de almacenamiento de residuos central	5.6
	Disposición final Aseo	126.7
Energético	Instalación de bombillos ahorradores	5.9
	Mantenimiento de redes eléctricas	9.8
	Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de ventilación contratos externos	12.1
	Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos de ventilación contrato interno	12.3
	Adecuación área de radiología para controlar emisiones de radiaciones ionizantes en el exterior.	0.8
	Mantenimiento de luminarias	2.4
	Pago servicio 2009	315.6
	TOTAL INVERSIÓN	872.2

Fuente: Presupuesto Hospital Santa Clara 2009

Las actividades de Gestión ambiental no cuenta con un rubro presupuestal específico pero si se tienen identificadas, por lo tanto cuando se necesita realizar algún proyecto ambiental se dispone del presupuesto de mantenimiento, Rubros presupuestales, mantenimiento, materiales y suministros, y remuneración servicios técnicos ya que es el área de quien depende Gestión Ambiental.

La participación de los servicios públicos en el total de la inversión ambiental \$872.2 millones invertidos durante el año fue de agua el 17%, recolección residuos 15% y el consumo de energía con el 36%, es el servicio público de mayor costo en la gestión del hospital.

El Plan Institucional de Gestión Ambiental fue concertado con la Secretaría Distrital de Ambiente el 09 de enero de 2008 y mediante Resolución interna 0045 del cinco (5) de febrero del 2008 fue adoptado al interior del Hospital.

Las actividades ejecutadas por el Hospital en la gestión ambiental estuvieron enmarcadas en dar continuidad al plan institucional de gestión ambiental-PIGA y el plan de gestión integral de residuos hospitalarios-PGIRSH, se adelantaron jornadas de socialización y sensibilización, según consta en los registros de capacitación verificados por la auditoría.

El Hospital obtuvo en la vigencia auditada, un puntaje para el componente de PIGA de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá de 40.

En el año 2009, se creó un equipo interdisciplinario de gestión ambiental conformado por el gestor ambiental, la coordinadora de salud ocupacional y una asesora externa. Este equipo hace parte del área de mantenimiento y sus funciones son las establecidas en el decreto 1299 del 2008, donde se especifican las funciones del departamento ambiental.

Se reformó la resolución donde se crea el Comité de Gestión Ambiental incluyendo al Líder de la Oficina de Planeación y de Calidad como miembro del Comité y cambiando el nombre del Comité de Gestión Ambiental a Comité PIGA.

Sensibilización y capacitación. El hospital capacitó a 794 funcionarios y estudiantes en temas ambientales relacionados con, Política Ambiental, objetivos y metas ambientales, estrategias de ahorro y uso eficiente del agua, la energía y el manejo adecuado de residuos hospitalarios. De acuerdo al tipo de personal se hizo énfasis en temas concernientes a cada uno.

Se socializó el plegable divulgativo del PIGA y adicionalmente se dictaron capacitaciones y talleres, en coordinación con el jardín Botánico de jardinería, agricultura urbana y calentamiento global.

Actividades de carácter ambiental, sobre las cuales no ejecutó inversiones: En febrero del año 2009, se creó el programa Hospital Libre de Humo el cual tiene como objetivo el manejo integral del tabaquismo en los trabajadores, usuarios y estudiantes del hospital. Aunque no se hizo inversión para la puesta en marcha de este proyecto, se logró crear políticas antitabaco y un grupo interdisciplinario para asesorar a los trabajadores, estudiantes o usuarios que hayan tomado la decisión de dejar de fumar. Este grupo cuenta con la participación de ingenieros, coordinador de salud ocupacional, médicos en salud ocupacional y médicos toxicólogos. El 31 de mayo del año 2009 se realizó el lanzamiento del programa con participación de todos los trabajadores del hospital para crear el logo y eslogan del programa. A la fecha dentro del hospital no se está fumando y se sensibiliza a los trabajadores de la salud para que no fumen en su entorno

La Entidad en cumplimiento de los lineamientos de Decreto 456 del 23 de diciembre del 2008, definió los siguientes documentos, los cuales tendrán seguimiento para el año 2010:

- Objetivos y metas ambientales internas y sus indicadores.
- Impactos ambientales por componente.
- Accidentes ambientales identificados y procedimientos de respuesta:
- Los documentos de especificación de los resultados de las acciones realizadas para el mejoramiento de agua, aire y control del ruido, energía, la gestión integral de residuos sólidos, manejo de residuos peligrosos en la entidad, las otras acciones realizadas al interior de la entidad para ser amigables con el ambiente

Componente hídrico. Dentro del marco del Programa Acciones para el Ahorro y Uso Eficiente del Agua, realizó las siguientes acciones: control de fugas, sensibilización y mantenimiento de redes hidráulicas: instalación de sanitarios con menor volumen de descarga y seguimiento del programa a través de indicadores e históricos de consumo para verificar su eficiencia. Una fortaleza del programa es que cuenta con personal exclusivo para el mantenimiento de redes hidráulicas, con el cual se logra mantener las tuberías y accesorios de la red en buen estado, garantizando la calidad del agua y el control de las fugas internas

El Hospital obtuvo en la vigencia auditada, un puntaje para el componente Hídrico de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá de 6.

Consumos

CUADRO 24
CONSUMOS DE LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

(Millones de pesos)

AÑO	VOLUMEN ANUAL	DIFRENCIA ANUAL	PORCENTAJE	VALOR PAGADO	DIFERENCIA	PORCENTAJE
2007	55.645	Base		144.815.	Base	
2008	57.061	1416	2.54	123.632.	21.182.	14.62
2009	66.112	5091	8.92	146.268.	22.635.	15.47

Fuente: CBN 1111 Hospital Santa Clara III N A ESE

Como se observa en el cuadro 28, el consumo de agua la gestión del PIGA no es eficiente en razón al incremento de los metros cúbicos en año 2008 con relación al 2007 en un 2.54% y un incremento del 8.92%, entre los años 2008 – 2009, con un incremento en los pagos por concepto del servicio del 14.62% y el 15.47% respectivamente.

En caso de un racionamiento o cortes en el servicio de acueducto, el hospital cuenta con 28 tanques de reserva de agua con capacidad de abastecimiento para 1,5 días.

CUADRO 25
TANQUES DE RESERVA DE AGUA

SEDE	CAPACIDAD	MATERIAL	ANTIGÜEDAD
Subterráneo (Taller de Mantenimiento)	90 m ³	Impermeabilizado con material sanitario	Mas de 30 años
Subterráneo (Reserva para el tanque de 90)	40m ³	Concreto, impermeabilizado parte interior	Más de 30 años
Subterráneo Consulta Externa	30m ³	Concreto, impermeabilizado parte interior	27 años
Subterráneo (UCI nuevas)	40m ³	Concreto, impermeabilizado parte interior	2 años
Subterráneo Unidad Renal	30m ³	Concreto, impermeabilizado parte interior	7 años
Elevado (Pabellón San Rafael)	40m ³	Eternit	Más de 30 años.
19 tanques elevados	1000 lts	Eternit	Más de 30 años
2 Tanques elevados (Área Administrativa)	500 lts.	Eternit	Más de 30 años.
1 Tanque elevado (Casa CAD)	500 lts.	Eternit	5 años.
TOTAL			28

Fuente: Información radicada el 15.2.2010

Cada seis meses se realiza limpieza y desinfección de los tanques de almacenamiento de agua a través de una empresa contratada, autorizada por la Secretaria Distrital de Salud, la cual se ajusta al protocolo establecido por la unidad de infectología del Hospital.

Como se observa en el cuadro de los veintiocho tanques, cuatro son en concreto de los cuales tres están impermeabilizado, 22 son Eternit y un total de 25 tienen un promedio de uso de 29 años, razón por la cual a pesar del mantenimiento contaminan el agua por el deterioro que ocasiona al material el paso del tiempo el cual no es fácil de controlar con el mantenimiento semestral, razón por la cual, la potabilidad de esta agua en una emergencia no es la mejor y en entidades como la Secretaria Distrital de Integración Social, ya fueron cambiados (más o menos 350 tanques) para evitar ese problema.

Aguas Residuales. La entidad genera vertimientos industriales y tiene permiso de vertimientos concedido mediante Resolución de la Autoridad Ambiental 3062 del 30 de octubre de 2007

El hospital maneja el sistema de tratamiento de grasas con trampas para las aguas residuales de la cocina, las cuales son recogidas en bolsas y recogidas por Ecocapital para incineración.

Componente atmosférico.

El Hospital obtuvo en la vigencia auditada para este componente de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá de 12.

Cuenta con los siguientes equipos que generan emisiones:

1. Caldera Distral de 100 psi fabricada en el año 1979 que funcionan con gas natural.
2. Caldera Colmáquinas de 100 psi fabricada en 1967, dual gas natural y ACPM.
3. Planta de generación eléctrica Perkins fabricada en el año 2002 de 77 KVA. Tipo de combustible: ACPM
4. Planta de generación eléctrica Cummins fabricada en el año 2006 de 125 KVA. Tipo de combustible: ACPM.
5. Planta de generación eléctrica Volvo Penta fabricada en el año 1997 de 125 KVA. Tipo de combustible: ACPM.
6. Parque automotor que lo componen los siguientes vehículos que cuentan con su certificado de revisión técnico y mecánica de gases al día.

CUADRO 26
PARQUE AUTOMOTOR DE LA ENTIDAD

TIPO DE VEHÍCULO	MODELO	PLACA	TIPO DE COMBUSTIBLE QUE UTILIZA	No. CERTIFICADO REVISIÓN TÉCNICA MECÁNICA Y DE GASES	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO
Ambulancia	2002	OJJ948	DISEL	1159272	18/04/2008	18/04/2010
Camioneta	1996	OBD752	GASOLINA	2073994	29/11/2008	29/11/2010
Camioneta	1996	OBD732	GASOLINA	1161952	22/11/2008	22/11/2010
Camioneta	1983	OAG165	GASOLINA	0724867	23/01/2008	23/01/2010
Camioneta	1995	OBC773	GASOLINA	2075584	21/12/2008	21/12/2010
Ambulancia	2007	OBG497	GASOLINA	2958833	27/03/2009	27/03/2011
Ambulancia	2005	OBG088	DISEL	1161952	04/07/2008	04/07/2010
Camioneta	1996	OBG707	GAS NATURAL	0965965	29/02/2008	29/02/2010

Fuente: CBN 1111 Hospital Santa Clara SIVICOF 28.2.10

Componente Energético. El consumo de energía está asociado con la operación de equipos electrónicos y áreas de iluminación. Por esta razón las alternativas formuladas se encaminan, principalmente, a la utilización eficiente de este recurso mediante mejoras de iluminación en las instalaciones y optimizar la operación de equipos eléctricos.

Los programas y acciones para el uso eficiente y ahorro de energía, en ejecución para el año 2009 fueron: Cambiar iluminación incandescente por fluorescente de bajo consumo, sensibilización al personal y a estudiantes, mantenimiento de empaques de congeladores y refrigeradores, reportar y reparar daños en equipos eléctricos, obtención de indicadores de evaluación, limpieza periódica de lámparas y sistemas de iluminación:

El Hospital obtuvo en la vigencia auditada, un puntaje para el componente Energético de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá de 4.

Consumos

CUADRO 27
HOSPITAL SANTA CLARA
CONSUMO ENERGIA
2007 – 2009

AÑOS	KILOVATIOS	DIFERENCIA ANUAL GENERADO O KW.	% INCREMENTO KW	VALOR ANUAL CANCELADO millones	DIFERENCIA ANUAL MILES DE \$	% INCREMENTO
2007	1.183.200	Base	Base	233.5	Base	Base
2008	1.216.000	32.800	2.77	270.9	37.4	16
2009	1.264.066	48.600	3.99	315.6	44.7	16.5

Fuente: CBN 1111 Hospital Santa Clara III N A ESE. Febrero 26 de 2010

En el comportamiento del consumo de energía, durante los años 2007, 2008 y 2009, y el pago por la prestación de este servicio, el hospital Santa Clara presenta una tendencia de incremento.

Componente Residuos Sólidos. Plan de aprovechamiento de Residuos Sólidos, para llevar a cabo el subprograma de Gestión Integral de Residuos se cuenta con el presupuesto de mantenimiento y de elementos de consumo para adquisición de canecas. La definición de las actividades que se llevan a cabo en el subprograma de gestión integral de residuos, se cumple en desarrollo de la normatividad Decreto 400 de 2004 y Resolución 1164 de 2002, El PIGA del Hospital Santa Clara fue objeto de actualización el 15 de enero de 2009.

Residuos Sólidos

CUADRO 28
RESIDUOS SÓLIDOS GENERADOS 2009

TIPO DE RESIDUO	CANTIDAD PRODUCIDA EN Kg/Mes	PORCENTA JE
COMUN	7440	38.6
BIOSANITARIOS	8000	41.51
RECICLABLES	2000	10.37
ANATOMOPATOLÓGICOS	1150	5.96
CORTOPUNTANTES	140	0.75
QUIMICOS REACTIVOS	540*	2.80
TOTAL RESIDUOS	19.270	99.99

Fuente: PIGA Santa Clara Actualizado 15.1.09

*Entre los residuos químicos se encuentran los líquidos de revelado y fijado de Rayos x.

Residuos Reciclaje

CUADRO 29
TIPO DE RESIDUOS SÓLIDOS GENERADOS

MES	ORDINARIOS (Kg.)	VIDRIO (Kg.)	PAPEL (Kg.)	METALES (Kg.)	OTROS (Kg.) (Cartón y plástico)
Enero	7962	380	438	16	1712
Febrero	7038	89	398	50	1097
Marzo	7948	114	231	21	1285
Abril	6885	210	626	43	1562
Mayo	7152	154	565	28	1322
Junio	7096	96	553	14	1228
Julio	7980	76	391	51	1060
Agosto	8126	128	634	8	1176
Septiembre	7439	103	719	18	1840
Octubre	7469	187	352	23	1337
Noviembre	7248	141	404	29	1079
Diciembre	7631	158	445	11	1161
TOTAL	89974	1836	5756	312	15859

Fuente: CBN 1111 Hospital Santa Clara III N A ESE. Febrero 26 de 2010

Los residuos de vidrio, papel, metales y otros (cartón, plástico) equivalen a 23,763 kilos y son el 26.41% de los residuos ordinarios, lo anterior es una oportunidad para reducir los residuos ordinarios optimizando el reciclaje de los demás materiales.

Para el año 2009, los residuos generados en mayor cantidad son los ordinarios con picos en los meses de marzo a junio, periodo durante el cual hay mayor presencia de estudiantes, aunado a su generación en las áreas administrativas, asistenciales y comunes; seguidos de los residuos biosanitarios y los reciclables. El comportamiento de los residuos biosanitarios, anatomopatológicos y cortopunzantes es estable durante todos los meses del año, en tanto que los residuos biosanitarios y anatomopatológicos solo se generan en las áreas asistenciales y laboratorios, y durante el año la ocupación de las camas es estable.

A continuación se presenta un análisis anual comparativo de los residuos sólidos y ordinarios de los 3 últimos:

CUADRO 30
HOSPITAL SANTA CLARA
RESIDUOS SÓLIDOS ORDINARIOS
2007 – 2009

AÑOS	VOLUMEN ANUAL GENERADO KG.	DIFERENCIA ANUAL GENERADO KG.	% VARIACIONES	VALOR ANUAL CANCELADO POR RECOLECCIÓN millones	DIFERENCIA ANUAL MILES DE \$	% INCREMENTO
2007	109.973	Base	Base	26.537	Base	Base
2008	83.770	26.203	23.82 disminuyo	27.830	1.293	4.87
2009	89.974	6.204	7.04 Incremento	28.763	0.932	3.34

Fuente: CBN 1111 Hospital Santa Clara III N A ESE, 28.2.10

La gestión de los residuos sólidos, ha sido objeto de un impacto positivo con una disminución del 23.82%, entre los años 2007 y 2008, la cual no impactó el costo de la prestación del servicio que fue objeto de un incremento del 4.87%. Para el 2009 se observa un incremento en la generación de 6.204 kilos y en el costo de \$0.932 millones.

El Hospital adquirió en el año 2006 una máquina compactadora de residuos corrientes para disminuir los metros cúbicos a recoger por la empresa de aseo, hecho que se refleja en la disminución de los kilos entregados y como consecuencia del valor pagado en un 70%.

La entidad definió las especificaciones de los resultados de las acciones realizadas para la gestión integral de residuos, la cual aplicará para el año 2010

Material Reciclado

CUADRO 31
MATERIAL RECICLADO

AÑO	VOLUMEN ANUAL RECICLADO	DIFERENCIA ANUAL RECICLADO	Porcentaje
2007	26685	Base	
2008	23427	3258	12.20 disminución
2009	23763	336	1.43 incremento

Fuente: CBN 1111 Hospital Santa Clara III N A ESE

En el volumen de material reciclado, la gestión evidencia una reducción del volumen, entre el año base 2007 y el año 2008 del 12.20%, pero durante el período 2008-2009, se incremento el material reciclado en el 1.43%.

Para incrementar la reducción de residuos y los impactos ambientales el hospital generó las siguientes alternativas de producción más limpia: utilización de gas natural como combustible en calderas, compactadora de residuos, reutilización y reciclaje de papel blanco y utilización de medios electrónicos para comunicaciones.

El material reciclado es entregado a una cooperativa de reciclaje sin pago monetario, como contraprestación colaboran con la sensibilización de los trabajadores del hospital para la separación de residuos corrientes.

En el programa de reciclaje, se definen las directrices y la logística para realizar la recuperación de los residuos reciclables, radicado ante la UESP con N 9625 el día 10 de Octubre de 2006 y aprobado mediante oficio No 6931 expedido por la UESP el 23 de Octubre de 2006. Con esto se dio cumplimiento al Decreto 400 de 2004, donde se estipula que todas las entidades distritales deben contar con un Plan de Acción Interno de reciclaje, los materiales recuperados son entregados a la cooperativa de recicladores El Porvenir adscrita a la Unidad Administrativa y Ejecutiva de Servicios Públicos- UAESP- de manera gratuita, mensualmente se entrega en promedio un total de 2500 Kg/mes de material reciclable.

Trimestralmente se entrega un informe a la UAESP, sobre los Kg de residuos entregados a la cooperativa.

Dentro de los residuos peligrosos se reciclan los líquidos fijadores y las placas radiográficas quienes son entregados a un tercero autorizado por la autoridad ambiental Distrital para el tratamiento y disposición final de estos residuos, en este caso es OMNIUM Multisociedades.

CUADRO 32
MATERIALES RECICLABLES GENERADOS

TIPO	PRODUCCION Kg/mes	EMPRESA RECICLADORA
Cartón	750	Cooperativa El Porvenir
Papel	250	
Plástico (Tatuco)	250	
Bolsa de suero	500	
Vidrio	400	
Chatarra	150	
Líquidos fijadores	450	OMNIUM Multisociedades
Placas radiográficas	25	

Fuente: CBN 1111 Hospital Santa Clara III N A ESE

Residuos Peligrosos. Están caracterizados en el manual de PGRH, el cual fue actualizado en noviembre de 2009.

Los residuos peligrosos generados tienen carácter infeccioso y químico. Para su manejo están establecidas las rutas internas y los horarios para su recolección y transporte, el personal es especializado en el desarrollo de estas labores, cuentan con sus elementos de protección personal, de conformidad con los Sistemas de Seguridad Industrial y Salud Ocupacional; se dispone de sitios intermedios de almacenamiento y de disposición final, donde son entregados a la empresa ECOCAPITAL, quien los transporta para ser sometidos a esterilización con autoclave y posteriormente a celda común en el caso de los biosanitarios y cortopunzantes y a incineración en el caso de los anatomopatológicos. Los medicamentos vencidos, cuando se presentan, son entregados a un tercero autorizado por la autoridad ambiental para su posterior disposición final.

El mayor porcentaje de residuos peligrosos generados, corresponde a los residuos biosanitarios en un 85%, seguidos de los anatomopatológicos y cortopunzantes el 13%. Los reactivos corresponden a un 0.33% y la generación de fármacos residuales no se ha determinado. Los medicamentos vencidos son muy pocos, se generan esporádicamente y en el año 2009 no se generaron.

CUADRO 33
HOSPITAL SANTA CLARA
RESIDUOS PELIGROSOS
2007 – 2009

AÑOS	VOLUMEN ANUAL GENERADO KG.	DIFERENCIA ANUAL GENERADO KG.	% DISMINUCION GENERACION KG	VALOR ANUAL CANCELADO POR RECOLECCION N millones	DIFERENCIA ANUAL milLones de \$	% INCREMENTO
2007	82.764	Base	Base	59.930	Base	Base
2008	103.912	21.148	25.55	79.325	19.395	32.36
2009	119.529	15.617	15.00	97.832	18.506	23.32

Fuente: CBN 1111 Hospital Santa Clara III N A ESE

El comportamiento de la generación de residuos peligrosos es objeto de incremento para los años 2008 y 2009, similar comportamiento se observa en monto pagado por concepto de recolección y disposición de estos residuos.

El Hospital Santa Clara tiene el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios adoptado mediante la Resolución 410 de 2004.

Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRH). Fue adoptado a partir del año 2003, con base en el Decreto 2676 de 2000, el cual exige a todos los

generadores de residuos hospitalarios la obligación de contar con una Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y los define como responsables de los mismos desde el momento de su generación hasta su disposición final.

El PGIRH del Hospital fue actualizado ajustándolo a lo exigido por la resolución 1164 de 2002 en noviembre de 2009 y se encuentra aprobado por la Secretaria Distrital de Salud.

Formatos RH 1. Para realizar el seguimiento de los residuos que genera el hospital, se hace uso de los formatos RH1 estipulados en el PGIRH, los cuales se diligencian diariamente por los operarios de ruta sanitaria y mensualmente se realiza un consolidado de los formatos RH1.

Formato RH 1 Interno. Es el documento que manejan diariamente los operarios de la ruta sanitaria para el registro del peso de los residuos por área de generación. Este es la base para la obtención del consolidado mensual y de los indicadores de gestión interna de residuos.

El Hospital obtuvo en la vigencia auditada, un puntaje para el componente Residuos de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá de 8.

Como resultado de la auditoria se determinaron los siguientes hallazgos, los cuales fueron comunicados y aceptados por la administración en su oficio radicado el 23 de marzo de 2010 y son los siguientes:

3.7.1 .Área Administrativa, visita del 17.2.10, Plan de Manejo de Residuos Corrientes Generación de Residuos Convencionales, En el área administrativa se encontró en las oficinas de planeación y presupuesto, que cada escritorio tiene un recipiente gris, dentro algunos se encontró disposición de papel y residuos corrientes, los esta contabilidad, talento humano y en el segundo piso del área administrativa, que la disposición de residuos es irregular, se encontraron canecas verdes con bolsa gris, canecas grises algunas con reciclaje, pero la gran mayoría tenían reciclaje y residuos corrientes, al igual que las canecas verdes, algunas no tienen tapa, en farmacia se encontró una recipiente grande que esta marcado como reciclaje pero tiene residuos corrientes. En la oficina de radicación solo se encontró una caneca verde, no hay para reciclaje. En conclusión el manejo de la disposición de los de los recipientes no tienen tapa, otros tiene la bolsa de un color diferente a la del recipiente, en algunas oficina solo se encuentra un recipiente verde, en otras un recipiente gris.

Estos hechos infringen lo estipulado en el Decreto 312 de 2006 Por el cual se impulsa en las entidades Distritales el aprovechamiento eficiente de residuos sólidos y el Decreto 400 de 2004 Por el cual se impulsa en las entidades Distritales el aprovechamiento eficiente de residuos sólidos.

3.7.2 Área Asistencial visita del 23.2.10, Condiciones de infraestructura, aseo y limpieza.

Farmacia de Urgencias, Se encontraron cajas de cartón de medicamentos en el recipiente verde correspondiente a los residuos corrientes, sin romper para impedir su ingreso al mercado negro. Registro fotográfico

Cuarto de Reciclaje, Se encontraron cajas de cartón de medicamentos, cajas de guantes e insumos quirúrgicos dentro de una caja grande de cartón y algunas cajas vacías de medicamentos en otros recipientes para ser destruidas, también se encontraron galones plásticos de soluciones que utiliza el hospital con sus etiquetas en buen estado para ser inutilizadas por los trabajadores de la cooperativa de reciclaje. Registro Fotográfico.

En la visita del 17.2.10 a los depósitos de residuos, se informó que la destrucción de las cajas y empaques de medicamentos para reciclar las realiza el grupo de ruta sanitaria y en la visita del 23.2.10, se comunicó que la destrucción del precitado material lo realizan los trabajadores de la cooperativa que maneja el reciclaje, también se encontraron galones plásticos con sus etiquetas en buen estado para ser inutilizadas por los trabajadores de la cooperativa de reciclaje. Registro Fotográfico.

Unidad de Cuidados Intensivos Adultos Piso 1. Se encontraron cajas de cartón de guantes e insumos quirúrgicos (traqueotomía, la caja se encontraba con todos aditamentos de empaque y con su respectivo manual), dentro de los recipientes para disposición de residuos no reciclables (caneca verde) sin destruir por parte de los generadores, al ser informada a la señora que realizaba la recolección del material de este recipiente lo empezó a destruir.

Revisados sus procedimientos, el Hospital no tiene los parámetros para la disposición, manejo y entrega del reciclaje de los empaques y envases de medicamentos que se pueden reciclar.

Ante los precitados hechos el equipo auditor informó a al personal del Hospital y algunas de los trabajadores que desembolsan los recipientes de residuos el riesgo de reutilización eventual en el mercado negro y el incumpliendo a lo normado expresamente en el Decreto 2676 de 2000 y en el Manual Nacional de Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, además del cuidado que deben tener

con el manejo de estos envases de medicamentos que se pueden reciclar y con los que no se deben reciclar por estar en contacto con sustancias clasificadas como contaminantes.

Los precitados hallazgos infringe lo reglado en el Plan de Manejo de Residuos Hospitalarios, Artículos 2, 4 5, 8, 11 y 12, Decreto 2676 de 2000 “Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares y Res. 1161 DE 2002 Manual de procedimientos para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares en Colombia -MPGIRH-, Resolución 2309 de 1986 Por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido ..., Decreto Ley 2811 de 1974 y Ley 9 de 1979, en cuanto Residuos Especiales.

3.7.3 Lavandería. En la visita del 23.2.10, se observó que el aseo de las paredes, baños y pisos no cumplen con las características requeridas para garantizar las condiciones higiénicas del servicio que presta, porque están curtidos por el mugre, de acuerdo a lo visto se concluye que estas instalaciones no son objeto de un aseo regular, el cual es requisito para el manejo de las condiciones higiénicas de la lavandería y todas las instalaciones de un hospital. Además se encontró ropa limpia seca en el suelo. La infraestructura física de la lavandería presenta condiciones de deterioro en muros, pintura, techos y baños Registro fotográfico.

Calderas. En la visita del 23.2.10 al área se observo que el aseo de las paredes, baños y pisos no presenta buenas condiciones porque están curtidos por el mugre, de acuerdo a lo visto se concluye que estas instalaciones no son objeto de un aseo regular, el cual es requisito para el manejo de las condiciones higiénicas de todas las instalaciones de un hospital

Por las precitadas condiciones de aseo, la entidad trasgrede lo reglado en los literales a, b, c del artículo 80, 81 y 88, y la Resolución 1439 de 2002 normas de habilitación.

3.7.4 Manifiestos ECOCAPITAL De una muestra de 24 manifiestos de Transporte de Residuos Peligrosos Infecciosos 12, no tienen diligenciadas o están parcialmente diligenciadas las casillas denominadas: Nombre Usuario y Firma de quien entrega, estos documentos tienen que tener un responsable identificable para que en caso de inconsistencias facilitar su identificación, lo anterior debido a que no se cuenta con un procedimiento para la revisión y control de la información relacionada con la cantidad y cobro de los residuos peligrosos realmente generados por la entidad en cuando a lo facturado por ECOCAPITAL, causando la no identificación del responsable en caso de inconsistencias y control información, lo que es de obligatorio cumplimiento según lo normado en la Resolución 1164 de 2002, transgrediendo el literal e) artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

3.7.5 Plan Operativo Anual

Para la vigencia 2009, programo ocho metas de las cuales cumplió cuatro, un alcanzó un cumplimiento del 68%, otra con el 60 y para las siguientes el cumplimiento fue de 0:

- Componente Hídrico. La entidad en el formato de acuerdo con la información reportada presenta un incremento del 8.92%, mientras que en el Plan Operativo Anual 2009 tiene como meta de disminución del 5%, por lo tanto la meta

- Componente Energético. – El hospital en el formato de acuerdo con la información reportada presenta un incremento del 4%, mientras que en el Plan Operativo Anual 2009 tiene como meta una disminución del 5%, por lo tanto la meta no se cumplió

- Componente Residuos. La entidad de acuerdo con la información reportada presenta un incremento del 1.23%, mientras que en el Plan Operativo Anual 2009 tiene como meta un incremento en los kilos generados del 20%, por lo tanto la meta no se cumplió.

Por lo tanto la entidad no fue eficiente en la determinación de las precitadas metas, estos hechos pueden ser originados por problemas administrativos en los procesos de planeación y control de resultados por una determinación de parámetros no concordantes con la gestión de la entidad e imposibles de cumplir, lo cual infringe lo normado en la Ley 152 de 1993 y los artículos 1, 2 de la Ley 87 de 1993.

3.8. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES CIUDADANAS

En la auditoria se vinculó a los ciudadanos a través de la mesa de trabajo en la que participó el equipo auditor y los directivos de la Dirección de Salud e Integración, Social con el propósito de escuchar sus inquietudes y así contribuir al desarrollo del control fiscal de la entidad, para fortalecer la cultura de la vigilancia, el manejo y adecuado uso de los recursos públicos, en función del interés general y del mejoramiento de la calidad de vida del ciudadano, creando espacios para llegar a los hogares de la ciudad.

3.8.1 El hospital Santa Clara interactúa con la comunidad a través del COPACO correspondiente a la localidad de Antonio Nariño; sin embargo el Hospital no cuenta con Asociación de Usuarios, ni con representante de usuarios en la Junta Directiva. Situación que se ha generado desde finales del año 2008; por no

cumplimiento de los requisitos exigidos para la respectiva convocatoria de usuarios y conformación de las asociaciones. Lo que puede generar el no cumplimiento de los objetivos de la ESE Santa Clara al no promover y garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos; incumpliendo lo preceptuado en el literal g del artículo 6 del Acuerdo 13 de 1997, parágrafo 1 y 2 del artículo 10 del Decreto 1757 de 1994.

La entidad cuenta con una oficina de Atención al Usuario que en la estructura organizacional depende de la Gerencia. Esta oficina maneja 7 procedimientos contemplados en el manual de procesos y procedimientos de la entidad así:

CUADRO 34
LISTADO DE PROCEDIMIENTOS – ATENCION AL USUARIO

PC-AU-01	SIRC SERVICIOS OFERTADOS POR LA RED NO ADSCRITA, CONTRATADA.
PC-AU-02	SIRC .USUARIOS CONTRAREFERIDOS
PC-AU-03	SIRC. SERVICIOS NO OFERTADOS POR LA RED ADSCRITA NI CONTRATADA
PC-AU-04	SIRC. SERVICIOS OFERTADOS POR LA RED ADSCRITA.
PC-AU-05	GESTIÓN ESCUCHA AL CLIENTE
PC-AU-07	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO
PC-AU-08	ACOMPANAMIENTO Y APOYO A LA ASOCIACIÓN DE USUARIOS

Fuente: Oficina de Garantía de la Calidad HSC.

La oficina de atención al usuario no aplica al 100% los procedimientos establecidos, a pesar de que en ocasiones se logre mejoras; estas no han sido actualizadas ante la Oficina de Garantía y Calidad. De igual manera se observa que no existe garantía en la información reportada en cuanto a las actas de reuniones internas, capacitaciones, divulgación de información en carteleras, manejo de filas preferenciales. Debilidades que son reflejadas en esta auditoria en el componente de control interno.

Se realizó análisis a las peticiones, queja y reclamos presentados por la Administración a través de SIVICOF en el formato CB0405; la Entidad reporto el 12 de febrero de 2010, 421 derechos de petición, quejas y reclamos de los cuales se selecciono 10, 5% como muestra para la presente auditoria; siendo este porcentaje ajustado al inicialmente tomado (5%).

En el seguimiento a las respuestas de derechos de petición se observa que la entidad maneja un sistema en línea con la secretaria de salud; a través de un instrumento del Distrito llamado SQS, este sistema le permite al ciudadano presentar una queja o un reclamo en cualquier punto de servicio al ciudadano, por

el Portal de Bogotá o en la Línea 195 y hacer seguimiento a su comunicación por cualquiera de los canales. El consolidado de este sistema les arroja duplicidad de algunos ítems radicados; este a su vez es reportado en la cuenta a través de SIVICOF. Una vez verificada la información rendida en la cuenta se evidencia que el 27.2% de la muestra se encuentra duplicada, lo que genera debilidades en los sistemas de información y de control como se observa en el informe del Componente de Control Interno.

3.8.2. En el seguimiento a las respuestas de derechos de petición se observa que la entidad no da respuesta oportuna a las mismas, al notar que algunos derechos de petición se contestaron hasta después de un mes de la fecha de radicación, fuera de los términos de la ley. Al menos el 36.3% de la muestra seleccionada se encuentran con esta característica. Por otra parte el 22.7% no cuentan con respuesta. Situación que no garantizan la resolución oportuna requerida por los ciudadanos y desconfianza en la ejecución del proceso; infringiendo el cumplimiento del manual de procesos y procedimientos aprobado mediante Resolución 468 del 2008, Artículo 55 de la Ley 190 de 1995, Artículo 15 de la Ley 962 de 2005, Código Contencioso Administrativo - Artículo sexto., ISO 9001:2001 Norma NTCGP 1000:2004 Numerales 4.1, 4.2.3, 4.2.4, 5.5.3, 5.2, 6.1, 7.2.3, 8.1, 8.2.3, 8.4, 8.5 del Artículo 23 de la Constitución Política de 1991. Artículo 34 numeral 34 de la Ley 734 de 2002

Por otra parte el 11,3% de las quejas presentadas hace referencia a la pérdida de elementos personales en diferentes servicios en el momento de ser atendidos la entidad no tiene directrices específicas al respecto; el procedimiento “Cadena de Custodia” no contempla actualizaciones.

De igual manera se verificó el procedimiento de Atención al Usuario “Gestión Escucha al Cliente” constatando su incumplimiento al no confirmar con el usuario el recibo de la respuesta a satisfacción. Las respuestas dadas pueden dar lugar a confusión al evidenciar que la oficina de atención al usuario remite hasta tres oficinas internas; sin que se emita una respuesta con claridad.

Lo anterior se ve reflejado en el componente de control interno con el incumplimiento en la aplicación y actualización de procesos y procedimientos.

3.9. CONCEPTO SOBRE LA RENDICIÓN DE LA CUENTA

3.9.1 Revisada la cuenta consolidada anual correspondiente a la vigencia 2009 rendida por el Hospital Santa Clara III Nivel de Atención E.S.E., a través del SIVICOF, con el fin de valorar el estado de la información, la operatividad del sistema e iniciar los requerimientos a la administración, se pudo observar que los

documentos y formatos electrónicos que la integran fueron presentados en su totalidad. Sin embargo, los registros de los formatos electrónicos: CB-0117 información de cartera por deudor y edades, CB-0119 Informe sobre glosas definitivas, CB-0125 Informe de procesos disciplinarios por glosas definitivas, CB-0405 Relación peticiones, quejas y reclamos por tipología y el documento electrónico CBN-1103 Informe Balance Social, no mostraron una información precisa, coherente, veraz, completa y confiable, así:

Formato CB-0117 Información de cartera por deudor y edades. La entidad presentó como cartera vencida con una antigüedad superior a 360 días un saldo a 31 de diciembre de 2009 de \$7.614.5 millones, el cual se encuentra subestimado debido a que dicho saldo corresponde únicamente a la cartera clasificada por el Hospital como deudas de difícil recaudo, clasificación que realiza la entidad teniendo en cuenta el flujo de saldos y la probabilidad de recuperación. Así mismo, se presenta un saldo por un valor total de \$ 4.501.2 millones a nombre del Hospital Santa Clara, sin identificar los respectivos deudores.

Formato CB-0119 Informe sobre glosas definitivas. La entidad presentó 2.133 glosas definitivas por un valor total de \$ 972.5 millones; en la columna del formato denominada Nombre del presunto responsable se transcribe para todas: *“El nombre del presunto responsable se definirá en comité de glosas aceptadas.”* y en la columna Motivo de la glosa, para 1.041 glosas se transcribe. *“Los motivos de glosa son asignados en la radicación de la glosa por la unidad de cartera. Estos motivos son reclasificados por la unidad de auditoría médica, información que se registra posteriormente en la matriz de glosas definitivas con destino al Comité de Glosas del Hospital.”* Es decir la información reportada, se refiere a la que posee una determinada área de la entidad y no por el hospital como una unidad, como debe ser.

Formato CB – 0125 Informe de procesos disciplinarios por glosas definitivas. Presenta como información únicamente la relacionada con el expediente 001-10 de 4 de enero de 2010 por valor de \$3.1 millones. Al verificar esta información con la que posee la Oficina de Control Interno Disciplinario se observa que se presentan doce (12) expedientes desde noviembre de 2007 a enero de 2010 por valor de \$563.1 millones, los cuales se encuentran en la etapa de pruebas; Por lo tanto la información no fue reportada en su totalidad.

Formato CB-0405 Relación peticiones, quejas y reclamos por tipología, mostró un total de 421 ítems, los cuales se encuentran duplicados.

CBN-1103 Informe Balance Social, La metodología para la presentación del informe de Balance Social establece en el numeral 5.2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención, *“Se debe establecer de acuerdo a los criterios de*

focalización utilizados por la entidad en el numeral 5.1.3, el número de personas o unidades de focalización poblacional que la entidad programó atender en la vigencia. Sin embargo, el Hospital se limita a presentar en el Informe de Balance Social cuenta anual 2009, numeral 2.2.5 Población o unidades de focalización objeto de atención, que la Oficina de Planeación durante el año 2009, llevó a cabo un estudio de demanda y oferta en donde se tuvo en cuenta factores que permitieran conocer la población a nivel del distrito y de la red centro-oriente que demanda los servicios que aquí se prestan y que en este sentido trabajó con la Secretaría Distrital de Salud y presenta una matriz que muestra un estimativo de la población que demanda los servicios para las vigencias 2007, 2010 y 2015. Es decir la entidad no presentó la información relacionada con el número de personas o unidades que el Hospital programó atender en la vigencia 2009.

Por lo tanto, la información presentada en los formatos y el documento electrónico anteriormente mencionados no se ajustó a los parámetros y requerimientos establecidos en la Resolución Reglamentaria No. 034 de 2009.

Con relación a los formatos y documentos correspondientes al componente de presupuesto, reportados por el Hospital a la Contraloría en SIVICOF de las cuentas mensuales, intermedia y anual, de la vigencia 2009, se reportaron en los formatos descritos y en los términos establecidos, teniendo en cuenta lo contemplado en las Resoluciones Reglamentarias N° 020 de Septiembre 20 de 2006, 001 de 2007 y la 09 de 2008 y la Resolución Reglamentaria No. 034 del 21 de diciembre de 2009, salvo lo contemplado en las siguientes observaciones.

De la evaluación se determinó en los aspectos de forma, que en los documentos electrónicos CBN 1003, CBN – 1092, CBN 1094, que contienen información del mes de diciembre de 2009, se relacionó al final del documento como fecha de emisión el 14-01-2009 y el 08-01-09, cuando corresponde es a enero de 2010.

Sobre el documento electrónico CBN 1001 Programa Anual de Caja de la vigencia 2009, se registró en el encabezado como vigencia 2008, cuando el contenido del mismo corresponde al 2009; en el mes de mayo de 2009, el contenido del PAC, referencia es información sobre las Cuentas por Pagar de la vigencia 2008. Así mismo, en el documento CBN 1002, Cuentas por pagar vigencia anterior, se relaciona es la información del PAC.

De otra parte, se presentan inconsistencias en la información suministrada en el documento electrónico CBN 1090, informe de gestión reportado en Sivicof, en la cuenta anual de la vigencia 2009, la información contenida no es precisa en lo relacionado con el rubro presupuestal Régimen Subsidiado no Capitado, en el que se manifiesta que al cierre de la vigencia 2009, se presentó una ejecución de \$17.971 millones, (105.05%), no obstante, evaluados los registros de la ejecución

presupuestal de ingresos, se determinó que de un presupuesto definitivo de \$17.106.2 millones, el recaudo fue de \$8.600.4 millones, el 50.28% y no el 105.05%, como se establece en el informe,

Así mismo, se estableció frente al Presupuesto Orientado a Resultados – POR, que la ESE, por intermedio de la oficina de planeación, elaboró y remitió, a la Secretaría de Hacienda Distrital, los formatos “*Objetivos e indicadores propuestos para los hospitales de II y III Nivel de Atención,*” y los “*productos e indicadores*”, del primer, segundo y tercer trimestre de 2009, en cumplimiento de las directrices impartidas por esta entidad.

Verificada la información mensual reportada por el hospital en Sivicof, en el documento electrónico CBN-1003, Presupuesto Orientado a Resultados - POR, de la vigencia 2009, se evidenció que los avances efectuados por la ESE, no fueron remitidos a la Contraloría, lo enviado en el formato fue lo siguiente: “*Que el Hospital Santa Clara no adoptó el Presupuesto Orientado a Resultados (POR), en la Programación y Ejecución del Presupuesto de Gastos e Ingresos, el Sistema que genera la información Financiera es el Sistema de Información Hipócrates y Clínica Swit. Por lo tanto no aplica el documento electrónico No CBN 1003. La certificación se expide con destino a la Contraloría Distrital de Bogotá a los...*”. Por lo expuesto se determina que se incumplió lo consagrado en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal e.

3.10 SEGUIMIENTO A LOS CONTROLES DE ADVERTENCIA Y PRONUNCIAMIENTOS

3.10.1. El Hospital Santa Clara en cumplimiento al saneamiento de aportes patronales, ordenado en: 1) artículo 58 Ley 715 de 2001, 2) Resoluciones 3815 de noviembre 28 de 2003, 4047 de diciembre 15 de 2003, 3) Circular Externa 0049 de junio 30 de 2004, del Ministerio de la Protección Social y 4) Decreto 1636 de 2006, el cual reglamenta la forma y oportunidad de efectuar los giros de aportes patronales del sistema general de participación para salud a 31 de diciembre de 2008 ha desarrollado las siguientes actividades:

En lo relacionado con el Sistema General de Participación, se verificó que están en proceso de conciliación con las siguientes entidades: Salud Vida, Comeva, Horizonte y Red Salud.

Con los Fondos de Pensiones y Cesantías Colfondos, Ing y Protección se recibió asesoría por parte de la contratista de la Secretaría Distrital de Salud hasta el mes de septiembre del año 2009.

Por otra parte se verifico que para el adelantamiento de este trámite administrativo el Hospital cuenta con un cronograma de actividades que tiene como fecha de vencimiento diciembre de 2010. No obstante, se pudo verificar que el proceso de conciliación con las diferentes entidades ha sido complejo y lento, las actas se envían pero el trámite de recolección de firmas no se concreta.

Finalmente se pudo verificar que el proceso lleva un porcentaje de avance del 35% se conformidad con el siguiente cuadro:

CUADRO 35
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES, PENSIONES Y CESANTÍAS

ENTIDADES ADMINISTRADORAS	2009			
	Sit. Fiscal asignado	Autoliquidac	Saldo	
			A favor	A cargo
FONDOS CESANTIAS				
Fondo Nacional de Ahorro	811.964.769	809.498.925	2.465.844	
PORVENIR	18.299.201	16.639.427	1.659.774	
HORIZONTE	6.901.300	14.390.825		-7.489.525
SKANDIA		849.238		-849.238
COLFONDOS	5.205.914	15.038.769		-9.832.855
PROTECCIÓN	4.078.816	4.036.258	42.558	
ING		2.423.300		-2.423.300
FONDOS DE PENSIONES				
I. S. S.	219.794.998	295.629.611		-75.834.613
COLFONDOS	179.136.461	185.687.850		-6.551.389
CAJANAL	230.259.929	164.670.813	65.589.116	
SANTANDER ING	25.393.221	19.774.275	5.618.946	
PORVENIR	207.658.832	174.384.300	33.274.532	
HORIZONTE	92.385.783	93.418.200		-1.032.417



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

ENTIDADES ADMINISTRADORAS	2009			
	Sit. Fiscal asignado	Autoliquidac	Saldo	
			A favor	A cargo
SKANDIA	7.674.230	9.746.775		-2.072.545
PROTECCION E.P.S.	6.296.546	4.275.375	2.021.171	
COMPENSAR	87.291.930	97.746.640		-10.454.710
CAFESALUD	19.094.692	20.186.740		-1.092.048
CRUZ BLANCA	54.481.123	50.514.004	3.967.119	
CAPRECOM				
COLSEGUROS				
COLMENA COLMEDICA	76.434.675	74.061.996	2.372.679	
NUEVA EPS	94.886.867	76.343.688	18.543.179	
SANITAS	108.150.320	100.407.728	7.742.592	
COOMEVA	20.135.729	26.818.384		-6.682.655
COLPATRIA	15.058.073	13.725.652	1.332.421	
HUMANAVIVIR	4.189.135	2.469.420	1.719.715	
SALUDTOTAL	14.031.447	14.807.084		-775.637
CAJANAL				
FAMISANAR	145.387.206	143.188.564	2.198.642	
FOSYGA	13.774.212	11.266.580	2.507.632	
CONVIDA				
UNIMEC				
UNISALUD				

ENTIDADES ADMINISTRADORAS	2009			
	Sit. Fiscal asignado	Autoliquidac	Saldo	
			A favor	A cargo
SUSALUD	9.888.879	12.670.344		-2.781.465
SALUDCOOP	7.246.273	5.820.380	1.425.893	
REDSALUD	6.799.007	6.694.300	104.707	
SALUD VIDA	3.120.432	3.049.392	71.040	
SOLSALUD				
NUEVA EPS				
RIESGOS PROFESIONALES				
A.R.P. LIBERTY				
COLMENA ARP	191.600.000	165.524.700	26.075.300	
	2.686.620.000	2.635.759.537	178.732.860	-127.872.397

Fuente: Hospital Santa Clara – Oficina Talento Humano

3.10.2. Del seguimiento al pronunciamiento sobre la crisis estructural del sector salud en Bogotá, se evidenció que la cartera del Hospital Santa Clara continua presentado crecimiento sostenido, como se puede observar al compara el saldo presentado por este concepto a 31 de diciembre de 2009 el cual ascendió a \$37.246.0 millones y el presentado a 31 de diciembre de 2008 por valor de \$27.500.5 millones, mostrando un incremento de \$9.745.5 millones que equivale al 35.44%.

De lo anterior se concluye que la mayor participación de la cartera de la vigencia 2009 correspondió a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda con \$14.808.7 millones, que equivales al 39.76%.

Por otra parte la situación financiera de la entidad se agrava mas con la presentación de cartera con una antigüedad superior a 360 días por valor de \$7.614.5 millones (20.6% del total de cartera a 31 de diciembre de 2009), generando incertidumbre en su recuperación por el posible no reconocimiento de la totalidad de lo facturado por el posible no reconocimiento de la totalidad de lo facturado y el riesgo debido a su antigüedad de convertirse en derechos inciertos para la entidad.

ANEXO 4.1
CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

(En millones)

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR	REFERENCIACION			
ADMINISTRATIVOS	46	\$0	3.2.1.1.1.1	3.2.1.1.2.1	3.2.1.1.2.2	3.2.1.1.2.3
			3.2.1.2.2.1	3.2.1.3.2.1	3.2.2.2.2.1	3.2.2.2.3.1
			3.2.2.3.3.1	3.2.3.2.2.1	3.2.3.2.2.2	3.3.1
			3.3.2	3.3.3	3.3.4	3.3.5
			3.3.6.1	3.3.6.2	3.3.6.3	3.3.6.4
			3.3.6.5	3.4.1.1	3.4.1.2	3.4.1.3
			3.4.1.4	3.4.1.5	3.4.1.6	3.4.1.7
			3.4.1.8	3.4.1.9	3.5.1	3.5.2
			3.5.3	3.5.4	3.5.5	3.5.6
			3.6.1.1	3.6.1.2	3.7.1	3.7.2
			3.7.3	3.7.4	3.7.5	3.8.1
			3.8.2	3.9.1		
CON INCIDENCIA FISCAL	3	\$595.00	3.2.1.1.2.3	3.2.3.2.2.2	3.5.6	
CON INCIDENCIA DISCIPLINARIA	4	0	3.2.1.1.2.3	3.2.3.2.2.2	3.5.6	3.8.2
CON INCIDENCIA PENAL	N.A	N.A				

NA: No aplica.