

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

HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL E.S.E.

PERÍODO AUDITADO VIGENCIA 2009

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

DIRECCIÓN SECTOR SALUD E INTEGRACIÓN SOCIAL

SEPTIEMBRE DE 2010

AUDITORÍA REGULAR AL HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL E.S.E.

Contralor de Bogotá	Miguel Ángel Moralesrussi Russi
Contralor Auxiliar	Víctor Manuel Armella Velásquez
Director Sectorial	Rafael Humberto Torres Espejo
Subdirector Fiscalización Salud	Juan Guillermo Plata Plata
Asesor	Luis Carlos Ballén Rojas
Equipo de Auditoria	Gabriel Enrique Barreto González (Líder) Yolanda García Soto Jorge Enrique Buitrago Martínez Yazmín Milena Monroy Martínez Héctor Alirio Sánchez Torifio Pedro Herminzul Franco Pineda Roberto Jiménez Rodríguez

CONTENIDO		Pág.
1.	DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA 2009	4
2.	ANÁLISIS SECTORIAL	12
3.	RESULTADOS DE LA AUDITORÍA	29
3.1.	Seguimiento al Plan de Mejoramiento	29
3.2.	Seguimiento a Controles de Advertencia y Pronunciamientos Comunicados Vigentes	29
3.3.	Evaluación al Sistema de Control Interno	30
	Evaluación a la Transparencia	43
	Seguimiento al Compromiso Ético Suscrito	45
3.4.	Evaluación de los Estados Contables	45
3.5.	Evaluación al Presupuesto	56
3.6.	Evaluación de la Contratación	59
3.7.	Evaluación Plan de Desarrollo y Balance Social	61
3.7.1.	Evaluación Plan de Desarrollo	61
3.7.2.	Evaluación Balance Social	73
3.8.	Evaluación de la Gestión Ambiental	79
3.9.	Resultado de evaluación Acciones Ciudadanas	95
3.10.	Concepto sobre Rendición de Cuenta	97
4.	Anexos	
4.1.	Hallazgos detectados y comunicados	98
4.2.	Seguimiento al Plan de Mejoramiento	99

1. DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL

Dr. ERNESTO MURILLO LEÓN
Presidente Junta Directiva
Dr. FERNANDO ANIBAL PEÑA DIAZ
Gerente
Hospital La Victoria III Nivel E.S.E.
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 La Victoria III Nivel E.S.E., 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 2009 y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009; (cifras que fueron comprobadas con las de la vigencia anterior), 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.

Concepto Sobre Gestión y los Resultados

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

Variables	Ponderación	Calificación
Plan de Desarrollo y/o Plan Estratégico y Balance Social	35	23.10
Contratación	20	17.70
Presupuesto	15	11.60
Gestión Ambiental	10	6.10
Sistema de Control Interno	10	8.0
Transparencia	10	8.0
SUMATORIA TOTAL	100	74.50

Rango de calificación para obtener el concepto

CONCEPTO DE GESTIÓN	PUNTUACIÓN
FAVORABLE	Mayor o igual 75
FAVORABLE CON OBSERVACIONES	Menor 75, mayor o igual a 60
DESFAVORABLE	Menor a 60

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

En la evaluación realizada al Hospital para la vigencia 2009, se observó lo siguiente:

Una vez concluido el proceso auditor y evaluados los subsistemas, componentes y elementos que integran el Sistema de Control Interno, se concluye con una calificación promedio de 3.8 que lo ubica en la escala BUENO con un nivel de riesgo BAJO, resultados que se enuncian en la evaluación

Evaluada la implementación y armonización del sistema de calidad, se determinó que este proceso se implementó en el plazo y con las características establecidas en la ley que la regula con el fin de determinar la calidad del mismo.

El Sistema Integrado de Gestión responde al MECI y a la norma de Calidad NTCGP-1000 en la versión mejorada básicamente en la coordinación con el MECI, siendo una herramienta gerencial para la Institución.

En la actualidad se encuentran integrados los dos sistemas y se está en mejora continua, en la revisión de todos los procedimientos de los procesos de la entidad.

Evaluada la información presupuestal del hospital, incluidos sus registros de ejecución activa y pasiva, se concluye que la gestión presupuestal se ajusta a la normatividad legal establecida.

La contratación se llevó a cabo dentro de los parámetros del Acuerdo 014 del 16 de agosto de 2007 (Manual de Contratación del Hospital) y la Resolución No. 032 del 31 de enero de 2007 (Reglamento de interventoría) y demás normas que rigen la contratación.

En cuanto al plan de desarrollo, se estableció que el concepto de gestión y los resultados del proyecto “Fortalecimiento de la Plataforma Tecnológica” en términos de eficiencia y eficacia fue deficiente ya que realizaron un mantenimiento de cableado estructurado (no se adquirió la red inalámbrica, equipos, etc.) afectando un rubro de Inversión, para mostrarlo como gestión de la ejecución del proyecto, siendo ésta la única actividad que se desarrolló, sin tener en cuenta que dicha erogación pudo realizarse como Gasto de Funcionamiento. Por lo tanto no se logró direccionar los recursos a una de las metas suscritas del proyecto dado que no es lo mismo fortalecimiento del cableado estructurado a mantenimiento de cableado estructurado. En igual forma faltó organizar y administrar los rubros correspondientes a recursos propios para culminar las metas del proyecto en mención. Por lo anterior se establece que no se invirtió en su totalidad el rubro para el cumplimiento de las metas adscritas al proyecto plataforma tecnológica, con un excedente de \$51.9 millones, lo que genera incumplimiento de la normatividad establecida en los artículos 2, 4, y 17 del Decreto 195/209, correspondientes al sistema presupuestal, POAI y Ejecución presupuestal, respectivamente.

La prestación del servicio al binomio madre-hijo y población infantil fue adecuado, a pesar de no contar con servicios de subespecialidades pediátricas. La entidad tomó la problemática “...tasas de mortalidad en madres gestantes” en dos vigencias consecutivas 2008 y 2009, donde se determinó que en la última de ellas se aumentó la tasa al presentarse 111 muertes, respecto al 2008 donde se presentaron 34 casos, lo cual refleja un incremento de 228% en los datos estadísticos. En el caso de mortalidad perinatal se presentaron 22 casos en el 2008 y 19 en 2009 disminuyendo un 16%

En el desarrollo de servicios existentes hacia un tercero y cuarto nivel de complejidad en concordancia con las necesidades de los usuarios, se adecuaron las UCI adultos y neonatal, pero no existen servicio de neurocirugía y especialidades pediátricas (cirugías, neumología, endocrinología entre otros); adicionalmente no cuenta con equipo para toma de TAC.

Los servicios de pediatría, ginecoobstetricia, nutrición y dieta en la vigencia del 2009 presentaron disminución en la atención.

El Hospital obtuvo para la vigencia 2009, de acuerdo a la metodología de la Dirección Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., una calificación 50 en su gestión ambiental interna, la cual se encuentra soportada en la evaluación y verificación de la información ambiental reportada en el sistema SIVICOF, en las visitas administrativas realizadas a las áreas administrativa y asistencial, la información y documentos remitidos, así como los resultados de las verificaciones de auditoria.

En cuanto al Plan de Acción Ambiental del Hospital La Victoria, no fueron entregados los resultados y grado de cumplimiento a 31 de diciembre de 2009 de los resultados de cada uno de los siete programas y treinta y dos actividades, debidamente soportados, como tampoco el nombre y cargo del responsable de su consolidación, en razón a que el hospital no contrató durante el año 2009 referente ambiental.

Revisadas las actas del Comité de Gestión Ambiental del año 2009, se concluye que el hospital diligencia las actas, por cumplir el requisito, pero en ellas no se determinan acciones, compromisos y tareas dirigidas al cumplimiento de las obligaciones del comité ni de los coordinadores de las tres sedes del hospital, frente al programa de gestión ambiental, hecho que se evidencia en las inconsistencias observadas por este ente de control en la gestión ambiental de la entidad.

Al realizar el seguimiento al plan de mejoramiento, se estableció que de un total de 22 observaciones, se dio cumplimiento total a las acciones de mejora propuestas en 16 y parcial en 6, obteniendo un porcentaje del 86.5%, es decir, que este plan presentó un cumplimiento eficaz, contribuyendo de manera significativa en el mejoramiento de la gestión del Hospital La Victoria.

Los hallazgos presentados en los párrafos anteriores no inciden de manera significativa en los resultados de la administración, lo que nos permite conceptualizar que la gestión adelantada acata, salvo lo expresado en los párrafos anteriores, las disposiciones que regulan sus hechos y operaciones, cuenta con un efectivo

Sistema de Control Interno y en la adquisición y uso de los recursos conserva acertados criterios de economía, eficiencia y equidad. Así mismo, cumplió en un porcentaje significativo con las metas y objetivos propuestos.

Concepto sobre la evaluación y Revisión de la Cuenta

Revisada la cuenta de la vigencia 2009 presentada por la entidad a través del SIVICOF, se observó que se ajusta a la forma y términos establecidos en la Resolución No. 034 del 21 de diciembre de 2009.

Opinión sobre los Estados Contables

La Contraloría de Bogotá, emitió opinión razonable con salvedad a los estados contables de la vigencia 2008.

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

El Hospital de La Victoria III Nivel ESE presentó a 31 de diciembre de 2009, una cartera reconocida que ascendió a \$18.212.9 millones, la cual incluyó facturación glosada y saldos de deudores con una antigüedad entre 181 y 360 días por valor de \$2.960.4 millones y superior a 360 días por valor de \$6.282.3 millones que equivalen al 16.25% y 34.49% del total de la misma.

Los saldos de los pagadores que componen este rubro no se presentaron depurados en su totalidad como es el caso de Solsalud y Ecoopsos los cuales incluyeron pagos realizados por estas entidades y no descargados por el Hospital en cuantías de \$135.9 millones y \$232.7 millones respectivamente (Actas de conciliación de cartera con los pagadores). También se presentó cartera con ARSs liquidadas por valor de \$27.0 millones, valor que a pesar de encontrarse provisionado en el 100%, no ha sido depurado contablemente, teniendo en cuenta que algunas de estas entidades ya fueron liquidadas como es el caso de COOPDESA.

Lo anterior muestra un recaudo no oportuno de cartera y falta de depuración oportuna 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.

Así mismo, los derechos respaldados por letras de cambio presentaron a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$1.673.0 millones, de los cuales \$1.423.2 millones, presentan una antigüedad superior a 360 días. A pesar de la gestión realizada por

la entidad, se observó una mínima recuperación de estos valores y la no realización de la respectiva depuración contable, teniendo en cuenta que la acción de cobro prescribió para gran parte de estos títulos valores.

Sin embargo, es conveniente destacar como una adecuada gestión en la recuperación de cartera, el recaudo originado en cobros coactivos durante la vigencia 2009 por un valor total de \$2.026 1 millones, el cual incluyó: Valor de la deuda \$1.065.3 millones, intereses \$872.9 millones y costas \$87.9 millones.

Con relación a la cuenta Provisión para deudores, la entidad aplicó la política de provisión de cartera adoptada por el Hospital mediante acta de Comité Técnico de Sostenibilidad Contable No 004-07 del 28 de mayo de 2007, la cual establece rangos por edades de vencimiento para determinar el porcentaje a aplicar como provisión en cada uno de estos. Sin embargo, la aplicación de esta política no es consistente con el método general, el cual de acuerdo a las normas contables es el resultado de la estimación de un porcentaje sobre el total de los deudores que se consideran incobrables, con independencia de la situación particular de cada pagador, debido que se aplican diferentes porcentajes para las ARS, EPS, IPS y otros pagadores y un porcentaje diferente para el FFDS, a pesar de encontrarse dentro de los mismos rangos de vencimiento: como por ejemplo para el rango de deudas vencidas con una antigüedad superior a 360 días, se aplica para los primeros el 100% y para el FFDS el 2%. Es decir, este cálculo no fue el resultado de una evaluación técnica que permitiera determinar la contingencia de pérdida o riesgo por la eventual insolvencia del deudor, además de aspectos legales que originan el derecho. Así mismo el resultado de la aplicación de esta política afecta de manera significativa el resultado del ejercicio, teniendo en cuenta que el FFDS adeudaba a la entidad a 31 de diciembre de 2009 \$1.423.2 millones como cartera con una antigüedad superior a 360 días, clasificada como Deudas de difícil recaudo.

Finalmente, las cuentas: Inventarios en poder de terceros con un saldo de \$38.7 millones y Facturación Glosada en la Venta de Servicios de Salud con un saldo de \$3.643.1 millones, incluyen cifras de vigencias anteriores, las cuales no se encuentran conciliadas y depuradas, lo que demuestra falta de gestión por parte de la entidad en la conciliación, depuración y recuperación de recursos,

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 La Victoria 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.

Consolidación de Hallazgos

En desarrollo de la presente auditoria tal como se detalla en el Anexo N° 4.1 se establecieron 22 hallazgos administrativos de los cuales 1 tiene presunta incidencia disciplinaria que será trasladado a la Personería Distrital.

Concepto sobre 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 expresada sobre la razonabilidad de los Estados Contables, la cuenta rendida por la entidad, correspondiente a la vigencia 2009, **se fenece**.

A fin de lograr que la labor de la auditoría conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión pública, 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 Contraloría de Bogotá, 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.

Bogotá D.C., Septiembre de 2010

RAFAEL HUMBERTO TORRES ESPEJO
Director Sector Salud e Integración Social

2. ANALISIS SECTORIAL

SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO

2.1 Fundamentos

En la última década, la administración distrital planteó como componente en la política sanitaria “entregar salud para todos y todas”, buscando la universalización del acceso a los servicios y un acercamiento directo y efectivo a las familias y comunidades.

Esta intención se corresponde con los lineamientos trazados desde la Declaración de Alma Ata¹, donde se afirmaba que la atención primaria en salud se propone llegar a todos, principalmente a los más pobres, enfocada en los hogares y en las familias. Las más recientes declaraciones suscritas a nivel internacional no se apartan de este propósito, aunque con las precisiones y modificaciones propias del contexto. Así se encuentran, por ejemplo la denominada Declaración de las Américas, que habla de una APS renovada y la Declaración de Buenos Aires 30-15 suscrita en el marco de la Conferencia Internacional de Salud para el Desarrollo² y que enfatiza en una estrategia de salud para la equidad basada en la atención primaria.

Entonces, en Bogotá se profundizó en la atención primaria en salud y promocional de calidad de vida, que son los fundamentos que sostienen a los proyectos de salud a su casa y salud al colegio. Esta política busca reordenar los recursos del sistema, la manera de prestar los servicios brindándolos de manera integral a la población con énfasis en acciones de promoción en salud y prevención de enfermedades según el ciclo vital de las personas, induciendo la demanda, y tratando de superar el enfoque asistencialista.

En la operacionalización de la atención primaria en salud, la administración distrital, adoptó el enfoque de atención primaria integral en salud APIS³ e inició en los territorios de estratos 1 y 2 que concentran la población en mayor vulnerabilidad, con gestión desde los espacios de vida cotidiana de las comunidades, los denominados ámbitos de familia, barrio, escuela, jardín infantil y puesto de trabajo⁴.

¹ Organización Mundial de la salud OMS-UNICEF 1978. “Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud”. En: Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Series, No. 1, WHO, Génova, 1978

² La Conferencia se realizó en la Ciudad de Buenos Aires los días 16 y 17 de agosto del 2007.

³ Vega Romero Román et al. “La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral en salud”. En Revista Medicina Social, volumen 3, número 2. Bogotá, mayo de 2008.

⁴ Ibid.

Para concretar estas acciones se requiere desarrollo tecnológico apropiado, fortalecimiento de la gestión administrativa de los servicios de salud, participación comunitaria y procesos de intersectorialidad como parte del desarrollo económico y social⁵, componentes sobre los que se ha ido avanzando, en algunos con mayor dificultad, como el caso de la intersectorialidad, que se comenta más adelante.

Un sustento teórico del enfoque de atención primaria en salud presupone que las relaciones entre la salud y el desarrollo son indiscutibles y se reconoce que la salud es un resultante del proceso social, económico y político y que es también un derecho humano fundamental. A su vez la buena salud tiene un efecto benéfico sobre el nivel educacional, la productividad en el trabajo y el bienestar general de la población⁶.

Este enfoque que contempla la estrecha relación entre la salud y el desarrollo, considera necesariamente sus múltiples factores determinantes estructurales de una forma integrada, que en muchos casos no son modificables desde el sector salud, trascienden el ámbito estrictamente sanitario.

Fundamentado en estos referentes aparece el programa salud a su hogar y la estrategia salud al colegio, desarrollados en el Plan de Desarrollo Bogotá sin Indiferencia. En el proceso de armonización suscitado en 2008, por el cambio de administración, se identifican como proyectos.

El proyecto salud a su casa es la continuidad de salud a su hogar que se diseñó y desarrolló en el marco de la política distrital de la administración 2004-2007. Se constituye en puerta de entrada para acercar los servicios de salud a las familias más vulnerables de la ciudad y mejorar su calidad de vida, mediante la identificación conjunta de sus necesidades, organización integrada de la respuesta sectorial y abogacía para la movilización de otros actores sociales en torno a la construcción de respuestas, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de las familias⁷.

Por su parte, el proyecto Salud al Colegio es una alianza intersectorial entre las Secretarías de Educación y de Salud para mejorar la calidad de la educación, y la calidad de vida y salud de las comunidades educativas de la ciudad. Su intencionalidad es desarrollar respuestas integrales a las necesidades sociales desde una estrategia promocional de calidad de vida⁸.

⁵ Rodríguez Alcides Lorenzo. El Planteamiento Ideológico de Alma Ata. Escuela Nacional de Salud Pública ENSAP. La Habana, 2003.

⁶ Mirta Roses Periago. "La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la organización panamericana de la salud para el siglo XXI". En Revista Panamericana de Salud Pública Vol. 21 No.2-3 Washington Feb./Mar. 2007

⁷ Secretaría Distrital de Salud. Página Web. <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/saludasuhogar.aspx>

⁸ Secretaría Distrital de Salud. Cartilla Salud al colegio. Mayo 2007

Estos programas como instrumento de política, apuntan a fortalecer la capacidad de respuesta en atención primaria de los servicios, hacer un seguimiento continuo a las familias y comunidad escolar sobre promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, e impedir la imposición de barreras de acceso a los servicios por parte de los aseguradores y prestadores.

2.2 Salud a su casa y Salud al Colegio en el Plan de Desarrollo

El plan de desarrollo “Bogotá Positiva” en el objetivo estructurante “Ciudad de derechos”, programa “Bogotá sana”, que busca garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque de prevención, promoción y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas, referencia como proyectos⁹ salud a su casa y salud al colegio y establece unas metas concretas, así:

CUADRO 1
METAS PROYECTOS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO
PLAN DE DESARROLLO BOGOTÁ POSITIVA

Proyectos	Metas	Línea Base
Salud a su casa	Cubrir 425 microterritorios con la estrategia Salud a su Casa	325 microterritorios cubiertos con el programa. SDS.
Salud al colegio	Cubrir 734 sedes educativas con el programa Salud al Colegio	309 sedes educativas cubiertas con el Programa. SED Dirección Gestión Institucional y SDS.

Fuente: Plan de Desarrollo Bogotá Positiva

En la definición de estos proyectos se plantearon los siguientes objetivos:

Proyecto 623 Salud a su Casa: Mejorar la calidad de vida de las familias mediante el desarrollo de respuestas integrales que afecten positivamente los determinantes sociales que inciden en ella y promuevan el ejercicio de sus derechos, para lo cual se debe:

- 1]. Identificar las problemáticas de las familias a partir de una lectura compleja de necesidades con perspectiva de ciclo individual y familiar para diseñar respuestas integrales.
- 2]. Promover la participación de las familias en los procesos propios del ámbito para fortalecer su capacidad de respuesta a las necesidades y el mejoramiento de su entorno, avanzando en la afectación positiva de los factores determinantes y favoreciendo el ejercicio de los derechos.

⁹ Acuerdo 308 de 2008 Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva”. Artículo 33.

3]. Promover en la familia una cultura de valores que favorezcan relaciones dinámicas, funcionales y armónicas.

Respecto del proyecto 624 Salud al Colegio, el objetivo general es afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población escolarizada del Distrito Capital, mediante la construcción de espacios de comunicación interinstitucional, que permitan la implementación concertada de acciones de promoción, prevención y canalización a redes de servicios, con estrategias de salud escolar que responden a las necesidades, expectativas y potencialidades de la población, desde un enfoque promocional de calidad de vida. Se plantean como objetivos específicos:

1]. Fortalecer las relaciones intersectoriales que permitan al programa ámbito escolar desarrollar acciones promocionales, preventivas y reconstitutivas de salud escolar, que cuenten con la participación de los actores y sectores, sociales, comunitarios e institucionales, responsables de contribuir a garantizar la calidad de vida y salud de las comunidades educativas.

2]. Estructurar acciones de promoción de la salud, mediante la concertación, el diseño y la implementación de iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidan de manera efectiva en la vida cotidiana de las instituciones educativas potenciando su función de jardines, escuelas y colegios e Instituciones de Educación Superior, Promotores de Salud.

3]. Desarrollar acciones para la identificación, atención y seguimiento de los problemas de salud que interfieren las condiciones de aprendizaje de la población escolar y preescolar del distrito, favoreciendo y facilitando el acceso a servicios de salud.

Además de cubrir territorios, familias y sedes educativas, y como parte de las acciones propias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, se busca apoyar el cumplimiento de metas en materia de salud, las cuales no se pueden medir directamente como impacto de las actuaciones de los proyectos.

Entre estas metas se tienen:

- Reducir a 10% la tasa de bajo peso al nacer.
- Aumentar a 6 meses de edad la lactancia materna
- Reducir a 3 Tasa por 100.000 habitantes de suicidio
- Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años
- Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años
- Adaptar, adoptar e Implementar 100% Plan distrital de la política nacional de salud mental que aporte a la reducción del consumo de sustancia psicoactivas

- Fortalecer 24 horas Línea amiga de niños, niñas de adolescentes 106 (Atención 24 horas)
- Implementar en los 734 ámbitos cotidianos de los jóvenes de 13 a 17 años de las veinte localidades del Distrito Capital el programa de promoción de actividad física.
- Implementar 100% la política de discapacidad para reducir la prevalencia de limitaciones evitables y la inclusión de esta población de acuerdo al Plan de Acción.
- Implementar 100% las Estrategias de atención materno infantil AIEPI, IAMI y IAFI .infantil AIEPI, IAMI y IAFI. de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS.
- Aumentar 10% la denuncia de violencia intrafamiliar y violencia sexual
- Incrementar 25% sedes colegios la cobertura del programa de salud oral en la población afiliada a los regímenes subsidiado y contributivo, mediante campañas educativas.

En cuanto a los recursos para la ejecución de estos proyectos en el horizonte del plan de desarrollo, según información de SEGPLAN, se estimaron en un total de \$354.361 millones de 2008, distribuidos así:

CUADRO 2
RECURSOS PROGRAMADOS HORIZONTE 2008-2012
PROYECTOS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO

Millones de pesos 2008

PROYECTO	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
Salud a su casa	18.349	41.500	45.500	50.500	55.041	210.890
Salud al colegio	6.700	26.998	31.235	36.442	42.096	143.471
TOTAL	25.049	68.498	76.735	86.942	97.137	354.361

Fuente: Recursos programados Fichas EBID. DSDS-FFDS.

Sin embargo, el monto de estos recursos ha sido disminuido, como se establece al comparar con la programación y ejecución de las vigencias 2008 a 2010.

CUADRO 3
RECURSOS PROGRAMADOS Y EJECUTADOS
PROYECTOS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO

Millones de pesos

PROYECTO	2008		2009		2010	
	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado junio 30
Salud a su casa	18.574	18.573	34.431	34.430	29.425	9.519
Salud al colegio	6.934	6.916	20.104	20.104	22.086	6.907
TOTAL	25.508	25.492	54.535	54.534	51.511	16.426

Fuente: SIVICOF. Contraloría de Bogotá. Información reportada por el Fondo Financiero Distrital de Salud.

En los años 2009 y 2010 la reducción es importante, ya que en la programación inicial de los proyectos, se calculó un monto de \$68.498 millones y \$76.735 millones respectivamente, y en los presupuestos anuales se asignaron apenas \$54.535 millones y \$51.511 millones, es decir que en total se redujo en \$39.187 millones, el monto de recursos para estos proyectos.

En este sentido, se debe revisar la disposición de recursos a fin de garantizar el logro de las metas propuestas en el plan de desarrollo.

2.3 Operacionalización de los proyectos

2.3.1 Salud a su casa

Como se comentó anteriormente, el proyecto salud a su casa da continuidad al programa salud a su hogar de la administración distrital 2004-2007. En este sentido, inicia en algunas zonas de las localidades en emergencia social, pretendiendo llegar a la población afiliada al Régimen Subsidiado y a la población no asegurada o vinculada, por medio de la red hospitalaria adscrita y posteriormente se extendió a todas las localidades.

Operativamente el proyecto se concreta a través de un proceso de contratación celebrado entre el Fondo Financiero Distrital de Salud con los hospitales de menor complejidad, que tiene como objeto adelantar un proceso de mantenimiento y seguimiento a población de un micro territorio, que es determinada como la unidad operativa para el desarrollo del proyecto salud a su casa, el cual se configura como el conglomerado de 1.200 familias, que comparten un espacio geográfico, condiciones socioeconómicas y de entorno¹⁰.

En el caso de inclusión de nuevos micro territorios o familias se inicia con un proceso de caracterización que se realiza mediante la aplicación de una encuesta a través de la ficha técnica para la identificación y caracterización de núcleo familiar, el cual indaga por las condiciones de la vivienda, aspectos de la familia y de los individuos en cuanto a aseguramiento en salud, escolaridad, empleo y estado de salud.

Las intervenciones se hacen sobre todas las familias de un micro territorio independiente de su régimen de afiliación, priorizando en algunos grupos poblacionales como gestantes, menores de 5 años, adultos mayores, población en condición de discapacidad, población con diagnóstico de diabetes e hipertensión, mujeres en edad fértil y eventos de notificación obligatoria. Estas intervenciones

¹⁰ En zona rural un número de familias varía de acuerdo a la dispersión geográfica y distribución de las viviendas

consisten en identificación de necesidades, educación en hábitos de vida saludables, información sobre derechos y deberes y referenciación a servicios.

Se hace trabajo especial, consistente en asesorías familiares ante situaciones críticas referidas a salud mental, discapacidad física y cognitiva y desplazamiento. También se orienta en salud oral, manejo de animales y saneamiento básico, especialmente para el manejo de agua.

El grupo de familias del micro territorio se adscribe a los equipos básicos que están ubicados en puntos de atención de las ESE cercanos, o que se encuentran en los territorios seleccionados, con el fin de disminuir barreras de acceso geográfico, acercando los servicios a la población.

Las familias que se adscriben a los equipos están asignadas con un criterio territorial, razón por la cual en su gran mayoría son de barrios o sectores contiguos. Existen algunas excepciones en zonas donde la población pobre y vulnerable se encuentra muy dispersa; en estos casos los equipos pueden tener población adscrita de barrios no contiguos

Salud a su casa opera a través de dos equipos de salud: El primero se denomina Equipo Básico de Salud Familiar y Comunitaria (EBSFC) que se encuentra conformado por dos gestores de salud (auxiliares de enfermería o de salud pública), y 36 horas médico y 36 horas enfermera. Un segundo equipo que se denomina Equipo de Salud Complementario (ESC), se encuentra conformado por profesionales y técnicos de diferentes disciplinas (Por ejemplo psicólogo, nutricionista, trabajador social, odontólogo, terapeuta ocupacional, entre otros). Todos ellos trabajan con las familias, en diferentes momentos para dar respuesta integral a las necesidades identificadas.

La información de la caracterización y el seguimiento es cargada en un sistema desde los hospitales y se consolida en la Secretaría de Salud, desde donde el equipo central puede generar reportes y revisar la consistencia de la información.

Dadas las novedades que se pueden presentar en los núcleos familiares por llegada de nuevos miembros o el fallecimiento o ida de algún integrante, la información se actualiza periódicamente. Para el cargue de estas rutinas y otro tipo de validaciones, el sistema de información consta de dos módulos, uno de caracterización y otro de seguimiento.

El equipo de la Secretaría realiza reuniones mensuales con todos los hospitales para revisión y aplicación de protocolos y procesos, los cuales abarcan uno

estratégico de participación, 2 misionales (lectura de necesidades y construcción de la respuesta) y uno de apoyo de referenciación a servicios.

De otra parte, es de destacar que en algunos casos se presentan obstáculos para el contacto de familias e individuos por situaciones de inseguridad que imposibilitan el acceso de los equipos de salud a su casa. Las dinámicas poblacionales originadas en situaciones de desplazamiento, reubicaciones de viviendas y traslado a otras zonas de la ciudad impactan en el normal desarrollo del proyecto.

Sin embargo, la mayor problemática se relaciona con los procesos de intersectorialidad que, como se mencionó anteriormente, hace parte de los fundamentos de la estrategia de atención primaria en salud. En efecto, la apuesta por un trabajo que involucra a muchos agentes y sectores no resulta fácil de implementar, ya que convergen intereses, prioridades y políticas no siempre afines que entran un abordaje integral de la estrategia, a más que requiere un ejercicio de planificación que desde el comienzo asigne funciones, recursos y estrategias articuladas hacia un propósito común.

La estrategia pretende afectar determinantes estructurales que no se resuelven exclusivamente desde el actuar del sector salud, por lo cual a pesar de los esfuerzos, por ejemplo, para educar y orientar en el manejo del agua o el saneamiento básico, si no hay mejoras en las condiciones de la vivienda, en el acceso de servicios de agua potable o alcantarillado, no se pueden alterar favorablemente las condiciones de salud de la población. En este sentido, se ven más afectadas las familias asentadas en desarrollos ilegales, en donde la institucionalidad difícilmente puede intervenir.

No obstante estas dificultades, se destacan los siguientes acuerdos de trabajo conjunto con instituciones relacionadas con la calidad de vida y en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

CUADRO 4
ALIANZAS CON ENTIDADES PROYECTO SALUD A SU CASA

ENTIDADES DE NIVEL DISTRITAL	TIPO DE RELACIÓN	ACTIVIDADES
Secretaría Distrital de Integración Social	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Canalización hacia programas y servicios según rutas de acción, construidas en cada sector para la vinculación, según prioridades y problemas encontrados y que generalmente están relacionados con salud pública. ▪ Elaboración de procesos para focalización de población de territorios de SASC potencialmente beneficiaria de los proyectos de la SDIS. ▪ Desarrollo de jornadas de servicio al ciudadano en el marco de la Gestión Social Integral.
Secretaría de Educación del Distrito	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Canalización de niños desescolarizados hacia programas educativos de las instituciones distritales.

ENTIDADES DE NIVEL DISTRITAL	TIPO DE RELACIÓN	ACTIVIDADES
SENA	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> Convenio para la formación de promotores de salud de las E.S.E. adscritas como auxiliares de salud pública.
Alcaldías Locales	Concurrencia y complementariedad	<ul style="list-style-type: none"> Concurrencia de recursos de los Fondos de Desarrollo Local, para dar respuesta a las necesidades de la población en complemento a las acciones que no se pueden financiar desde el sector salud.
Metrovivienda y Caja de Vivienda Popular	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> Convenio para el mejoramiento de condiciones de habitabilidad desfavorable a la salud en viviendas ubicadas en territorios de SASC, con el fin de impactar de manera positiva algunas patologías debidas a condiciones de saneamiento básico precarias.
Comunidad	Alianza Estratégica	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de organizaciones de base comunitaria a través del desarrollo de núcleos de gestión de la salud en territorios de SASC. Participación en la identificación de necesidades, construcción de respuestas y control social a las acciones.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Oficio R: 93387 de 09-07-2010.

De otra parte, como gestión del proyecto y en avance hacia el cumplimiento de la meta establecida en el plan de desarrollo, a junio de 2010 se trabaja en 360 micro territorios, como se observa en el siguiente cuadro.

**CUADRO 5
MICROTERRITORIOS SASC POR LOCALIDAD**

LOCALIDAD	2008	2009	2010
Engativá	21	21	23
Usaquén	11	11	11
Chapinero	2	2	2
Barrios Unidos	1	1	1
Suba	70	70	70
Bosa	50	50	50
Fontibón	13	13	13
Puente Aranda	3	3	3
Kennedy	24	24	29
Rafael Uribe	34	34	34
Antonio Nariño	2	2	2
Candelaria	2	2	2
Mártires	4	4	4
Santa Fé	10	10	10
San Cristóbal	31	31	31
Usme	24	24	26
Tunjuelito	12	12	12
Ciudad Bolívar	35	35	35
Sumapaz	2	2	2
Total	351	351	360

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Oficio R: 93387 de 09-07-2010.

Suba, Bosa, Ciudad Bolívar y Rafael Uribe Uribe son las localidades que concentran la mayor cantidad de micro territorios, alrededor del 52.5%.

Para el logro de la meta faltan 65 micro territorios, los cuales serían priorizados en las localidades de Usme, Kennedy y Bosa, según información de la coordinación del proyecto.

2.3.2 Salud al colegio

A través de “Salud al Colegio” se promueven hábitos saludables en los niños, niñas y adolescentes de los colegios distritales de la ciudad principalmente en temas como salud sexual y reproductiva, salud mental y salud oral. El proyecto tiene un importante énfasis en promoción y prevención de enfermedades en la población escolar y trabaja con 36 equipos de profesionales de la salud que a través de intervenciones en la vida de los estudiantes, generan espacios que acompañan y amparan a esta población frente a riesgos como el maltrato, el abuso, la desnutrición o el trabajo infantil.

Los 36 equipos de salud al colegio que tienen un total de 599 personas, profesionales de las áreas de la salud, la educación y las ciencias sociales diariamente en sus visitas a los colegios abordan temas de salud pública, no sólo desde lo biológico, también se tienen en cuenta los aspectos sociales, culturales, afectivos o relacionales como factores que afectan la vida de las niñas, los niños, los adolescentes y los jóvenes; más allá de labores asistenciales en salud enseña a los niños, niñas y adolescentes a incluir proyectos escolares permanentes en temas como convivencia, tiempo libre, proyectos ambientales y de educación para la sexualidad.

De igual manera en el marco de la garantía de la salud como un derecho fundamental también realizan labores de rectoría, abogacía y exigibilidad, hacia las EPS, responsables de los planes obligatorios de salud de los niños, niñas y adolescentes. Esta labor que pretende canalizar y referenciar a los escolares hacia los servicios de salud, encuentra en la lógica del SGSSS una barrera de acceso, ya que no siempre pueden ser atendidos en los hospitales de referencia del proyecto, ya que la aseguradora a la que están afiliados no tiene contratos con esos hospitales, o en el caso de la población no asegurada, no puede ser atendida hasta tanto no se vincule al SGSSS, ya que la política es la de universalización.

Operativamente el programa se adelanta por los hospitales de primer nivel que contratan con el Fondo Financiero la ejecución de las actividades diseñadas para tal fin. Cada ESE cuenta con un coordinador técnico, 2 a 4 gestores territoriales, dependiendo del tamaño de la localidad que atienden, 12 unidades de trabajo, y un grupo de trabajo de acciones promocionales y otro denominado, de acciones

restitutivas de autonomía, que adelanta acciones en todos los planteles que cubre el hospital en temas de salud sexual y reproductiva y salud oral.

Como parte de la articulación con la Secretaría de Educación, esta entidad dispone de 20 referentes locales que acompañan y apoyan las labores de la Secretaría Distrital de Salud al facilitar el ingreso a planteles y el acceso a rectores, docentes y en general a la comunidad educativa.

Las unidades de trabajo son colegios y jardines de las 20 localidades de la ciudad. Las intervenciones en salud al colegio son: gestión, coordinación, sensibilización con actores del ámbito, preparación, educación y comunicación para la salud con la comunidad educativa, acompañamiento a las prácticas de higiene oral con agente comunitario, el monitoreo a las prácticas de higiene oral, favorecimiento al acceso a los servicios de salud (identificación de necesidades de tratamiento, clasificación (triage), remisiones y seguimiento, educación y comunicación para la salud.

Según el ámbito escolar las acciones se dirigen a:

Jardines Infantiles: En el marco del Plan de intervenciones colectivas (PIC) desarrolla acciones de salud pública en estos establecimientos que aportan a la construcción e implementación de prácticas de cuidado hacia los niños y niñas en la primera infancia.

Se gestiona en todas las localidades, a excepción de Sumapaz; las acciones son desarrolladas por las ESE de primer nivel y se dirigen al acompañamiento a los jardines para el cumplimiento de las normas técnicas expedidas por la Secretaría de Integración Social, como entidad competente para la certificación, inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de educación inicial; además comprende promoción de ambientes y entornos saludables; promoción de la atención materno infantil; promoción del buen trato; apoyo y suplementación nutricional.

Colegios: como resultado del acuerdo interinstitucional con la Secretaría de Educación, se desarrollan acciones de soporte pedagógico y acompaña a los equipos de salud con 20 referentes locales. Se realizan planes de acción por institución educativa, los cuales pueden ser consultados en el sistema de información de la Secretaría Distrital de Educación.

Se desarrollan actividades relacionadas con la gestión territorial en colegios, convivencia y derechos humanos, grupo de acciones promocionales para la prevención del consumo de SPA, salud sexual y reproductiva, salud ambiental. En

cuanto a la promoción de salud se enfatiza en la actividad física; salud oral, alimentación saludable, suplementación nutricional; salud visual y auditiva; salud mental; colegios protectores y activos ante violencias; soporte psicosocial ante factores de riesgo de la conducta suicida; referenciación a servicios de salud de adolescentes y jóvenes gestantes, posparto y lactantes. También hay actuaciones especiales para población escolar con discapacidad, en situación de desplazamiento, niños trabajadores y población étnica escolarizada.

Universidades: El programa se adelanta a través de los hospitales de Chapinero y Centro Oriente y consta de tres procesos: gestión para la promoción de calidad de vida en instituciones de educación superior; gestión de la salud sexual y reproductiva y gestión de la salud mental.

En 2009 se cubrieron 470 sedes de colegios, 160 jardines y 8 instituciones de educación superior, beneficiando con atenciones integrales en salud a 500.000 niños, niñas y adolescentes en sedes de colegios distritales, 28.800 niños y niñas de jardines infantiles y 38.000 jóvenes estudiantes de instituciones de educación superior.

El siguiente cuadro detalla la cobertura en colegios y jardines infantiles (incluye atendidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), por localidades, en donde se destaca un cubrimiento amplio de los planteles oficiales

**CUADRO 6
SEDES CUBIERTAS EN SALUD AL COLEGIO EN 2009**

UBICACIÓN	LOCALIDADES	NÚMERO DE EQUIPOS	SEDES CUBIERTAS ESCUELAS Y COLEGIOS			SEDES CUBIERTAS JARDINES	
			Oficial ¹	No Oficial	ATENDIDOS	CENTROS DESARROLLO INFANTIL ²	ATENDIDOS
Engativá	Engativá	4	34	283	46	21	14
Usaquén	Usaquén	2	12	148	26	17	13
Chapinero	Chapinero,	3	3	36	35	6	26
	Barrios Unidos		10	71		8	
	Teusaquillo		2	92		1	
Suba	Suba	3	28	362	36	29	9
Pablo VI	Bosa	3	33	82	36	50	13
Fontibón	Fontibón	2	10	110	25	11	6
Sur	Kennedy,	5	43	217	60	33	22
	Puente Aranda		15	93		8	
Rafael Uribe Uribe	Rafael Uribe.	2	27	94	25	22	8

UBICACIÓN	LOCALIDADES	NÚMERO DE EQUIPOS	SEDES CUBIERTAS ESCUELAS Y COLEGIOS			SEDES CUBIERTAS JARDINES	
			Oficial ¹	No Oficial	ATENDIDOS	CENTROS DESARROLLO INFANTIL ²	ATENDIDOS
	Antonio Nariño		5	46		8	
Centro Oriente	Santafé,	3	10	20	36	11	8
	Mártires,		8	38		4	
	Candelaria		2	18		2	
San Cristóbal	San Cristóbal	2	35	79	24	25	9
Tunjuelito	Tunjuelito	2	12	55	20	13	8
Usme	Usme	3	50	50	36	44	11
Vista Hermosa	Ciudad Bolívar	3	41	79	38	50	13
Nazareth	Sumapaz	2	4	0	27	0	0
TOTAL		39	384	1.973	470	363	160

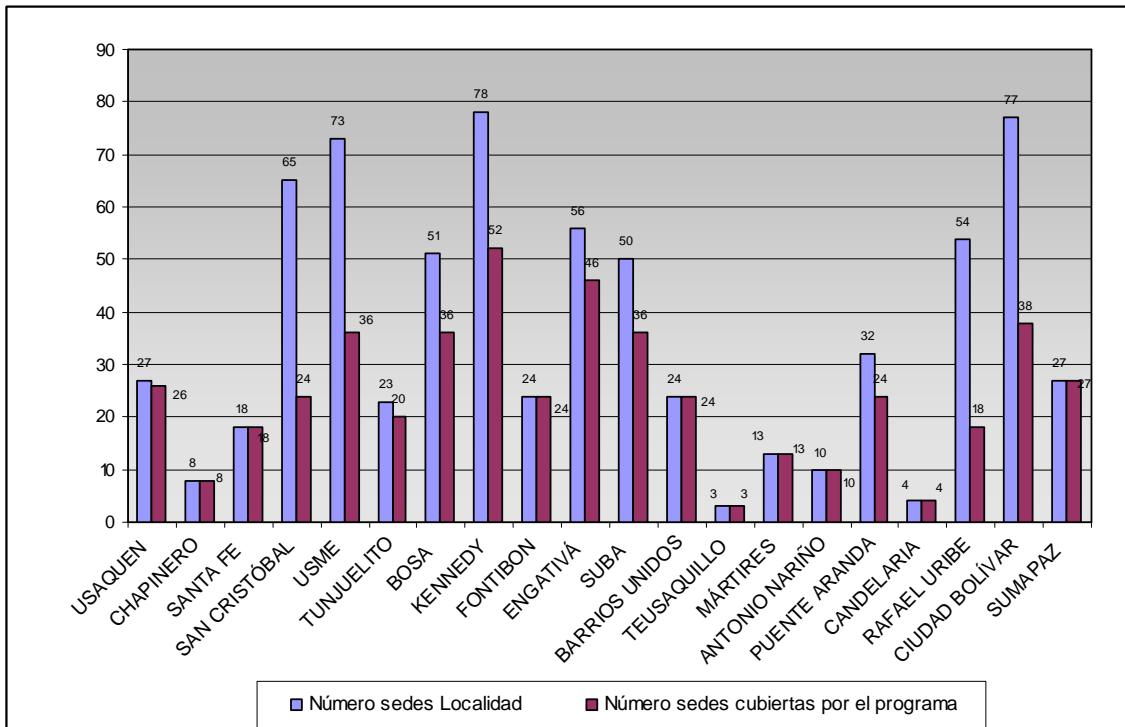
Fuente: Informe Balance Social SDS, SED y SDIS. Corte diciembre 2009.

¹ Colegios atendidos directamente por la SED y Colegios en concesión.

² Incluye las 4 modalidades que atiende la Secretaría Distrital de Integración Social: jardines infantiles, casas vecinales, jardines sociales y cupos cofinanciados.

Se estima que el total de la población afectada escolarizada en todas las instituciones diagnosticadas asciende a 1.627.725 pobladores de la ciudad. De esta cifra se han identificado como población prioritaria por su vulnerabilidad social y económica un total de 800.000 niños y niñas menores de 16 años afectados por el problema en las instituciones educativas de Bogotá D.C.; 43.400 niños y niñas menores de 5 años afectados por el problema en 310 jardines infantiles del distrito capital y 67.700 jóvenes mayores de 16 años afectados por el problema ubicados en 8 instituciones de educación superior.

GRÁFICO 1 CUBRIMIENTO ACTUAL DEL PROGRAMA SALUD AL COLEGIO; BOGOTÁ. AÑO 2010.

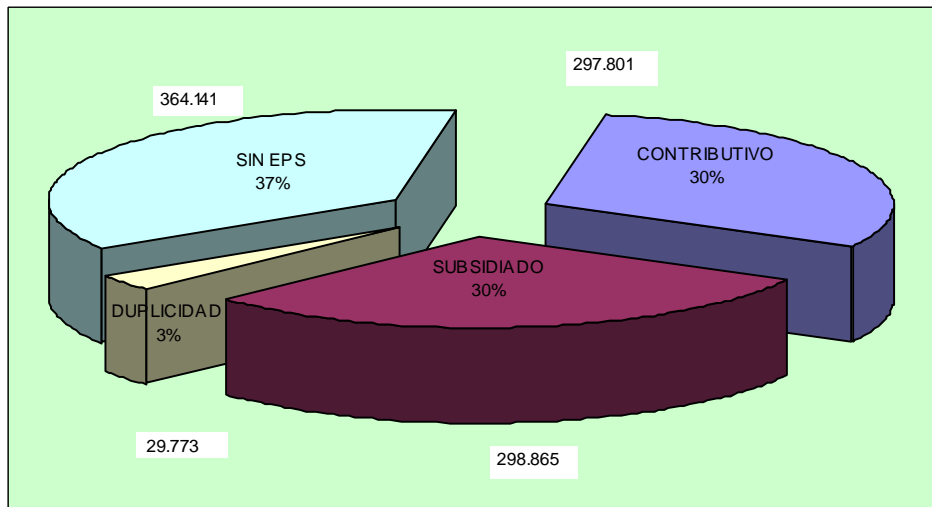


Fuente: Secretaría Distrital de Salud

Frente al total de sedes educativas, existe un déficit en la cobertura de atención en localidades como Ciudad Bolívar, Kennedy, Usme y San Cristóbal, hacia donde se tiene proyectado concentrar los futuros esfuerzos en aras del logro de la meta del plan de desarrollo.

Respecto del régimen de afiliación de la población beneficiada del programa, en el siguiente gráfico se puede observar la composición, donde se nota el importante número de niños y jóvenes que no tienen afiliación a EPS (37%).

GRÁFICO 2
RÉGIMEN DE ASEGURAMIENTO DE LOS ESCOLARES DE COLEGIOS
DISTRITALES. BOGOTÁ 2010



Fuente: Secretaría Distrital de Salud

Finalmente, dado el aporte de los proyectos a las metas de salud pública, especialmente las relacionadas con mortalidad, tasas de embarazo en adolescentes, entre otras, se presenta un resumen de los principales resultados obtenidos.

CUADRO 7
RESULTADOS EN CIFRAS DE LOS PROYECTOS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO
 Junio de 2010

PROYECTO NO. 623 “SALUD A SU CASA”	PROYECTO NO. 624 “SALUD AL COLEGIO”
558,875 familias abordadas, para 1.638,020 personas en diferentes etapas de ciclo vital, en los 351 micros territorios (Se exceptúa la localidad de Teusaquillo). Un total acumulado de 811,133 intervenciones informativas y educativas.	470 sedes educativas, 160 jardines y 8 Instituciones de Educación superior cubiertas con el Programa Salud al Colegio.
5.989 familias integradas al programa de rehabilitación basada en comunidad.	Se intervino a 7.882 niños y adolescentes para reducir el consumo de sustancias psicoactivas, con 204 sedes educativas cubiertas, con 44 casos detectados en dificultades de consumo. Se adelantaron acciones preventivas y restitutivas, a cerca de 90.000 personas entre las que se encuentran niños, niñas, jóvenes y adultos de instituciones educativas distritales, enmarcadas en la identificación de factores de riesgo, la promoción del factores protectores y la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
107.261 familias fueron informadas sobre los servicios de salud, que prestan las Empresas Sociales del Estado, 154.805 en deberes y derechos en el SGSSS, 225,807 sobre la adherencia a	Se dio continuidad al proceso de exigibilidad del derecho a la salud de 1.197 niños y niñas de 153 colegios integradores del D. C.

PROYECTO NO. 623 “SALUD A SU CASA”	PROYECTO NO. 624 “SALUD AL COLEGIO”
programas. 30,636 familias y cuidadores fueron educados e informados en temas de AIEPI, 4.504 en educación sobre la gestación, 83.116 en regulación de la fecundidad, 32.979 personas con condiciones crónicas o adultos mayores recibieron educación en diversos temas.	Se adelantó en 440 sedes de colegios del Distrito, acciones promocionales, preventivas y de restitución alrededor de las violencias. 3.386 niños y niñas identificados con situaciones de riesgo para las violencias con intervención en salud mental y 381 padres de familia beneficiados.
90.945 familias fueron educadas para mejorar las condiciones de su vivienda en cuanto a manejo de agua y residuos sólidos y manejo de animales y mascotas.	Identificar 154 casos de conducta suicida los cuales fueron canalizados a través de la red pública. Conformación de 438 grupos de estudiantes con 8679 niños y niñas que se formaran como promotores de salud mental y de la línea 106, quienes construirán una estrategia para promover salud mental en sus comunidades educativas.
49.978 familias recibieron educación en salud oral.	Promoción de la Salud Oral en 430 sedes de colegios.
2.401 gestantes fueron sensibilizados y canalizados para fomentar su asistencia a control prenatal, 17.945 niños y niñas menores de 5 años a control de crecimiento y desarrollo, 3.191 a vacunación, 63.318 mujeres a toma de Citología Vaginal y 16.541 personas canalizadas a regulación de la fecundidad.	Se adelantaron actividades de promoción de la alimentación saludable en 320 Instituciones Educativas Distritales de las 20 localidades.
Fueron canalizados 87.906 adolescentes a programa de adolescentes gestantes, 43.434 a diversos programas Secretaría Distrital de Integración Social, 636 a programas de discapacidad, 43.409 a comedores comunitarios, 517.421 casos de menores desescolarizados a la Secretaría Distrital de Educación, 3.263 verificaciones de asistencia CPN, 13.231 a completar el esquema de vacunación, 15.062 asistencia a C y D en niños menores de 5 años, 10.864 personas canalizadas al programa de hipertensión arterial, 1.847 a programa de Diabéticos, 134.833 al Programa Salud Oral, 73.132 a consulta de medicina general y 34.099 a consulta de Urgencias. Se remitieron 410 menores no escolarizados a la Secretaría Distrital de Educación para cupo en colegio distrital, 4 niños al ICBF para programas de protección, 2.774 personas con problemas de identificación a la Registraduría.	Se capacitó a 16.000 docentes en temas de salud sexual y reproductiva. Se logró la participación de 7.450 hombres y 8.717 mujeres entre 13 y 17 años en los programas de promoción de actividad física. Se identificaron 729 niños entre los 5 y los 10 años con alteración visual, de 2.251 que fueron abordados; 567 niños fueron remitidos a valoración por consulta general. Se identificaron 239 adolescentes entre gestantes y lactantes, para promover prácticas saludables y de autocuidado, con énfasis en la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

Fuente: SIVICOF. Informes de Gestión SDS 2008, 2009 y 2010. Balance Social 2008 y 2009.

2.4 CONCLUSIONES

En los últimos años la administración distrital adoptó el enfoque de atención primaria integral en salud APIS y desde allí formuló los proyectos de salud a su casa y salud al colegio gestionados desde los ámbitos de familia y escuela.

Dado que este enfoque contempla la estrecha relación entre la salud y el desarrollo, considera sus múltiples factores determinantes estructurales de una forma integrada, que en muchos casos no son modificables desde el sector salud, por lo cual es importante la intersectorialidad.

Este aspecto, precisamente constituye una de las mayores dificultades ya que la apuesta por un trabajo que involucra a muchos agentes y sectores no resulta fácil de implementar, ya que convergen intereses, prioridades y políticas no siempre afines que entran un abordaje integral de la estrategia, por lo cual se requiere un ejercicio de planificación que desde el inicio asigne funciones, recursos y estrategias articuladas hacia un propósito común de manera consistente.

En los años 2009 y 2010 se ha reducido sustancialmente el monto de recursos para los proyectos, ya que en su programación inicial, se calculó un monto de \$68.498 millones y \$76.735 millones para salud a su casa y salud al colegio, respectivamente, y en los presupuestos anuales se asignaron apenas \$54.535 millones y \$51.511 millones, con una disminución total de \$39.187 millones.

3. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

3.1 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

El Hospital La Victoria tiene vigente el plan de mejoramiento con la Contraloría de Bogotá como resultado de la Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular realizada en la vigencia 2008.

Se realizó seguimiento a las 22 observaciones y el cumplimiento de las acciones correctivas arrojó el siguiente resultado: cumplimiento parcial a 6 que corresponden a un 27.3% y cumplimiento total a 16 que corresponden al 72.7%

Por lo anteriormente expuesto, se concluye que el proceso de mejora propuesto por el Instituto contó con la celeridad y oportunidad necesaria, lo cual incide positivamente en la gestión de la entidad, obteniendo un porcentaje del 86.5%, es decir, que este plan presentó un cumplimiento eficaz.

3.2 SEGUIMIENTO A CONTROLES DE ADVERTENCIA Y PRONUNCIAMIENTOS COMUNICADOS VIGENTES

Respecto al pronunciamiento sobre la crisis estructural del sector salud en Bogotá, para el caso del hospital la Vitoria III NA en la vigencia 2009 el déficit presupuestal continúa, pues el presupuesto inicial fue de \$40.232.7 millones y fue necesario adicionarlo en ocho (8) ocasiones por un valor total de \$21.350.6 millones, que representan un 53% del inicial, para un total de \$61.583.3 millones, de los cuales en gastos se comprometieron \$60.937.4 millones y se recaudaron \$51.273.1 millones, estableciendo un déficit de \$9.664.3 millones; en cuanto a la cartera neta del hospital, esto es, restándole la facturación pendiente por radicar, entre diciembre de 2008 y 2009 paso de \$13.457.1 millones a \$18.212.9 millones, presentando un aumento de \$4.755.8 millones equivalentes al 35%.

En lo relacionado al pago global prospectivo y sus tarifas, la Secretaria Distrital de Salud mediante comité directivo del 27 de enero de 2010 incrementó las tarifas acordadas en los contratos suscritos entre el FFDS y las ESE con base en el IPC, a partir del mes de enero de 2009 en un 7.67% y para el 2010 en un 2.0%; en lo concerniente a la compra de los medicamentos e insumos de mayor consumo y rotación en la vigencia 2009 tampoco se aplicó estrategia de la negociación conjunta entre la red hospitalaria, por lo tanto el hospital realizó dichas compras de manera individual.

Ahora bien, en cuanto al pronunciamiento emitido por la Contraloría de Bogotá ante la Secretaría Distrital de Salud, relacionado con *“el riesgo de dejar percibir recursos para financiar la salud de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda por el proceso de saneamiento de aportes patronales previsto en los literales a) y b) del parágrafo del artículo 58 de la Ley 715 de 2001 y la Resolución 3815 de 2003 del Ministerio de la Protección Social”*, el grupo auditor evidenció que el proceso de saneamiento de los aportes patronales período 1994-2001 por concepto de cesantías, pensiones, salud y riesgos profesionales, los cuales son financiados con recursos provenientes del situado fiscal, incluye las etapas de establecer saldos a favor o en contra de los aportes patronales en cada ESE del Distrito y la aplicación de excedentes para el saneamiento. Teniendo en cuenta lo anterior, el hospital La Victoria III NA a diciembre de 2009 por concepto de salud concilió con 16 EPS los valores del situado fiscal del periodo 1994-2001 por valor total de \$260.2 millones. En cuanto a los fondos de pensiones el hospital depuró la información por un total de \$336.4 millones, suma que no ha sido conciliada con dichos fondos; debido a que estas entidades no han saneado en su totalidad la información, idéntica situación se presentó con los fondos de cesantías cuya información por parte del hospital asciende a \$185.6 millones.

3.3 EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La evaluación del Sistema de Control Interno del Hospital La Victoria III Nivel ESE se practicó utilizando mecanismos como las auditorías de seguimiento, la verificación de documentos, entrevistas y aplicación de cuestionarios de control interno. Se determinó que la entidad en su organigrama presenta 7 áreas de las cuales se auditaron 5 que representan el 71.4% del total, las áreas seleccionadas fueron las siguientes: Oficina Asesora Jurídica, Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, Subgerencia Administrativa y Financiera, (Presupuesto, Contabilidad), Subgerencia de Servicios de Salud, Atención al Usuario y Oficina Asesora de Planeación, lo que permitió conceptualizar sobre la calidad y eficiencia del sistema de Control Interno.

La evaluación se realizó acorde a la metodología establecida por la Función Pública, de acuerdo al Modelo Estándar de Control Interno (MECI) implementado por el hospital, lo cual arrojó una calificación final de 3.8, colocando a la entidad en un rango bueno con un nivel de riesgo bajo.

Una vez aplicados los cuestionarios de evaluación del control interno a las áreas antes mencionadas, se encontró lo siguiente:

SUBSISTEMA CONTROL ESTRATÉGICO

Este subsistema consta de tres componentes de control para lograr una cultura organizacional basada en el ambiente de control, el direccionamiento estratégico y la administración de los riesgos. La evaluación arrojó una calificación de 4.0 para este subsistema, ubicándose en un rango bueno con nivel de riesgo bajo.

Componente Ambiente de Control

Este componente obtuvo una calificación de 4.2 ubicándose en un rango bueno con nivel de riesgo bajo.

Elemento Acuerdos, compromisos o Protocolos Éticos

El Hospital actualizó el Código de Ética y adoptó el Código de Buen Gobierno mediante la Resolución No. 204 del 3 de septiembre de 2007 la cual contiene Misión, Visión, Naturaleza Jurídica, Marco Conceptual, Principios y Valores Institucionales y en su Título II adopta el Código de Buen Gobierno encaminado a garantizar gestión eficiente, íntegra y transparente por parte de la administración. La difusión y socialización se ha realizado a través de capacitaciones, talleres, publicaciones en intranet y página WEB del Hospital.

No obstante lo anterior, con la aplicación de los cuestionarios de control interno, se observó que falta mayor reconocimiento y aprehensión del código de ética, por parte de todos los funcionarios, en gran medida por frecuente rotación de personal en las diferentes áreas.

Este elemento obtuvo una calificación de 4.5

Elemento Desarrollo del Talento Humano

La calificación de este elemento fue de 4.0

La entidad cuenta con procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación de desempeño de los servidores públicos de acuerdo a lo normado en la Ley 909 de 2004. El manual de funciones y competencias fue adoptado mediante Resolución No. 185 del 15 de septiembre de 2005.

A pesar de que se cuenta con programas de inducción, capacitación y bienestar, no todos los funcionarios tienen la misma participación en ellos, como es el caso del personal médico ya que es insuficiente para cubrir la gran demanda de usuarios del hospital, lo que incide en el desarrollo del talento humano, en cuanto a su motivación y nivel de competencia.

Elemento 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 toma las decisiones.

Una vez evaluado, este componente la calificación fue de 4.0

Componente Direccionamiento Estratégico

La planeación institucional contempla misión, visión, objetivos, acciones, cronogramas, responsabilidades y metas, acordes con el propósito misional del hospital. Periódicamente se realizan reuniones de evaluación de las actividades de cada dependencia las cuales son presentadas en los comités de gerencia.

De otra parte, se cuenta con el mapa de procesos el cual detalla los nueve (9) Macroprocesos entre los que se encuentran estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.

Este componente obtuvo una calificación de 4.0

Elemento Planes y Programas

Se estableció la existencia de planes y programas en los diferentes niveles de la organización, los cuales apuntan al cumplimiento de los objetivos misionales; dichos planes contemplan seguimiento y verificación para determinar su cumplimiento. No obstante, se encontraron debilidades en la formulación de los proyectos de inversión, lo cual se puede traducir en riesgos para el cumplimiento de los objetivos y programas del hospital.

Evaluado este elemento la calificación fue de 4.0

Elemento Modelos de Operación por Procesos

La calificación de este elemento fue de 4.0, es decir, que se encuentra en un rango bueno con nivel de riesgo bajo.

El Hospital La Victoria tiene aprobado el Manual de Procesos y Procedimientos mediante la Resolución No. 287 de diciembre 4 de 2007, la cual fue modificada con la Resolución No. 244 de septiembre 15 de 2008 y describen los macroprocesos con sus respectivos procesos, además se cuenta con los

flujogramas de información que se requiere en cada uno de ellos. Este manual fue socializado a través de la intranet, inducciones y reuniones al interior de los diferentes grupos de trabajo.

Así mismo, en cumplimiento de lo normado en la NTCGP 1000:2004 los procesos se encuentran establecidos en Manual aprobado y con la Resolución No. 223 de 2008 se definió la estructura organizacional por procesos, se crearon coordinadores de área de gestión para cada uno de ellos estableciendo niveles de autoridad y responsabilidad para las actividades propias de cada proceso.

Elemento Estructura Organizacional

El hospital cuenta con una estructura organizacional en la cual se identifican niveles de autoridad y responsabilidad, así mismo cuenta con un manual de funciones en el cual se establecen las correspondientes a cada área y cargo. Se realizan reuniones de comités directivos y otros, a fin de evaluar las actividades.

Este componente obtuvo una calificación de 4.0.

Componente Administración del Riesgo

En este componente la entidad tiene la posibilidad de evaluar los eventos negativos (internos y/o externos) que afecten el cumplimiento de sus objetivos y proceder al diseño de estrategias para emprender acciones de mejora que le permitan minimizar los riesgos a los cuales se ve expuesta.

Este componente obtuvo una calificación de 3.8

Elemento Contexto Estratégico

El Hospital tiene identificados, a través de sus procesos, los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos. Para mitigarlos se han adelantado programas de sensibilización interna para la administración de riesgos. De la misma manera, se formuló la matriz DOFA y el diagnóstico situacional a través de los cuales se determina el avance y comportamiento de los planes y programas que se tienen previstos.

Este elemento obtuvo una calificación de 4.0

Elemento Identificación de Riesgos

Con base en el mapa de riesgos y los resultados de la evaluación del sistema de control interno este componente obtuvo una calificación de 4.0 ubicándose en un rango bueno con nivel de riesgo bajo.

El hospital tiene identificados sus riesgos por dependencias, los cuales cuentan con causas y efectos y se encuentran desglosados por procesos y procedimientos.

Elemento Análisis de Riesgos

El hospital cuenta con el mapa de riesgos institucional por proceso el cual detalla cuatro franjas que son: Identificación del riesgo, Análisis del riesgo, Valoración y Administración del riesgo. La oficina de Gestión Pública y Autocontrol realiza el seguimiento a este mapa para lo cual efectúa el análisis al comportamiento de los indicadores definidos por cada dependencia.

Este elemento obtuvo una calificación de 4.0

Elemento Valoración de Riesgos

El Hospital cuenta con matriz de riesgo en donde se describe la probabilidad de ocurrencia, el impacto que puede generar, la calificación y evaluación, dando prioridad a los riesgos misionales. Cada una de las áreas cuenta con formato de identificación de riesgo de acuerdo a los procedimientos que manejan.

Este componente obtuvo una calificación de 4.0

Elemento Políticas de Administración de riesgos

Este elemento obtuvo una calificación de 3.0

La entidad cuenta con política de administración de riesgos definida en el Código de Buen Gobierno adoptado con la Resolución No. 204 de septiembre 3 de 2007, sin embargo en algunos casos no se aplican los correctivos para evitarlos.

3.3.1 Las dependencias del área financiera entienden sus riesgos y fijan los mecanismos para evitarlos o reducirlos, sin embargo dentro de la organización no se tienen políticas de administración del riesgo financiero, lo anterior se evidencia en que las decisiones de la alta dirección no ha logrado corregir las desviaciones que se presentan en los procedimientos de cartera, incidiendo en el comportamiento del flujo de recursos para el funcionamiento y sostenibilidad del hospital. Esta situación contraviene lo establecido en el artículo 2 literal a) de la Ley 87 de 1993.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

Este subsistema agrupa los siguientes componentes: actividades de control, información y comunicación pública, los cuales al interactuar proporcionan el adecuado control de los procesos de cada entidad. La evaluación arrojó una calificación de 3.9 para este subsistema, ubicándose en un rango bueno con nivel de riesgo bajo.

Componente Actividades de Control

Este componente obtuvo una calificación de 3.9 ubicándose en un rango bueno con nivel de riesgo bajo.

Elemento Políticas de Operación

El Hospital cuenta con políticas de operación para la ejecución de procesos y procedimientos definidas en la Resolución No. 335 de 24 de noviembre de 2008 y 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 elemento obtuvo una calificación de 4.0

Elemento Procedimientos – Manual de Procedimientos

El hospital cuenta manual de procesos y procedimientos aprobado mediante Resolución No. 287 de diciembre 4 de 2007 modificada con la Resolución No. 244 de septiembre 15 de 2008, los procedimientos se han implementado estableciendo responsable para la ejecución de actividades e identificando la manera como se ejecutan cada una de ellas; sin embargo, no se cuenta con cronograma de revisión para posibles actualizaciones.

Este componente obtuvo una calificación de 4.0

Elemento Controles

Verificados los controles implementados en el proceso de contratación, se encontraron deficiencias en la organización y contenido de las carpetas y en la fase contractual y post-contractual tal como se deja consignado en el capítulo de la evaluación del componente de contratación en este informe.

El elemento controles obtuvo una calificación de 3.7

Se evidencia que la entidad definió controles clasificados en preventivos o correctivos, para prevenir o mitigar los posibles riesgos que afecten el adecuado desarrollo de los procesos y procedimientos. Se estableció que todo el personal tiene su usuario para ingresar al sistema operativo y que los archivos compartidos están protegidos como de sólo lectura para impedir que sean modificados.

Elemento Indicadores

Este elemento obtuvo una calificación de 4.0

Se tienen fichas técnicas que definen los indicadores de la entidad según los procedimientos de cada área. Para medir el avance en la ejecución de sus planes y programas se cuenta con indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad, a los cuales se les realiza el seguimiento por parte de la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol.

Componente información

Este componente obtuvo una calificación de 3.9

Elemento Información Primaria

La información que proviene de fuentes externas se procesa dentro de la entidad, identificando su procedencia y concepto en cada uno de los procesos que se desarrollan. La principal fuente de información es la ciudadanía, para lo cual el Hospital ha implementado mecanismos de atención al usuario como la participación comunitaria en los comités de ética y reuniones de Junta Directiva, recepción de quejas, reclamos, peticiones, felicitaciones a través de buzones, de manera verbal, escrita, vía telefónica y correo electrónico.

Este elemento obtuvo una calificación de 4.0

Elemento Información Secundaria

Para el manejo de este tipo de información, se tiene el proceso de documentos emitidos por cada dependencia y su contenido, los cuales se encuentran en el macroproceso de sistema de información. Así mismo, se han implementado tablas de retención documental en las diferentes dependencias del hospital.

En información secundaria se destacan los actos administrativos proferidos por la entidad, manuales tanto de procesos como procedimientos los cuales aunque han sido dados a conocer, falta mayor aprensión por parte de los funcionarios. Igualmente identifica los informes a organismos públicos.

En este elemento la calificación fue de 4.0

Elemento Sistemas de Información

El sistema de información del hospital es manejado a través del aplicativo Dinámica Gerencial Hospitalaria el cual cuenta con 15 módulos. El sistema es funcional para los procesos financieros y es utilizado como herramienta de apoyo para el cumplimiento del objeto social de la entidad. No obstante, el aplicativo no es suficiente para capturar toda la información que produce el hospital, siendo necesario acudir a software de complemento en áreas asistenciales.

Este elemento obtuvo una calificación de 3.75

Componente comunicación pública

Este componente obtuvo una calificación de 3.9

Elemento Comunicación Organizacional

Para evaluar la oportunidad, utilidad y confiabilidad de la información se vienen aplicando encuestas de satisfacción a los usuarios cuyos resultados son tabulados en el área de Participación Social. Como medios de comunicación, se utiliza el correo electrónico y las carteleras, que contribuyen a los procesos de la entidad, intranet con las distintas dependencias que conforman la estructura organizacional a fin de mejorar y evaluar la comunicación dando a conocer las políticas de la Entidad. Los canales de comunicación entre la Dirección y las diferentes áreas se encuentran establecidos en el mapa de procesos y en el código de buen gobierno.

Este componente obtuvo una calificación de 4.0

Elemento Comunicación Informativa

La comunicación informativa tiene relación directamente con participación ciudadana, se dan a conocer los servicios en carteleras, boletines, publicaciones, informes y página Web. También interactúa con la ciudadanía a través de la Asociación de Usuarios, COPACO, Comités de Ética y de Aseguramiento, líneas telefónicas y buzones.

La información de la alta Dirección es transmitida en los diferentes Comités que desarrolla la entidad.

En este elemento la calificación fue de 3.7

Elemento Medios de Comunicación

Como medios de comunicación, se utilizan plegables informativos, carteleras, que contribuyen a los procesos de la entidad, intranet con las distintas dependencias que conforman la estructura organizacional a fin de mejorar y evaluar la comunicación dando a conocer las políticas de la entidad.

El hospital aún no tiene PBX o línea gratuita de atención al ciudadano, actualmente está en proceso de implantación. Para ello se cuenta con la extensión de la oficina Atención al Usuario y los números telefónicos de asignación de citas (2065710; 2065750 y 2081369) para la recepción de las quejas, reclamos, peticiones y felicitaciones. Adicionalmente, existen 5 buzones distribuidos en las áreas de Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias, Maternidad y Pediatría, los cuales son abiertos todos los jueves por funcionarios de la oficina de Atención al Usuario y en presencia de 1 delegado de la asociación de usuarios y 1 usuario del hospital, de lo cual se firma el acta correspondiente y se informa del contenido a la oficina de Gestión Pública y Autocontrol.

En este elemento la calificación fue de 4.0

SUBSISTEMA CONTROL DE EVALUACIÓN

Permite valorar permanentemente la efectividad del control interno con el propósito de que la entidad cumpla con los objetivos establecidos.

Este subsistema está conformado por tres componentes para valorar permanentemente la efectividad del control interno y son: autoevaluación, evaluación independiente y planes de mejoramiento. La evaluación arrojó una calificación de 3.7 para este subsistema, ubicándose en un rango regular con nivel de riesgo mediano.

Componente Autoevaluación

Este componente obtuvo una calificación de 3.7

Elemento Autoevaluación de Control

La entidad ha diseñado herramientas para evaluar el nivel de desarrollo de los procesos, entre los que se encuentran los indicadores que se tienen para cada dependencia y a los cuales se les realiza el respectivo seguimiento.

Este elemento obtuvo una calificación de 3.7

Elemento Autoevaluación de Gestión

3.3.2 El concepto de autoevaluación no está plenamente afianzado en todos los funcionarios de la entidad ya que aún se tiene la cultura de que la oficina de Gestión Pública es la responsable de ejercer el autocontrol y no cada funcionario desde sus labores propias.

Así mismo, la autoevaluación está orientada a un seguimiento y control a la gestión particular para monitorear la efectividad de los procesos y detección de desviaciones. El hospital aún no tiene plenamente establecida la cultura de autoevaluación de la gestión, la cual obedece a la responsabilidad de los funcionarios al momento de establecer los indicadores de gestión diseñados en los planes, programas y procesos de la entidad, contraviniendo lo establecido en el literal g del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

En éste elemento la calificación obtenida fue de 3.0

Componente Evaluación Independiente

Este componente obtuvo una calificación de 4.0

Elemento Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno

Este elemento obtuvo una calificación de 4.0

Durante la vigencia 2009, la oficina de Gestión Pública del hospital realizó seguimientos a las diferentes dependencias y procedimientos de la entidad. Los resultados son comunicados a los respectivos jefes, en donde se les manifiesta la necesidad de realizar los ajustes a las fallas detectadas.

Elemento Auditoría Interna

Este elemento obtuvo una calificación de 4.0

Esta auditoria es realizada por la oficina de Gestión Pública la cual contó con el plan de auditoria interna para la vigencia 2009 en donde se visitaron diferentes dependencias que participan en procesos prioritarios administrativos – financieros, propiciando un mejoramiento continuo derivado de las acciones correctivas que se diseñan para subsanar las falencias detectadas.

Componente Planes de Mejoramiento

El objetivo de los planes de mejoramiento está orientado a contribuir para que las entidades desarrollen eficientemente sus procesos internos y en caso de inconsistencias adopten las acciones correctivas y permanezcan en un mejoramiento continuo. En la evaluación, se observó que carece de planes de mejoramiento individuales.

Este componente obtuvo una calificación de 3.6

Elemento Plan de Mejoramiento Institucional

De acuerdo con la documentación suministrada por la administración, se observa que el hospital cuenta con plan de mejoramiento institucional derivado de las auditorias externas realizadas por la Contraloría de Bogotá D.C. el cual permite medir el impacto generado por las acciones correctivas tomadas para subsanar las inconsistencias detectadas.

Este elemento obtuvo una calificación de 4.0

Elemento 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 y el nivel de avance y cumplimiento se presenta a través de los comités de calidad.

Este elemento obtuvo una calificación de 3.7

Elemento Plan de Mejoramiento Individual

3.3.3. No se evidenciaron planes de mejoramiento individuales, derivados de la evaluación del desempeño, que contengan las acciones correctivas que realiza cada funcionario para el mejoramiento continuo en sus labores. Así mismo, estos planes deben tener estrecha relación con los resultados obtenidos por las auditorías que realiza la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol. Lo anterior,

contraviene lo establecido en la Resolución No. 142 de 2006 expedida por el Director del Departamento Administrativo de la Función Pública ya que no se han adoptado estos elementos del Manual de Implementación del MECI, como también la Ley 87 de 1993, artículo 2 literales d) y f) y artículo 4 literal g).

Este elemento obtuvo una calificación de 3.0

**CUADRO 8
CONSOLIDACIÓN EVALUACIÓN MECI**

SUBSISTEMAS	COMPONENTES	ELEMENTOS	CALIFICACIÓN
1. CONTROL ESTRATÉGICO 4.0	1.1 Ambiente de Control 4.2	Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos	4.5
		Desarrollo del Talento Humano	4.0
		Estilo de Dirección	4.0
	1.2 Direccionamiento Estratégico 4.0	Planes y programas	4.0
		Modelo de Operación por Procesos	4.0
		Estructura Organizacional	4.0
	1.3 Administración del Riesgo 3.8	Contexto estratégico	4.0
		Identificación de Riesgos	4.0
		Análisis de Riesgos	4.0
		Valoración de riesgos	4.0
Políticas de administración del riesgo		3.0	
2. CONTROL DE GESTIÓN 3.9	2.1 Actividades de Control 3.9	Políticas de operación	4.0
		Procedimientos - Manual de procedimientos	4.0
		Controles	3.7
		Indicadores	4.0
	2.2 Información 3.9	Información Primaria	4.0
		Información Secundaria	4.0
		Sistemas de Información	3.7
	2.3 Comunicación Pública 3.9	Comunicación Organizacional	4.0
		Comunicación Informativa	3.7
Medios de Comunicación		4.0	
3. CONTROL DE EVALUACIÓN 3.7	3.1 Auto evaluación 3.4	Auto evaluación del Control	3.7
		Auto evaluación de Gestión	3.0
	3.2 Evaluación Independiente 4.0	Evaluación Independiente al SCI	4.0
		Auditoría Interna	4.0
	3.3 Planes de Mejoramiento 3.6	Plan de Mejoramiento Institucional	4.0
		Plan de Mejoramiento por Procesos	3.7
Plan de Mejoramiento e Individual		3.0	
PROMEDIO			3.8

Fuente: Consolidado de los formatos de la evaluación aplicados en cada área evaluada.

Evaluación Implementación de la Norma Técnica NTCGP 1000:2004

Con la finalidad de dar cumplimiento a la normatividad establecida en el Decreto 4110 del 2004 y cumplir los requisitos de la Norma NTCGP 1000:2004, el hospital con Resolución No. 005 de enero 2 de 2007 implementó el Modelo Estándar de Control Interno, el Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, mediante los cuales ha desarrollado un conjunto de programas y objetivos generales encaminados al mejoramiento en la prestación de los servicios de salud que ofrece a la ciudadanía. Lo anterior denota el compromiso institucional para lograr la satisfacción de los usuarios brindando atención con calidad y eficiencia en sus diferentes servicios.

Así mismo, se verificó el cumplimiento del decreto No. 1011 de 2006 “*Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*”, el cual en su artículo 4 señala los siguientes componentes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

Sistema Único de Habilitación

La entidad aplica los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Protección Social, cuenta con representación legal, posee sistemas de información para generar informes financieros según las normas contables vigentes y cumple con las condiciones de capacidad técnico administrativa.

El hospital tiene los formularios de novedades de prestadores de servicios de salud donde se consignan las que se han generado a través del tiempo. Igualmente se encontró Acta de Habilitación de la Secretaria Distrital de Salud de enero y febrero de 2010 de los diferentes servicios que se prestan sobre lo cual se encuentran en lugar visible los distintivos de habilitación de cada servicio.

Las diferentes EPS con las que se tiene contrato realizan auditorías externas mediante las cuales se evalúa constantemente el nivel de calidad que brinda el hospital en cada uno de sus servicios

Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud

Se ubica dentro del proceso Evaluación Control Institucional, subproceso Mejoramiento Institucional, el cual se encuentra adoptado por la Resolución No.

287 de 2007 emitida por el gerente del hospital, para lo cual se cuenta con auditorías internas de calidad realizadas principalmente a las áreas asistenciales, donde se establecen planes de mejoramiento para determinar las acciones correctivas que se deben implementar con el propósito de optimizar el servicio.

Sistema único de Acreditación

Actualmente, el hospital se está preparando para la implementación del sistema Único de Acreditación definiendo compromisos y demás actividades que le permitan lograrlo.

Sistemas de Información para la Calidad

La entidad cuenta con indicadores de calidad que le permiten evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud.

Evaluación de la Transparencia

Dando cumplimiento a la metodología establecida en la Resolución No. 029 de 2009 se evaluó la transparencia, encontrando que la entidad cuenta con página Web, el seguimiento y evaluación arrojó como resultado un nivel de riesgo bajo.

Visibilidad

Página Web:

La estructura de la página permite una navegación ordenada y rápida por los diferentes niveles, la información que contempla es vigente y contiene datos generales, organigrama, normas básicas que regulan la actividad de la entidad y portafolio de servicios, entre otros.

Línea Atención al Ciudadano y Sistema Peticiones, Quejas y Reclamos:

El hospital no cuenta con línea de atención al ciudadano, solamente es posible acceder a través del conmutador 367-57-66 o las líneas de asignación de citas médicas. A través de la página Web no es posible acceder a peticiones, quejas, reclamos o felicitaciones, esta actividad únicamente se desarrolla a través de los 5 buzones que se tienen dispuestos en el hospital o directamente en la oficina de Atención al Usuario.

Contratación:

La página web contempla un link que indica el acceso a la contratación que se ha realizado. Se detallan las licitaciones públicas y contratación directa pudiéndose establecer las etapas del proceso contractual.

Rendición de cuentas a la ciudadanía y órganos de control:

La página Web contiene el nivel de ejecución de los planes y programas planteados por el hospital, igualmente, cuenta con los informes de gestión.

Trámites:

Para los trámites que deben realizar los usuarios del hospital, en la página web se cuenta con la herramienta “chat en línea nuevo servicio de atención al cliente en línea”, el cual se encuentra disponible de lunes a viernes en el horario de 7:00 a.m. a 5:00 p.m., allí se obtiene información sobre los diferentes trámites que deseen realizar los ciudadanos.

Mejoramiento de la Gestión

Fenecimiento:

La última auditoría realizada por la Contraloría de Bogotá al Hospital La Victoria fue a la vigencia 2008 y se determinó lo siguiente:

“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 expresada sobre la razonabilidad de los Estados Contables, la Cuenta Rendida por la entidad, correspondiente a la vigencia 2008, se fenece.”

Plan de Mejoramiento:

El hospital suscribió el plan de mejoramiento con la Contraloría de Bogotá derivado de la auditoría regular a la vigencia 2008. Al realizar el seguimiento, se estableció que de un total de 22 observaciones, se dio cumplimiento total a las acciones de mejora propuestas en 16 y parcial en 6, obteniendo un porcentaje del 86.5%, es decir, que este plan presentó un cumplimiento eficaz, contribuyendo de manera significativa en el mejoramiento de su gestión.

MECI

Una vez consolidados los resultados de la evaluación preliminar al Sistema de Control Interno del Hospital, obtuvo una calificación de 3.8 ubicándolo en rango BUENO con un nivel de RIESGO BAJO

Participación Ciudadana

Empoderamiento en el control social y fiscal:

Durante la vigencia auditada no se evidenció la existencia de pactos firmados con la ciudadanía. Sin embargo la asociación de usuarios y el COPACO realizan sugerencias y recomendaciones que la entidad recibe y propone correctivos y acciones de mejora.

Seguimiento al Compromiso Ético Suscrito

En cuanto al Compromiso Ético suscrito entre el Hospital y el ente de control, se evidenció que se comprometieron a ejecutar 5 ítems durante la vigencia 2009, así:

1. Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, particularmente los servicios dirigidos al binomio madre-hijo y a la población infantil con avance del 100%
2. El desarrollo de programas de promoción y prevención, secundaria y terciaria relacionadas con la misión institucional.
3. El desarrollo de servicios existentes hacia un tercero y cuarto nivel de complejidad en concordancia con las necesidades de los usuarios.
4. El fortalecimiento del trabajo en red con énfasis en la subred centro oriente a través de una coordinación efectiva
5. La implementación y desarrollo del Sistema Obligatorio de la Calidad.

Se evidenció que el numeral 1 del compromiso se cumplió por la prestación de los servicios dirigidos al binomio madre-hijo y a la población infantil, la cual fue adecuada; sin embargo, se encontraron deficiencias ya que aumentó la tasa de mortalidad en el caso de mamás, pero hubo cubrimiento del plan canguro y lactancia materna entre otros.

En el ítem 3 que corresponde al desarrollo de servicios existentes hacia un tercero y cuarto nivel de complejidad en concordancia con las necesidades de los usuarios, se adecuaron las UCI adultos y neonatal, pero no existe servicio de neurocirugía y otras especialidades, no cuenta con equipo para toma de TAC.

3.4 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 La Victoria 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 \$879.9 millones, que corresponde a los recursos que poseía el hospital en depósitos en instituciones financieras, así:

**CUADRO 9
DEPOSITOS EN INSTITUCIONES FINANCIERAS
SALDOS 31-12-09**

(Cifras en millones de pesos)

DETALLE	CUENTA No	SALDO A 31-12-09
Davivienda	0084-6999988-5	110.5
BBVA	130419480100009725	0.0
TOTAL CTA CTE		110.5
Davivienda	0084-0028458-7	565.0
Banco Agrario	400-70040236-1	10.2
Banco Agrario	400-70063986-8	0.0
BBVA	0200106380	111.6
BBVA	0200106372	82.5
TOTAL CTA AHORROS		769.4
TOTAL BANCOS Y CORPORACIONES		879.9

Fuente: Estados Contables Hospital La Victoria a 31 de diciembre de 2009

La entidad concilia las cuentas en entidades bancarias en forma mensual. Las conciliaciones bancarias del mes de diciembre de 2009 no presentaron partidas de elevada antigüedad y las mismas pertenecen al giro normal de las operaciones. El saldo mostrado en esta cuenta se considera razonable.

Deudores

El Hospital La Victoria presentó a 31 de diciembre de 2009 un saldo de cartera por valor de \$ 20.318.8 millones, el cual incluye las cuentas: Deudores por servicios de salud y Deudas de difícil recaudo, así:

**CUADRO 10
DEUDORES – SERVICIOS DE SALUD
31 DE DICIEMBRE DE 2009**

(Cifras en millones de pesos)

CODIGO	DETALLE	SALDO A 31-12-09	SALDO A 31-12-08	VARIACION	%
140901	Plan obligatorio de salud POS- EPS	1.366.3	700.9	665.4	15

140903	Plan Subsidiado de salud– POSS-EPS	9.435.5	5.486.7	3.948.8	88.0
140904	servicios de salud-lps privadas	15.9	21.4	-5.5	0.0
140906	Servicios de salud – CCIAS Aseguradoras	174.9	105.5	69.4	2.0
140907	Servicios de salud particulares	249.8	244.6	5.2	0.0
140909	Servicios de salud IPS públicas	455.5	364.9	90.6	2.0
140910	Servicios de salud – Entidades con régimen especial	676.6	349.7	326.9	7.0
140911	Atención con cargo al subsidio a la oferta	1.452.1	2.224.8	-772.7	-17.0
140912	Riesgo profesional – ARP	5.1	2.5	2.6	0.0
140915	Reclamaciones Fosyga	204.7	69.2	135.5	3.0
	TOTAL SERVICIOS DE SALUD	14.036.4	9.570.2	4.466.2	46.67
147511	Servicios de salud	6.282.3	5.065.5	1.216.8	24.02
	TOTAL DEUDAS DE DIFÍCIL RECAUDO	6.282.3	5.065.5	1.216.8	24.02
	TOTAL CARTERA	20.318.7	14.635.7	5.683.0	38.83

Fuente: Estados contables Hospital la Victoria a 31 de diciembre de 2009

El saldo de la cuenta Servicios de salud ascendió a 31 de diciembre de 2009 a \$14.036.4 millones, mostrando un incremento de \$4.466.2 millones con relación al saldo presentado a 31 de diciembre de 2008 de \$ 9.570.2 millones, equivalente al 46.67 %. Dicho incremento se originó principalmente por las siguientes situaciones:

- Durante la vigencia 2009 la facturación neta fue \$51.528.608.731, mostrando un incremento del 9% con relación a la facturación neta del año 2008.

- El total recaudado durante la vigencia 2009 fue \$47.275.786.996 de los cuales el 84% corresponde a servicios de la vigencia 2009, y el 16% a cartera a 31 de diciembre de 2008.

El saldo de la cuenta Deudas de difícil recaudo presentó a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$6.282.3 millones, cifra que representa el valor de las deudas a favor del Hospital pendientes de recaudo que por su antigüedad y morosidad han sido reclasificadas de la cuenta deudora Deudores por venta de servicios de salud. Dicha cuenta mostró un incremento de \$1.216.8 millones equivalentes al 24.02% del saldo registrado a 31 de diciembre de 2008 por valor de \$5.683.0 millones.

3.4.1. El Hospital presentó a 31 de diciembre de 2009 un saldo de cartera que ascendió a \$20.318.7 millones, el cual se conformó por la cartera reconocida en

cuantía de \$18.212.9 millones y la cartera no reconocida por valor de \$2.105.8 millones.

La cartera reconocida incluyó facturación glosada y saldos de deudores con una antigüedad entre 181 y 360 días por valor de \$2.960.4 millones y superior a 360 días por valor de \$6.282.3 millones que equivalen al 16.25% y 34.49% del total de la misma.

Así mismo, los saldos de los pagadores que componen esta cuenta no se presentaron depurados en su totalidad como es el caso de Solsalud y Ecoopsos los cuales incluyeron pagos realizados por estas entidades y no descargados por el Hospital en cuantías de \$135.9 millones y \$232.7 millones respectivamente (Actas de conciliación de cartera con los pagadores). En igual forma, se presentó cartera con ARSs liquidadas por valor de \$27.0 millones, cifra que a pesar de encontrarse provisionada en el 100%, no ha sido depurada teniendo en cuenta que algunas de estas entidades ya fueron liquidadas como es el caso de COOPDESA con Resolución de terminación de existencia legal No 01 de 23 de agosto de 2005.

Lo anterior muestra un recaudo no oportuno de cartera y falta de depuración oportuna de los registros contables, generando incertidumbre en el saldo presentado en esta cuenta, por no corresponder a derechos ciertos, 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 e incumple 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 y la Circular Externa No 001 de octubre de 2009 del Contador General de Bogotá D.C.

3.4.2. Los derechos respaldados por letras de cambio mostraron a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$1.673.0 millones, de los cuales \$1.423.2 millones, presentaron una antigüedad superior a 360 días. A pesar de la gestión realizada por la entidad, se observó una mínima recuperación de estos valores y la no realización oportuna de la respectiva depuración contable, teniendo en cuenta que gran parte de estos títulos corresponden a derechos u obligaciones inciertos

Lo anterior incide en la presentación de saldos no respaldados por derechos ciertos, generando incertidumbre en los valores reflejados en este rubro e incumple con 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 financieros, 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 Circular Externa No 001 de octubre de 2009 del Contador General de Bogotá D.C.

Adicionalmente es conveniente destacar la gestión en el cobro coactivo de cartera durante la vigencia 2009 por un valor total de \$2.026 1 millones, el cual incluyó valor de la deuda \$1.065.3 millones, intereses \$872.9 millones y costas \$87.9 millones.

3.4.3. Provisión

La cuenta de Provisión para deudores, presentó a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$5.463.5 millones, producto de aplicar la política de provisión de cartera adoptada por el Hospital mediante acta de Comité Técnico de Sostenibilidad Contable No 004-07 del 28 de mayo de 2007, la cual establece rangos por edades de vencimiento para determinar el porcentaje a aplicar como provisión en cada uno de estos, excepto para el Fondo Financiero Distrital, Es así como se establece para la cartera con las ARS, EPS, IPS y otros pagadores los siguientes rangos: 31-60 días 5%, 61-90 días 5%, 91-180 días 10%, 181-360 15% días y mayores a 360 días 100% y para el Fondo Financiero se aplica para todos los rangos definidos, incluyendo el rango mayor a 360 días, el 2%. Sin embargo, esta política no se enmarca dentro de los dos métodos y criterios (Individual y general o alternativo) aceptados por las normas contables para establecer el valor de la provisión, ya que dicho saldo no es el resultado de un análisis de la antigüedad y revisión de cada uno de los deudores tomando como base la experiencia y las condiciones económicas existentes, ni tan poco es el resultado de la estimación de un porcentaje sobre el total de los deudores que se consideran incobrables, con independencia de la situación particular de cada una de ellas.

Por lo tanto, el cálculo de la Provisión establecida no fue el resultado de una evaluación técnica que permitiera determinar la contingencia de pérdida o riesgo por la eventual insolvencia del deudor, además de aspectos legales que originan el derecho, contraviniendo lo establecido en el Plan General de Contabilidad Pública, Título II, numeral 9.1.1.3 incisos 154 y 155 e incide en la no razonabilidad del saldo presentado en esta cuenta.

Teniendo en cuenta que el FFDS adeudaba a la entidad a 31 de diciembre de 2009 como cartera con una antigüedad superior a 360 días, clasificada como

Deudas de difícil recaudo, la suma de \$1.423.2 millones, la aplicación de esta política incide en forma significativa en el resultado del ejercicio de la vigencia 2009.

Glosas

3.4.4. En el grupo de Cuentas de Orden Deudores figura a 31 de diciembre de 2010 la cuenta Facturación Glosada en la Venta de Servicios de Salud con un saldo de \$3.643.1 millones, discriminada por vigencias así:

CUADRO 11
ENTIDADES A CONCILIAR POR VIGENCIAS
31 DE DICIEMBRE DE 2009

(Cifras en millones de pesos)

AÑO	VALOR
2001	3.7
2002	1.1
2003	0.7
2004	40.5
2005	104.1
2006	77.7
2007	270.8
2008	1.104.2
2009	1.809.3
TOTAL	3.412.1

Fuente: Informe entidades a conciliar-Cartera a 31 de diciembre de 2009

El saldo de la facturación pendiente de conciliar de \$3.412.1 millones incluyó cifras de vigencias anteriores. Así mismo, se evidenció que a 31 de diciembre de 2009, se presentan valores por conciliar con las EPSS por evento y capitación de diferentes vigencias así:

CUADRO 12
PARTIDAS PENDIENTES POR CONCILIAR

(Cifras en Millones de pesos)

Concepto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
EPSS Evento	5,4	2,3	28,9	221,2	673,8	1.286,1	2.217,7
EPSS Capita	32,9	86,5	36,2	0,0	59,9	0,0	215,5
Total	38,3	88,8	65,1	221,2	733,7	1.286,1	2.433,2

Fuente: Oficina de Cartera Hospital La Victoria

Lo anterior, indica que la entidad no ha realizado las actividades suficientes para sanear la cartera y/o recuperar los recursos, contraviniendo lo establecido en los literales e) y f) de la Ley 87 de 1993 en lo que hace referencia a la protección de los recursos, la Resolución 357 del 23 de julio de 2008 de la Contaduría General

de la Nación Incumpliendo, la Circular Externa No.001 de 2009, del Contador General del Distrito; igualmente lo establecido en los Decretos 3260 de 2004 artículo 9 y 11, y 4747 de 2007 artículo 23.

Materiales para la prestación de servicios

La cuenta materiales para la prestación de servicios presentó a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$905.5 millones, mostrando un incremento de \$314.6 millones, equivalentes al 53.24% del saldo a 31 de diciembre de 2008 el cual ascendió a \$590.9 millones.

CUADRO 13
MATERIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
31 DE DICIEMBRE DE 2009

(Cifras en millones de pesos)

CUENTA	DIC. 2009	DIC. 2008	VARIACION
Medicamentos	520.6	332.4	188.2
Materiales médico quirúrgicos	366.7	231.1	135.6
Materiales reactivos y de laboratorio	1.2	1.5	-0.3
Materiales odontológicos	2.1	2.1	0.0
Materiales para imagenología	5.8	5.4	0.4
Viveres y rancho	0.2	6.5	-6.3
Repuestos	8.8	12.0	-3.2
TOTAL	944.2	590.9	353.3

Fuente: Estados contables Hospital la Victoria a 31 de diciembre de 2009

El incremento reflejado en las cuentas de Medicamentos y Materiales médico quirúrgico obedeció a las entradas de almacén realizadas la última semana del mes de diciembre de 2009.

La entidad realizó la toma física de inventarios los días 18, 21, 22 y 24 de diciembre de 2009 a las áreas de Bodega 002 – Farmacia y Bodega 003 – Salas de Cirugía, Bodega Consulta Externa, Bodega 005 – Urgencias y Bodega 004 – Hospitalización. El inventario de la bodega general se efectuó del 31 de diciembre de 2009 al 6 de enero de 2010. Los resultados obtenidos no arrojaron diferencias con contabilidad.

3.4.5. Inventarios en poder de terceros

La cuenta de inventarios en poder de terceros corresponde a los medicamentos devueltos a los proveedores por vencimiento y los préstamos efectuados entre hospitales de la Red Distrital de Salud. Esta cuenta presentó a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$38.7 millones.

El saldo reflejado en esta cuenta se presentó conciliado a 31 de diciembre de 2009 entre las áreas de contabilidad y recursos físicos. Sin embargo, esta cifra incluyó préstamos realizados en vigencias anteriores, los cuales no han sido conciliados, depurados y recuperados oportunamente, generando incertidumbre en el saldo presentado en este rubro e incumpliendo lo establecido en los literales e) y f) de la ley 87 de 1993 en lo que hace referencia a la protección de los recursos y 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.

Acreeedores

Presentó a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$3.487.8 millones, mostrando un incremento de \$1.671.6 millones, equivalentes al 92.04% del saldo presentado a 31 de diciembre de 2008 el cual ascendió a \$1.816.2 millones.

Este saldo se encuentra conformado por:

CUADRO 14
MATERIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
31 DE DICIEMBRE DE 2009

(Cifras en millones de pesos)

CODIGO	CUENTA	VALOR
242507	Arrendamientos	87.5
242519	Aportes seguridad social en salud	75.5
242552	Honorarios	398.8
242590	Otros acreedores	2.926.0
TOTAL		3.487.8

Fuente: Estados contables Hospital la Victoria a 31 de diciembre de 2009

La cuenta de otros acreedores representa el 29% de las cuentas por pagar y corresponde al pasivo prestacional con FAVIDI hoy denominado FONCEP, por valor de \$694.3 millones y a los préstamos de medicamentos con terceros, entre entidades públicas, por un valor de \$2.231.7 millones.

El saldo por valor de \$2.231.7 millones de préstamo de medicamentos se encuentra conciliado entre almacén y contabilidad a diciembre 31 de 2010, sin presentar diferencias. Así mismo, durante el primer semestre de 2010 los registros que conforman este valor se han legalizado arrojando a 30 de junio de 2010 un saldo de \$190.9 millones.

Provisión para Contingencias

Corresponde a lo reportado por SIPROJ a 31 de diciembre de 2009 a nombre de Jaime Arnulfo Jiménez por valor de \$22.6 millones.

Provisiones diversas

Presentó a 31 de diciembre de 2009 un saldo de \$1.489.4 millones.

En esta cuenta desde el mes de abril de 2009 se están causando los servicios personales de contratistas y a 31 de diciembre de 2009 se registró adicionalmente los gastos generales y servicios públicos. No se presentaron observaciones que formular.

Responsabilidades Contingentes

En la cuenta de orden responsabilidades contingentes la entidad registra las obligaciones y contingencias, las cuales se presentan conciliadas con la información emitida por el Sistema de Información de Procesos Judiciales SIPROJ, por valor de \$973.9 millones.

Estado de actividad financiera, económica y social

El Hospital La Victoria durante la vigencia 2009 realizó una facturación neta que ascendió a \$51.528.6 millones, mostrando un incremento de \$4.349.9 millones equivalentes al 9.22% del valor facturado a 31 de diciembre de 2008 de \$57.452.3 millones. Dicho incremento se debió principalmente al aumento en el número de atenciones en pediatría, ginecobstetricia y aumento de actividades POS-S.

Se destaca en los ingresos no operacionales el incremento en los ingresos financieros por valor de \$399.5 millones relacionados con intereses en los cuentas de cobro coactivo.

Los gastos de la vigencia 2009 ascendieron a \$12.764.5 millones mostrando un incremento de \$818.6 millones equivalentes al 6.85% del valor presentado a 31 de diciembre de 2008 por \$11.945.9 millones.

Dentro de los gastos de la vigencia 2009 se destaca la disminución en el valor causado como provisión de cartera, con relación al valor causado en el año 2008, en razón a que en la vigencia 2008, se incluyó el reconocimiento de la provisión del año 2007, también la disminución de gastos de depreciación por el retiro de bienes inservibles. Así mismo, la cuenta de ajuste de ejercicios anteriores

aumento \$2.574.6 millones pasando de \$432.5 millones en el 2008 a \$3.007.1 millones en el 2009, por el reconociendo en esta vigencia de gastos y costos del mes de diciembre de 2008 correspondientes a servicios personales, suministro de alimentos, servicios públicos y servicios de aseo y vigilancia, los cuales no se causaron oportunamente en la vigencia anterior.

Para la vigencia 2009 el hospital presentó un excedente del ejercicio de \$2.796.3 millones, mostrando una disminución de \$634.9 millones equivalente al 18.50% con relación al resultado de la vigencia 2008, el cual presentó un excedente de \$3.431.2 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 La Victoria 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 de Información Dinámica Gerencia Hospitalaria, dicha información es alimentada a través de interfases de los diferentes módulos administrativos como facturación, suministros, activos fijos, cartera, tesorería, cuentas por pagar, presupuesto. 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, realizó la toma física y sus resultados fueron conciliados con contabilidad.

La entidad cuenta con controles contables para el registro 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 detectó la siguiente observación:

3.4.6. El reglamento interno de recaudo de cartera en el Hospital La Victoria III Nivel ESE, adoptado mediante Resolución No 0317 de 19 de Noviembre de 2008, no contempla los siguientes aspectos contables:

Establecer los lineamientos, métodos y criterios para el cálculo y registro oportunos de la provisión de cartera, de acuerdo con los procedimientos definidos en el Régimen de Contabilidad Pública.

Definir los rangos de antigüedad de la cartera de tal forma que cada entidad pueda clasificar y revelar los saldos contables por capital, intereses corrientes, intereses de mora u otros conceptos con base en la realidad económica y normas vigentes en esta materia.

Lo anterior incide en que no se produzca información confiable, relevante y comprensible, de tal manera que sirva de instrumento para que los diferentes usuarios fundamenten sus decisiones relacionadas con el control y optimización de los recursos públicos. y contraviene lo establecido en la Circular Externa No 001 de octubre de 2009 del Contador General de Bogotá D.C, numeral 5, Aspectos contables a incorporar en el Manual de Administración y cobro de la cartera.

Como consecuencia de lo anterior se concluye que el sistema de control interno contable adoptado por el Hospital La Victoria III Nivel ESE, a excepción de las observaciones descritas anteriormente es **confiable**.

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 \$0.94 para cubrir cada \$1 adeudado a corto plazo, relación que nos muestra que la entidad no cuenta con los recursos suficientes para afrontar sus compromisos inmediatos, sumándose a esto 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.

Endeudamiento total

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

El Hospital presenta un grado de apalancamiento del 64.5%, es decir, la entidad esta financiada por terceros en este porcentaje.

3.5 EVALUACION AL PRESUPUESTO

El presupuesto del hospital fue aprobado por el Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal – Confis- mediante Resolución 015 del 5 de noviembre de 2008 por valor de \$40.232.7 millones, liquidado según Resolución de Gerencia 306 del 7 de noviembre de 2008 con la siguiente distribución:

**CUADRO 15
PRESUPUESTO VIGENCIA 2009**

(Cifras en Millones de pesos)

Ingresos		Gastos	
Rubro Presupuestal	Valor \$	Rubro Presupuestal	Valor \$
Disponibilidad Inicial	0	Gastos Unidad Ejecutora 1	39.114.7
Ingresos	40.232.7	Funcionamiento	8.357.1
Venta de Servicios	40.090.9	Operación	30.696.0
Otros Ingresos	132..2	Inversión	61.6
Recursos de Capital	9.6	Gastos Unidad Ejecutora 2	1.118.0
		Funcionamiento	368.9
		Operación	749.1
Total Ingresos más Disp. Inicial	40.232.7	Total Gastos	40.232.7

Fuente: Resolución No. 306 de 2008 del Hospital La Victoria

Durante la vigencia el presupuesto fue adicionado en ocho (8) ocasiones por un valor total de \$21.350.6 millones, que representan un 53% del inicial, para un total de \$61.583.3 millones, de los cuales en gastos se comprometieron \$60.937.4

millones y se recaudaron \$51.273.1 millones, determinando un déficit de \$9.664.3 millones.

La significativa variación que afectó el presupuesto, consecuentemente insidioso en la ejecución del programa anual mensualizado de caja- PAC, pues este se planea con el presupuesto inicial, originando que en la mayoría de los meses su ejecución fuera incomparable frente a lo que se había programado tanto en los gastos como en los ingresos, presentando diferencias significativas como en el mes de diciembre que se proyectó recaudar y gastar \$4.069.9 millones, ejecutando realmente en ingresos \$6.746.4 millones y pagos por \$7.889.1 millones.

Ejecución Activa

El recaudo total ascendió a \$51.273.1 millones, que representan el 83.3% del presupuesto definitivo, cifra que se presentó primordialmente por los siguientes hechos: El rubro Fondo Financiero Distrital de Salud-FFDS- atención a vinculados, estimó sus ingresos en \$22.598.7 millones, sin embargo, la facturación por venta de servicios fue de \$23.822.8 millones y su recaudo ascendió a \$20.920.8 millones, equivalentes al 92.5% de lo proyectado; caso contrario, ocurrió con el rubro régimen subsidiado- ARS no capitado, cuya facturación fue de \$17.090.3 millones, no obstante, que se presupuestaron \$13.666.8 millones, pero el recaudo durante el año fue de tan solo \$8.046.7 millones, correspondientes al 58.8% de lo presupuestado y su saldo está incluido dentro de la cartera que por este concepto a 31 de diciembre de 2009 asciende a \$11.013.3 millones.

En cuentas por cobrar el hospital presupuestó \$8.954.3 millones, ejecutando \$7.475.5 millones, quedando pendientes por recaudar \$1.478.8 millones, que corresponden primordialmente a deudas del FFDS, ingresos que se estimaron en \$2.065.4 millones, ya que su cartera por este concepto hasta 360 días ascendía a este valor y el hospital consideró que su recaudo se podía ejecutar en su totalidad en esta vigencia; situación que no se presentó así, pues el recaudo fue de tan solo \$735.4 millones, debido a que el FFDS a diciembre de 2009 había auditado las cuentas del contrato de vinculados con el hospital hasta el mes de junio de 2008.

Ejecución Pasiva

Los \$60.937.4 millones que se invirtieron, representan el 98.9% de lo presupuestado, de los cuales se giraron \$50.675.5 millones y su saldo \$10.261.9 millones quedaron como cuenta por pagar, pues el hospital en un alto porcentaje no contaba con la liquidez necesaria para su giro; en gastos de operación-comercialización se comprometieron \$45.366.5 millones en diferentes rubros como en la compra de medicamentos y material médico quirúrgico por \$9.437.9, de los

cuales se giraron únicamente \$4.362.3 millones; así mismo, se evidenció que del rubro sentencias judiciales en esta vigencia no se ejecutó suma alguna.

De igual forma, en la adquisición de servicios se comprometieron \$14.953.1 millones, de los cuales entre otros servicios como lavandería se gastaron \$711.1 millones y en el suministro de alimentos \$895.6 millones; \$12.474.1 millones se destinaron a la contratación de servicios asistenciales, como la UCI adultos \$694.3 millones, servicio de cardiología \$135 millones y servicio de oftalmología \$132.7 millones, los recursos restantes en su gran mayoría se apropiaron para la contratación del personal asistencial.

En inversión se presupuestaron \$73.5 millones, con el fin de financiar dos proyectos, a saber; fortalecimiento plataforma tecnológica por \$61.5 millones y organización del archivo central por \$12.0 millones, del primer proyecto se ejecutaron únicamente \$9.7 millones en el mantenimiento y adecuación de la red de cableado, pues el proyecto no se ejecuto en su totalidad, no obstante, contar con los recursos, del segundo se invirtieron \$11.9 millones en la compra de estantes para organizar el archivo, para un total de \$21.6 millones, de los cuales no se giro suma alguna, quedando como cuenta por pagar.

Las cuentas por pagar definitivas del año 2008, ascendieron a \$9.254.3 millones, a 31 de diciembre de 2009 se habían girado \$8.772.5 millones, quedando un saldo de \$481.8 millones, correspondientes primordialmente, a saldos de contratos no ejecutados y giros pendientes de tesorería.

En lo referente, a las cuentas por pagar a 31 de diciembre de 2009, \$2.217.6 millones corresponden a gastos de funcionamiento y \$8.022.7 millones a gastos de operación; en lo referente a las reservas, se observó que para el caso del hospital no aplica, por cuanto a 31 de diciembre no estaban en tramite licitaciones, concursos de meritos o cualquier otro proceso de selección de contratista de acuerdo al artículo 8 de la Ley 819 de 2003

En cuanto al presupuesto orientado a resultados- POR-, el hospital estableció los siguientes objetivos:

1. Prestar servicios de salud eficientes y efectivos, reduciendo la morbilidad y mortalidad a la población usuaria.
2. Ejecutar acciones de promoción y prevención
3. Garantizar la rentabilidad social y financiera de la ESE.

De igual forma, implementó trece (13) productos, todos directamente relacionados con la parte asistencial; entre los que se destacan: Consulta especializada, urgencias, cirugía, hospitalización, partos y salud mental.

A 31 de diciembre de 2009 el cierre presupuestal muestra una disponibilidad neta de tesorería de \$433.9 millones, cuentas por pagar por \$10.261.9 millones, cuentas por cobrar por \$10.003.4 millones, para un excedente financiero de \$175.5 millones; es de resaltar que el total de cuentas por cobrar fue de \$18.212.9 millones, más \$2.106 millones de cuentas por radicar del mes de diciembre y la cifra que se tomó para el cierre corresponde básicamente al total de la cartera hasta 180 días que asciende a \$8.970.2 millones, más el 50% de lo pendiente por radicar.

Concepto Presupuestal

Evaluada la documentación que fue objeto de la auditoría, incluidos sus registros de ejecución activa y pasiva, se concluye que la gestión presupuestal se ajusta a la normatividad legal establecida al respecto.

3.6 EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN

En el proceso de contratación se estableció que el hospital se rige por las normas establecidas en el Derecho Privado y con los lineamientos consagrados en el acuerdo No.014 de 2007, expedido por la Junta Directiva del hospital, así como por la Resolución 0032 de 2008, expedida por la Gerencia del hospital, como resultado de la evaluación adelantada podemos conceptuar que el proceso de contratación es adecuado.

El hospital La Victoria suscribió, en el 2009, 1.840 contratos por un valor total de \$30.477 millones

	Suscritos	anulados
Ordenes de Prestación de servicios	1488	9
Ordenes	212	5
Contratos	140	1

Para efecto del presente proceso auditor se escogió una muestra y se revisaron contratos por valor de \$7.942 millones que corresponden al 26% del valor total de la contratación suscrita por el Hospital para la vigencia 2009. En virtud de lo anterior y de acuerdo con lo consagrado en el Memorando de Planeación se analizaron las siguientes modalidades contractuales: Prestación de servicios

integrales de enfermería, prestación de servicios de lavandería, desinfección, planchado etc., servicio de aseo, servicio de mantenimiento preventivo y correctivo de equipo industrial e infraestructura del Hospital y su sede Instituto Materno Infantil, suministro de alimentos para pacientes hospitalarios, compra de insumos hospitalarios, compra de medicamentos, contrato de vigilancia y seguridad, contratos de prestación de servicios.

Como producto del proceso auditor y de conformidad con la muestra seleccionada, se puede concluir que el Hospital cumplió con lo establecido en su manual de contratación en lo relacionado con la Etapa Precontractual, Contractual y Postcontractual; es decir, se constató la existencia de estudios de precios de mercado, estudios de conveniencia de necesidades, se apropiaron recursos con los correspondientes certificados de disponibilidad presupuestal y la debida reserva presupuestal, se publicaron en debida forma los contratos, así mismo, las supervisiones evidencian la correcta ejecución de las obligaciones contraídas etc, en consecuencia la entidad con la contratación suscrita cumplió durante la vigencia con los objetos contractuales, salvo lo observado en el siguiente párrafo:

3.6.1 En los contratos CA 005, CS 015, CS 016, CPS 002, CPS 012, CS 027 y CS 019 de 2009, se evidenció que el término pactado como amparo de las garantías, fue el término del contrato más cuatro meses, contraviniendo lo consagrado en el manual de contratación literal b del artículo 18 que establece: "... **su vigencia mínimo la del plazo total del contrato más seis (6) meses**",.

En los contratos CS 016, CS 027, CS 044, CS 024, CS 036, CS 019, CS 049, CS 070, y CPS 041, todos de 2009, se encuentran sin liquidar; puesto que los términos para su liquidación no se han cumplido.

Respecto a los procesos judiciales se encontró:

Tres procesos del hospital, contra terceros todos de repetición, sentencia en contra de la entidad en los tres, en el primero se encuentra en el Tribunal Administrativo Sección segunda en apelación y en el segundo prosperó la caducidad de la acción y levantamiento de las medidas previas y el tercero apelación ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca.

Procesos en contra del hospital:

Quince procesos de nulidad y restitución del derecho, uno se encuentra para fallo en el Consejo de Estado, cinco se encuentran en el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, siete en primera instancia, uno en segunda instancia y uno con sentencia favorable a la entidad en primera instancia.

Cinco procesos de reparación directa, tres en primera instancia otro en el Tribunal Administrativo de Cundinamarca y el otro en el Consejo de Estado.

Cinco laborales, tres en primera instancia, dos en el Tribunal Superior de Bogotá.

Un proceso ordinario de Responsabilidad Civil Extracontractual, en primera instancia

Un proceso de Reparación directa, terminado en sentencia proferida por el Juzgado 36 Administrativo del Circuito de Bogotá, por valor de \$124.2 millones y pagado por el Hospital la Victoria mediante resolución 0168 del 28 de junio de 2010.

Se realizó Comité de Conciliación para seguir proceso de repetición, se nombró Comité Técnico Científico para evaluación, esto se realizó el 31 de agosto de 2010.

El Hospital la Victoria ESE Nivel III, ha realizado gestión en los procesos, encontrando que se contrató a una abogada para tal fin.

3.7 EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL

3.7.1 EVALUACIÓN PLAN DE DESARROLLO

El Plan de Desarrollo del Hospital La Victoria ESE, III Nivel de Atención, se articula con el Plan de Desarrollo del Milenio, el Distrital del Plan de Desarrollo “*Bogotá Positiva, para Vivir Mejor*” 2008 – 2012 y el Plan de Salud Distrito Capital 2008-2012, fue aprobado mediante Acuerdo No 029 de Diciembre 2008 de la Junta Directiva para la vigencia 2009.

En su contenido se evidencia: 1. Marco de referencia que hace alusión en la normatividad contemplada a nivel Internacional, Nacional, Distrital y Local, en especial los lineamientos de los objetivos del milenio, el Plan Nacional de Desarrollo Distrital y el plan Distrital de Salud de la SDS 2. Diagnóstico Institucional 3. Plataforma Estratégica (Misión, Visión, Objetivos Institucionales, Principios, Valores) 4. Políticas institucionales 5. Proyectos y programas 6. Matriz de programación plan de desarrollo institucional 2009-2012, 7. Plan financiero.

El Plan de Desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá, D.C., 2008-2012 Bogotá Positiva: “para vivir mejor”, contiene 7 objetivos estructurantes: 1. Derecho a la ciudad; 2. Ciudad global; 3. Participación; 4. Descentralización; 5. Gestión pública efectiva y transparente y 7. Finanzas. En el plan de desarrollo 2009-2012 la entidad elaboró un documento en el que se

evidencia una matriz en excel que contiene 4 niveles (cuadro 16): 1. Estratégico, misional, apoyo, evaluación, originando 9 macroprocesos con 9 propósitos para el desarrollo de cada objetivo estructurante (cuadro 17) en los que se comprenden los siguientes objetivos: 1. Gestión pública efectiva y transparente, 2. Participación, 3. Ciudad de derechos con el macroproceso cuidado en la prestación de servicios de salud, no desarrollando 3 objetivos estructurantes, a su vez en los objetivos que desarrollan se encuentran 5 programas y 15 proyectos que contempla 69 estrategias por todas las áreas, para el cumplimiento de las metas plasmadas dentro del documento.

La entidad no adjuntó la información completa de seguimiento al plan de desarrollo ya que solo se observó el primer trimestre de 2009, no siendo posible obtener la documentación soporte para los restantes tres trimestres del año, es decir, cómo se aplicó o dónde se obtuvo esa información.

**CUADRO 16
PLAN OPERATIVO POR PROCESOS**

NIVEL	MACROPROCESO		PROCESO
NOMBRE	NOMBRE	PROPOSITO	NOMBRE
ESTRATEGICO	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO D.E.	Definir la ruta organizacional encaminada al cumplimiento de la Plataforma Estratégica con parámetros de calidad, eficacia, eficiencia que garanticen los resultados en términos de rentabilidad social y sostenibilidad económica, con la participación activa de todos los funcionarios públicos y comunidad organizada	PLANEACION INSTITUCIONAL Y GESTION DE POLITICAS PUBLICAS
			CONTROL Y SEGUIMIENTO ESTRATEGICO INSTITUCIONAL
			GESTION COMERCIAL
MISIONAL	ATENCION Y CUIDADOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A.C.	Brindar atención integral en la fase de fomento, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud a los usuarios y sus familias, contribuyendo a mejorar la calidad del estado de salud-enfermedad, bajo las mejores condiciones técnico-científicas.	ATENCION AL USUARIO, APOYO TECNICO Y DE GESTION
			PROMOCION Y PREVENCION
			ATENCION EN CONSULTA EXTERNA

			<p>ATENCION EN URGENCIAS</p> <hr/> <p>ATENCIÓN SOCIAL Y FAMILIAR</p> <hr/> <p>GESTION DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</p> <hr/> <p>ATENCION EN HOSPITALIZACION</p> <hr/> <p>PARTOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS</p> <hr/> <p>REHABILITACION</p> <hr/> <p>APOYO DIAGNOSTICO</p> <hr/> <p>APOYO TERAPEUTICO</p>
APOYO	GESTION DE RECURSOS FISICOS	Gestionar los procesos de compras y contratación, comodatos o préstamos para la adquisición de los suministros e insumos y servicios necesarios para el funcionamiento del Hospital, garantizando la calidad de los mismos y dando respuesta integral a las necesidades de insumos y servicios a las distintas áreas del hospital	<p>ADQUISICIÓN DE BIENES , SERVICIOS E INSUMOS</p> <hr/> <p>GESTION DE INSUMOS , PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO</p> <hr/> <p>EGRESOS DE INSUMOS , PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO</p>
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Gestionar los procesos de vinculación, ingreso, capacitación , bienestar, condiciones salariales y egreso del talento humano de la institución bajo los mejores índices de calidad y eficiencia que garanticen la capacidad tecnico científica de la institución	<p>INGRESO A LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA</p> <hr/> <p>PERMANENCIA DEL RECURSO HUMANO EGRESO DEL RECURSO HUMANO</p>



	GESTION FINANCIERA	Fortalecer la gestión institucional en todos sus componentes financieros, administrando los recursos de manera eficiente y buscando mantener la sostenibilidad financiera del Hospital.	GESTION DE INGRESOS
			ADMINISTRACION DE RECURSOS
			GESTION DE EGRESOS
	GESTION JURIDICA	Propender por garantizar a través de los procesos del área el debido cumplimiento a las normas legales vigentes y directrices institucionales, garantizando la oportunidad en los trámites propios de la oficina.	CONTRATACION E INTERVENTORIA APOYO Y CONTROL JURIDICO
	SISTEMAS DE INFORMACION	Propender por la producción y análisis de datos para la adecuada, oportuna, precisa, consistente y segura toma de decisiones para el mejoramiento continuo en la calidad de los procesos	Ingreso y Almacenamiento de información
			Procesamiento de datos e información
			Salida y entrega de datos e información
			Administración de la Plataforma Tecnológica
EVALUACION	EVALUACION Y CONTROL INSTITUCIONAL	Adelantar mecanismos de verificación, seguimiento, y monitoreo al cumplimiento de los planes, proyectos, y procesos institucionales a través de actividades de auditoria institucional desarrollados de forma planificada, objetiva, con la ejecución y retroalimentación de la información auditada, que permita la generación de acciones de mejoramiento oportunas a las desviaciones encontradas y el seguimiento al cumplimiento de las mismas.	AUTOEVALUACION Y EVALUACION DE PROCESOS PRIORITARIOS
			AUDITORIA DE LOS SISTEMAS DE GESTION
			VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO
			SATISFACCION AL USUARIO
	MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Promover que los procesos internos de la entidad se desarrollen en forma eficiente y transparente a	MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

		través de la adopción y cumplimiento de acciones correctivas y la implementación de metodologías orientada al mejoramiento continuo con el control y cierre de no conformidades en beneficio de la población usuario.	
--	--	---	--

Fuente: Documento CBN-1013, Informe Plan Operativo vigencia 2009 Hospital La Victoria.

A continuación se relaciona el consolidado de objetivos estructurantes frente a los macroprocesos de la entidad:

**CUADRO 17
EVALUACION DEL PLAN OPERATIVO 2009 POR PROCESOS**

OBJETIVO ESTRUCTURANTE	MACROPROCESO	PROCESO	RESULTADO
OBJETIVO ESTRUCTURANTE: GESTION PÚBLICA EFECTIVA Y TRANSPARENTE.	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO D.E.	Planeación institución y gestión de políticas públicas	97%
		Control y seguimiento institucional	
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Ingreso a la administración pública	100%
		Permanencia del recurso humano, Egreso del recurso humano	
	GESTION FINANCIERA	Gestión de ingresos	94%
		Administración de recursos	
		Gestión de egresos	
	GESTION JURIDICA	Contratación e interventoria Apoyuo y control jurídico	99%
	SISTEMAS DE INFORMACION	Ingreso y Almacenamiento de información	94%
		Procesamiento de datos e información	
		Salida y entrega de datos e información	
		Administración de la Plataforma Tecnológica	
			#####

<p>OBJETIVO ESTRUCTURANTE: PARTICIPACIÓN. Programa Ahora decidimos juntos</p>	<p>CUIDADOS EN LA N DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p>Atención al usuario, apoyo técnico y de gestión</p>	<p>#####</p>	<p>79%</p>
<p>OBJETIVO ESTRUCTURANTE: CIUDAD DE DERECHOS. Programa Fortalecimiento, provisión en servicios de salud. Garantía del aseguramiento - Atención en salud y Bogotá Sana</p>	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO</p>	<p>Gestión Comercial</p>	<p>92%</p>	<p>93%</p>
	<p>ATENCION Y CUIDADOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p>Promoción y prevención</p>	<p>91%</p>	
		<p>Atención en consulta externa</p>	<p></p>	
		<p>Atención en urgencias</p>	<p>87%</p>	
		<p>Atención social y familiar</p>	<p></p>	
		<p>Gestión de Referencia y contrareferencia</p>	<p></p>	
		<p>Rehabilitación</p>	<p>90%</p>	
		<p>Apoyo Diagnostico</p>	<p></p>	
		<p>Apoyo Terapeutico</p>	<p></p>	
		<p>Atención en hospitalización</p>	<p>96%</p>	
	<p>GESTION DE RECURSOS FISICOS</p>	<p>Adquisición de bienes, servicios e insumos</p>	<p>94%</p>	
		<p>Gestión de insumos, propiedad planta y equipo</p>		
		<p>Egresos de insumos, propiedad planta y equipo</p>		
	<p>EVALUACION Y CONTROL INSTITUCIONAL</p>	<p>Autoevaluación y Evaluación de Procesos Prioritarios</p>	<p>97%</p>	
		<p>Auditoria de los Sistemas de Gestión</p>		
<p>Vigilancia y Control Epidemiológico</p>				
<p>Satisfacción al Usuario</p>				
<p>MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL</p>	<p>Mejoramiento Institucional</p>	<p>97%</p>		

Fuente: Documento CBN-1013, Informe Plan Operativo vigencia 2009 Hospital La Victoria

Respecto a los programas distritales y los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud el Plan de Desarrollo “Bogotá positiva para vivir mejor” que adoptan 8 programas con 24 proyectos de los cuales la entidad hace “.....énfasis en los ítems que consideró de importancia, dadas las competencias del Hospital La Victoria”, los proyectos adoptados fueron los siguientes:

1. Promoción y afiliación al régimen subsidiado y contributivo
2. Atención a población vinculada
3. Gratuidad a en salud

En respuesta a la solicitud efectuada con el fin de verificar el Plan operativo vigencia 2009, la administración allegó información que fue valorada por el equipo auditor efectuando un seguimiento al cumplimiento de las metas para lo cual se tomó de cada macroproceso una muestra, así:

1. Objetivo estructurante ciudad de derechos, programa garantía del aseguramiento y atención en salud, proyecto Promoción y afiliación de nuevos ciudadanos al régimen subsidiado, meta “...*Promover la afiliación de nuevos ciudadanos al Régimen Subsidiado*”, de acuerdo a directrices de la SDS cada hospital del distrito debía implementar un punto de atención para la carnetización de usuarios no afiliados al SGSSS al régimen subsidiado; el hospital instaló dos puntos de atención, uno al ingreso de consulta externa en el mes agosto del año 2008 y otro al interior del mismo servicio, esto en la vigencia 2009, carnetizando a 6.391 usuarios. La entidad cumplió parcialmente con la meta establecida ya que instaló los puntos de atención de afiliación pero no cumplió con afiliarse a 10.382 usuarios, ya que, como ya se mencionó anteriormente en el año 2009 tan solo afilió 6.391 usuarios, es decir, registró un cumplimiento del 62% sobre lo programado. No obstante, el hospital atendió población vinculada que representó en la vigencia 2009 el 53% de la facturación.
2. En el macroproceso atención y cuidado en la prestación de servicios de salud, programa ahora decidimos juntos, proyecto Participación Social por el Derecho a la Salud, en la meta “*gestionar la oportunidad de respuesta a las quejas o reclamos presentados por los usuarios demostrando una tendencia de mejoramiento y respuesta a las necesidades manifiestas por éstos*”. La entidad comunica que “...*Se cuenta con procesos claros y definidos en cuanto a los tiempos de respuesta de quejas y reclamos, Se cuenta con comités de quejas y soluciones donde de entrega a cada coordinador en informe de requerimientos, resaltando Secretaria Distrital de Salud*”, mejorando la respuesta de quejas presentadas por la comunidad.
3. Frente al área de gestión y apoyo diagnóstico en el proyecto Atención a la población vinculada y promoción y afiliación al Régimen subsidiado y contributivo, mencionan como meta “*la disminución en el número de exámenes*

no reclamados en los diferentes servicios, logrando de esta forma mantener este valor inferior al 1 %, actividad en el laboratorio clínico”. Para cumplir con lo programado el hospital comenta que en el área de consulta externa los resultados se anexan a las historias clínicas por parte del personal de archivo, generando mejoras en ésta área.

4. Así mismo, en el caso de servicios hospitalarios se ha ampliado el horario de entrega de exámenes de laboratorio, pese a lo anterior no se han obtenido resultados favorables en la entrega de dichos reportes lo que genera glosas para el servicio de laboratorio, ya que si no se anexan los paraclínicos antes que el paciente salga del hospital no se cubrirá la obligación, además no se tiene un estudio de tiempos y movimientos que permita establecer la falencia de la no entrega oportuna de los reportes.
5. En el macroproceso gestión de recursos físicos, Proyecto de infraestructura hospitalaria, se mencionan 3 metas, se verificó la tercera que corresponde a la renovación del 5% de los equipos de tecnología biomédica de la ESE para servicios críticos prioritarios. Al respecto la entidad comenta que para lograr esta meta se planteó una base de 528 equipos y determina que 27 de ellos deben renovarse cada año, también refiere que para garantizar el servicio en las áreas de atención, recurren a la figura de arrendamiento. En año 2009 recibió 39 equipos, de los cuales 37 son de arrendamiento y 2 por convenio docencia asistencial, cumpliendo con la meta establecida.
6. En el macroproceso atención y cuidado en la prestación de servicios de salud, en la meta participación en los diferentes comités de urgencias organizadas en el Distrito, se observó la participación en comités realizados en la Secretaria de Salud, evidenciando que la información obtenida la desarrollaron instalando extintores, demarcación de válvulas que controlen el paso de gases y oxígeno a cada área, control de incendios en áreas críticas. No se encontraron procedimientos a seguir en caso de catástrofes ni documentación que soporte charlas o capacitaciones al personal ni a la comunidad de la localidad como tampoco se cuenta con comité de atención de emergencias. Por lo anterior el hospital no cumplió con esta meta.
7. En la meta disminuir el 10% de remisiones por fuera de la subred centro oriente, en la vigencia 2009 la entidad no ofertó nuevos servicios ni habilitó servicios como neurocirugía, otras subespecialidades pediátricas y toma de TAC, a pesar de tratarse de un hospital de III Nivel de atención. Por lo anterior, la disminución de remisiones tan solo alcanzó el 5% de lo inicialmente fijado.

8. En la meta gestionar y desarrollar aplicativo SIRC con proceso de referenciación en red según agendas médicas y portafolios de servicios de ESES, en la estrategia establecer plan de acción de implementación del aplicativo, la entidad suscribió el convenio 1091-08 con la Secretaria Distrital de Salud y la Universidad Distrital, también se realizaron capacitaciones de este software de referencia y contrarreferencia que se trata de implementar desde el año 2005.

Se verificó que el sistema SIRC no opera, solo cumple con algunos parámetros establecidos por la Secretaria Distrital de Salud como: alimentación de datos en tablas de personal, clasificación de citas a pacientes de I, II, III Nivel de Atención según la necesidad, sin embargo no es exitosa la consulta de la agenda en la Web de sistema antes mencionado. A futuro cuando se instale se utilizará junto con el sistema de información dinámica gerencial hospitalaria de la entidad para poder utilizarse, se deberá trabajar con tecnología Web servís para que sea funcional y no genere duplicidad en los tiempos empleados.

De otra parte, el sistema de información que maneja la entidad es Dinámica Gerencial Hospitalario consta de 15 módulos pero no alcanza a recolectar toda la información que produce el hospital, motivo por el cual utilizan un software como complemento en varias áreas como es el caso de epicrisis en los servicios hasta optar historia clínica sistematizada, triage, referencia y contrarreferencia, genética, laboratorio clínico que utiliza un software (labcore), nómina con un sistema MYR, Synergia es otro software aplicado en el área de costos.

El aplicativo Dinámica Gerencial tiene capacidad de generar información de acuerdo a las especificaciones del usuario, cuenta con informes prediseñados para el usuario de acuerdo a sus necesidades. El área de Sistemas posee un servidor que permite establecer acceso o denegación a la información documental en otros equipos o servidores, creando perfiles de acceso. Igualmente, contiene niveles de acceso de perfiles configurados a los usuarios.

Los indicadores de gestión para la vigencia 2009 respecto al 2008 se comportan de la siguiente manera:

1. En el indicador de eficacia, el número de egresos hospitalarios presenta un incremento del 5,8% en el año 2009 con respecto al año 2008, que corresponde a 1348 casos más, la Sede I presenta el 71,57% (17691 Egresos), y la Sede II el 28,43% (7027 Egresos).
2. La entrega oportuna de medicamentos a los servicios hospitalarios en la vigencia 2008 fue inferior al 2007 en un 8%, en la vigencia 2009 la demanda de

- insumos y medicamentos estuvo en el 91,02% en el 2009, ya que se verifico que la entidad creó un indicador para mejorar la respuesta.
3. Urgencias presenta un indicador de eficiencia en el año 2008 96,6%, en la vigencia 2009 fue de 87,47% con una disminución del 1.10% en el servicio.
 4. Pediatría en la vigencia del 2009 70% en el año 2008 se relaciona un índice del 90% se presento una disminución en la atención.
 5. La consulta en Dermatología la línea base en consultas es de 2198 en la vigencia 2008, el resultado fue de 1955 en la vigencia 2009 que equivale al 88.9% presentándose una disminución en el servicio.
 6. El indicador de eficiencia el número de cirugías que se realizaron por cada egreso hospitalario es de 0.3, lo cual significa que por cada diez egresos se realizaron tres intervenciones quirúrgicas para el año 2009 con un decrecimiento del 3% con respecto al año 2008
 7. En la vigencia 2008 por concepto de salud mental se prestaron 8.745 atenciones. Para el 2009 se propusieron atender 9.181 consultas de las cuales cumplieron con 8.601, registrándose una leve disminución en las atenciones respecto al año 2008.
 8. Ginecología y obstetricia en la vigencia 2009 atendió 4.245 usuarios y en el año 2008 fueron 4331 presentando una disminución de 0.86%.
 9. La consulta para Cirugía general reflejó 3.299 durante el 2008, fijándose una meta de 3.629 para el año 2009. Durante la vigencia en estudio se realizaron 3.984 consultas superando la meta propuesta.
 10. Para la consulta de Urología en el año 2009 se fijaron la meta de aumentar 5% en la consulta, representada en 1.504 para la vigencia 2009, obteniendo un cumplimiento de 1.690
 11. Nutrición y dieta, en la vigencia 2009 se atendieron 822 consultas mientras que en 2008 se realizaron 1419, de acuerdo al nivel de ingresos costo/producción se concluye servicio de Nutrición y dieta, ginecología, pediatría generaron pérdida por la disminución de la atención.
 12. La entidad refiere un cumplimiento del 100% de la meta establecida en la gestión ambiental, de acuerdo a lo informado en el componente antes mencionado se evidencian falencias en la eficiencia y eficacia de la gestión, no

hubo cumplimiento de la meta ya que la calificación de la Contraloría en este componente fue de 5%.

13. Respecto a la población consumidora de sustancias psicoactivas no registran población discriminadas en el 2009 a pesar de la problemática presentada en la zona que demarca alta incidencia además de ser mencionada por la entidad en la vigencia 2008 como problemática en el balance social.

14. El indicador de eficiencia en las cirugías pomeroy la línea base 2008 es 1212, en la vigencia 2009 se presentaron 585 casos en la sede I con una meta de 667, en la sede II realizaron 557 cirugías para un total de 1142 meta de 606, cumpliendo al 100% las intervenciones.

Se revisó la información rendida por la entidad a la Contraloría de Bogotá en el Sivicof constatando que los documentos electrónicos plan de desarrollo Hospital La Victoria y Balance Social Vigencia 2009 corresponde al manejo por la entidad, sin embargo se encuentran variaciones en algunos resultados en consultas y servicios (Epilepsia, pediatría y ginecología).

Frente a la disminución de la atención originada en los servicios la Contraloría indaga respecto a esta situación la entidad refiere que se debe a la falta de recursos humano necesaria, y la disminución en la asistencia a las citas.

El plan de acción institucional tiene relación con las metas establecidas en el plan estratégico y están acordes con los indicadores, a pesar de existir dicha documentación POA, plan estratégico, etc. Se observó debilidades de la administración, ya que presentan la información de soporte incompleta (actas de seguimiento de actividades) y la sustentación de esta es deficiente.

La entidad propuso dos proyectos de inversión en el plan de desarrollo:

1. Adquisición Estantería para la organización del archivo central del Hospital La Victoria ESE III nivel
2. Fortalecimiento plataforma tecnológica en el Hospital la Victoria

Se evaluó el proceso de contratación y el objeto establecido en estos, encontrándose que en el proyecto Adquisición Estantería para la organización del archivo central del Hospital La Victoria ESE III nivel tiene coherencia con el objetivo del proyecto y el objeto establecido en el contrato Orden de compra venta No.109 Celebrado entre el Hospital la Victoria III Nivel ESE y Suplitodo LTDA, con fecha del 10 agosto 2009 "Compra de estantes con sus accesorios y bandejas para el archivo del Hospital". El proyecto en cuestión fue presupuestado \$ 11.7 millones, donde la meta de adquisición estantería para la organización del archivo

central se fijó en 33 estantes para el año 2010 (Plan Desarrollo Institucional de Hospital la Victoria 2009-2012), cumpliendo la meta del proyecto ya que lo ejecutaron el 10 agosto 2009 adquiriendo 52 estantes metálicos con sus accesorios y bandejas para el archivo del Hospital con la Empresa SUPLITODO por un valor de \$ 11.9 millones. Cumpliendo con la meta establecida del proyecto,

3.7.1.1 Se evidenció que el archivo muerto esta mezclado con el actual y archivo de defunciones, sin rotular, incumpliendo con la norma Ley 594 del 2000 y los lineamientos impartidos por el Archivo General de la Nación en su acuerdo 49 y el Archivo Distrital.

3.7.1.2 En el proyecto Fortalecimiento plataforma tecnológica en el Hospital la Victoria, se evaluó el proceso de contratación y el objeto establecido en el contrato, encontrándose que en este proyecto no tiene coherencia con el objetivo del proyecto y el objeto establecido en el contrato Orden de compra 019 2009 ya que el objeto del contrato Mantenimiento, Adecuación y mejoramiento red de cableado estructurado y eléctrico del Hospital y el proyecto establece unas metas diferentes: “... *Adquisición de software Para La Administración Y Control De Documentos Escaneados, Adquisición Software Para La Automatización Y Manejo De Triage, Registro Para Atención Inicial De Urgencias, Manejo De Anexos Técnicos 1,2,3 Y 4 Y Control De Autorizaciones, Adquisición de Impresoras Matriz de punto, Adquisición Impresoras Láser trabajo liviano, Fortalecimiento En Red de Cableado Estructurado Red Inalámbrica Centro de Computo, Adquisición Firewall (corta fuegos)*”.

Se estableció que el concepto de gestión y los resultados del proyecto seleccionado en términos de eficiencia y eficacia fue deficiente ya que solo cumplieron con el relacionado con la Adquisición Estantería para la organización del archivo central, el proyecto de Fortalecimiento de la Plataforma Tecnológica realizaron un Mantenimiento de cableado estructurado que es un gasto ordinario no puede acomodarse como un gasto de inversión, para mostrarlo como gestión de la ejecución del proyecto máxime cuando fue la única actividad que se desarrollo.

No le apunta a una de las metas suscritas al proyecto (no se adquirió la red inalámbrica, no se adquirieron equipos, etc.), no es lo mismo fortalecimiento del cableado estructurado a mantenimiento de cableado estructurado, falta organizar y administrar los rubro correspondientes a recursos propios de manera que se pueda culminar las metas del proyecto Fortalecimiento de la Plataforma Tecnológica requerido en el proyecto dentro del alcance, el tiempo, y costos definidos para lograr con eficacia la mejora en la comunicación y prestación de los servicios de la entidad. Estableciéndose que no se invirtió en su totalidad el rubro

para el cumplimiento de las metas adscritas al proyecto plataforma tecnológica, con un excedente de \$51.9 millones que genera el incumpliendo la normatividad establecida en Dec 195/209, Art. 2 del sistema presupuestal, POAI Art.4, Art. 17, Ejecución presupuestal.

La fuente de inversión del rubro fue de recursos propios obtenidos por venta de servicios, el presupuesto asignado a los proyectos de inversión es \$73.5 millones, los cuales se utilizaron \$21.6 millones que corresponden a el proyecto adscrito a Banco de proyectos que se distribuyeron así: Adquisición Estantería para la organización del archivo central con un rubro de \$12 millones de los que se invirtieron \$11.9 millones y Fortalecimiento de la plataforma tecnológica de la entidad con un rubro asignado \$61.5 millones de los cuales se invirtieron \$9.6 millones (Mantenimiento de cableado estructurado).

3.7.2 BALANCE SOCIAL:

Se verificó el seguimiento de la entidad respecto a los ajustes que generaron la auditoria 2008, en los que se estableció un plan de mejoramiento:

En los que se requirió la documentación de la tasa de mortalidad infantil en las vigencias 2007, 2008, con base en informe que realiza mensualmente el área de Epidemiología del Hospital soportando la información con un documento de las tasas de mortalidad pertenecientes al año 2007, 2008,2009.

De acuerdo a los lineamientos metodológicos para la presentación del balance social estipulados en la resolución 034/2009, se evaluará al sujeto de control respecto al cumplimiento de Reconstrucción del problema social: causas, efectos, población afectada, lugares de intervención, donde se medirá el impacto social alcanzado por la entidad en su gestión en la vigencia 2009 “...*El Hospital La Victoria III Nivel tomó como referencia, para la reconstrucción del problema social el informe del balance social 2008 y la información suministrada desde de área de epidemiología institucional en concordancia con los lineamientos con el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Distrital en Salud en el marco del Plan Desarrollo Distrital*”.

La información reportada por la entidad para el tema de balance social utilizada para medir el impacto de la problemática en la comunidad y en la entidad, es la relacionada con las tasas de mortalidad materno-infantil en las que también intervienen datos de las tasas de mortalidad materno perinatal e infantil, el Hospital La Victoria III Nivel de atención, adoptó la metodología de Balance Social al integrar la Reconstrucción del Problema, Instrumentos Operativos y Resultados, Resultados en la transformación de los problemas resultados y logros efectivos

concretos, medibles planteados en el balance social, la entidad refiere que en la vigencia 2009 incrementaron la oferta del servicio a madres gestante, aumentando 7.1% y los egresos de cuidados obstétricos 4.3%, respecto a la vigencia 2008, esta información no es confiable ya que en la cuenta rendida por el hospital a la Contraloría evidencia cifras diferente a los relacionado por ellos 2009. Pese a que la entidad realiza la adopción de la problemática las tasas de mortalidad materno-infantil en las que intervienen datos de las tasas de mortalidad materno perinatal e infantil, la mortalidad en las madres gestante en dos vigencias 2008 y 2009 consecutivas no se disminuye la tasa de mortalidad materna presentándose 111 mortalidad en la vigencia 2009 respecto a 2008 que se presentaron 34 casos, evidenciándose un incremento 228% en los datos estadísticos. En el caso de mortalidad perinatal se encontró una disminución 16% presentando datos 22 neonatos en 2008 y 19 en 2009.

Respecto a lo anterior la reconstrucción del problema social “.....Mortalidad Materno Perinatal e Infantil”, la entidad realizó la identificación de las causas en las que menciona obstétricas directas, obstétricas indirectas, no obstétricas, calidad en la atención medica (interviene el hospital personal, equipos, barreras de acceso por parte de la población), factores de riesgos por afecciones originadas en el periodo perinatal, factores atribuidos a condiciones socio económicas, enfermedades respiratorias, intestinales entre otras.

La localidad de San Cristóbal tiene 5 UPZ de focalización que corresponde a 198 barrios en las que se encuentran población correspondiente a 7.6% de estrato 1, 76.6% estrato 2 y 14.8% a estrato 3. La entidad menciona a la UPZ San Blas que consta de 64 barrios, UPZ Sosiego 20 barrios, UPZ 20 Julio 27 barrios, UPZ La Gloria 46 barrios, UPZ Los Libertadores con 54 barrios lo que asciende a una cobertura de 211 barrios no 198 como afirma la entidad, además hacen referencia a otras localidades como Santa fe, Mártires, Candelaria, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe, donde aclara que atiende a 1.196.896 habitantes donde asciende a un 74% de personal donde el 41 % de la población pertenece al régimen contributivo y 33% al subsidiado. De los cuales señala una población de 7.259.597 a los que corresponde 3.763.444 mujeres y 3.496.153 hombres, una población menor de 5 años que asciende a 8.441 mujeres y hombres 9.002, la entidad toma la información poblacional del Censo 2005.

El direccionamiento que toma la entidad para establecer la problemática junto con los “instrumentos operativos”, para la atención de programas son las políticas publicas gubernamentales es accionar los programas y proyectos institucionales donde el hospital la Victoria en su plan de desarrollo institucional se enmarca dentro de las políticas del plan de desarrollo Bogota Positiva para vivir mejor en

donde presenta 8 programas con 24 proyectos a los que apuntan los siguientes programas:

1. Programa Bogotá Sana
2. Programa de aseguramiento y atención en salud
3. Programa de fortalecimiento para provisión de servicios de salud.
4. Programa Bogotá competitiva e internacional
5. Programa conocimiento para crecer.
6. Programa tecnologías para la información y comunicación al servicio de la salud.
7. Programa desarrollo institucional integral.
8. Programa ahora decidimos juntos.

Además de tener en cuenta las metas consignadas para el sector salud del Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Positiva” se plantean como metas de interés frente a la problemática social en salud las siguientes:

CUADRO 18
METAS SECTOR SALUD FRENTE A LA PROBLEMÁTICA SOCIAL EN SALUD PLAN DE DESARROLLO “BOGOTÁ POSITIVA.

META PLAN	LINEAS DE BASE	META 2008**	META 2009
Reducir a 40 la tasa de mortalidad materna	52.9 x 100.000 nacidos vivos	Reducir a 40 la tasa de mortalidad materna	Reducir a 40 la tasa de mortalidad materna
Reducir a 9,9 la tasa de mortalidad de menores de 1 año	13,5 X 1.000 nv	76	134
Reducir a 11,5 la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años	15.9 por 100.000 menores de 5 años.	Reducir a 11,5 la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años	Reducir a 11,5 la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años
A 2012 Reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por mil nacidos vivos	19,8 X 1.000 nv	204	184
Reducir a 23.7 la tasa de mortalidad en menores de 5 años	26	2 87	138
Reducir a 9,9 la tasa de mortalidad de menores de 1 año	13,5 X 1.000 nv	76	134

Fuente: Documento CBN-1103 Balance Social Vigencia 2009 Hospital La Victoria.

El Hospital se fijó metas a largo plazo de las que cumplió algunas que menciona en el balance social, en las que se encuentran las siguientes:

Mantener la cobertura del programa Plan Canguro para nuestros nacidos y los de la subred que lo demanden, garantizar al 100% de las maternas la asesoría en lactancia materna. Fortalecer el proyecto de Reducción de la transmisión Vertical VIH SIDA madre e hijo, mediante la captación de gestantes de alto riesgo para la toma de VIH, con incremento del 5% los años subsiguientes (2009 a 2012)".

En el ítem de niñez bienvenida y protegida, con una meta establecida *“para mantener la cobertura del plan canguro para nuestros nacidos y los de la subred que lo demanden”*, a pesar de que el plan no está acreditado, las actividades que realizaron respecto a gestionar la infraestructura y apoyo logístico, se obtuvo respuesta por parte del Hospital La Victoria en la que se informa que las instalaciones para el plan canguro se han modificado en espacio, buena ventilación, sillas, respecto a la logística tiene un programa de manejo de los niños con bajo peso al nacer, control en la Unidad de Recién Nacidos, control y seguimiento del área de consulta externa por pediatras la base de datos se actualiza cada control del paciente, cumpliendo con la meta del programa que de acuerdo a la misión del Hospital juega un papel muy importante.

Brindo asesorías de lactancia materna en el servicio, se evidencia que los formatos AC-F089 VERSION 2 -2010 están incompletos, por lo que no evidencia los casos. El servicio de rehabilitación brinda atención a las mamás que presenten casos de mastitis, remitiendo a las pacientes al consultorio (10, 11, 12).

En la meta del proyecto niñez bienvenida y protegida, realización de pruebas rápidas de VIH a madres gestantes de alto riesgo para toma de VIH, en el año 2009 se verificó que realizaron en el laboratorio clínico 1173 pruebas y la meta programada en el plan operativo fue 958 cumpliendo con el 100% de la meta fijada.

La entidad no tiene PIC Plan de intervenciones Colectivas por tratarse de una entidad de III nivel de atención.

Los actores que intervienen en el problema son: Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social, gobierno distrital a través de la Secretaría Distrital de Salud, Hospital La Victoria III Nivel E.S.E., Sector Productivo, Comunidad (Población Materno Infantil)

CUADRO 19 MATRIZ ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

76

“Al rescate de la moral y la ética pública”

GRUPO	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS
Gobierno Nacional a través del Ministerio de la Protección Social.	Cumplimiento metas del Plan Nacional de Desarrollo Sector Salud Eficiencia de gestión en sector Salud Mejoramiento de la calidad Cumplir con los Objetivos del Milenio	* Recursos insuficientes * Deficiencia de las políticas públicas en salud	M: Planes de Desarrollo M: Normatividad Sectorial R: Recursos de Inversión R: Sistema General de Participaciones
Gobierno Distrital a través de la Secretaria Distrital de Salud	Cumplimiento metas del Plan Distrital de Desarrollo "Bogotá positiva" Eficiencia de gestión en sector Salud Bienestar de la comunidad		M: Plan de Desarrollo R: Recursos de Inversión
Hospital La Victoria III Nivel E.S.E.	Cumplimiento de lo establecido en la Plataforma Estratégica Prestar Servicios Integrales de Salud de Alta Complejidad		M: Plan de Desarrollo Institucional R: Profesionales de la Salud
Sector Productivo	Fuerza Laboral Productiva Desarrollo local	Incremento de los costos por incapacidades	R: vinculación de capital humano calificado
Comunidad (Población Materno Infantil)	Mejoramiento calidad de vida Acceso a servicios Integrales de Salud	Barreras de Acceso	M: Derechos

Fuente: Documento CBN-1103 Balance Social Vigencia 2009 Hospital La Victoria

Presupuesto Ejecutado

El Hospital la Victoria para la vigencia 2009 para abordar el problema de la Mortalidad Materno-perinatal e Infantil no formuló un proyecto específico, dado que se basa en su gestión acorde con la misión de la entidad, y afronta la problemática social de una forma integral, incrementando cada vez más su especial atención para esta población, además basó su dinámica financiera para la vigencia 2009 en la distribución del costo por unidades funcionales (mano de obra, suministros y gastos generales, los cuales se suman y constituyen el COSTO PRIMO. A este resultado se le suman los costos administrativos y logísticos, para llegar a constituir la variable del COSTO TOTAL, para cada especialidad. Sin embargo no hay claridad para la Contraloría a que rubro pertenecen para la verificación del presupuesto, debido a que la entidad allegó la información presupuestal asignada no discriminando el presupuesto por programas y procesos, y recurrieron a la información que se tiene asignada por los diferentes centros de costos así:

- a. Mano de obra (factores salariales y prestacionales)
- b. Servicios públicos (\$1.113.7 millones)
- c. Mantenimiento y aseo (\$2.375.6 millones)

- d. Lavandería (\$7.011.5 millones)
 - e. Nutrición (\$895.8 millones)
 - f. Materiales y suministros (\$292.4 millones)
 - g. Servicio Ginecología sede Victoria (\$ 4.998.7 millones), sede Materno (\$5.879.3 millones)
 - h. Servicio URN sede Materno el rubro no aparece en costos(\$0) sede Victoria (\$0) el rubro no aparece en costos
 - i. Pediatría sede Victoria (\$ 5.110.9 millones), sede Materno (no aparece)
 - j. Cirugía pediátrica sede Victoria (\$38.4 millones)
 - k. Medicina pediátrica sede Vitoria (\$3.937.9 millones)
- Fuente: Informe Costos vigencia 2009 – Hospital La Victoria III Nivel E.S.E.

Cabe mencionar que debe asignarse discriminando en el presupuesto total para que sea más coherente y fácil de identificar.

En el ítem Resultados en la transformación de los problemas, la entidad tomó como referencia 3 macroprocesos para formular actividades y fijar metas con sus respectivos indicadores donde se encuentra cumplimiento a la metodología Resultados en la transformación de los problemas resultados y logros efectivos concretos, medibles planteados en el balance social, la entidad refiere que en la vigencia 2009 incrementaron la oferta del servicio a madres gestante, aumentando 7.1% y los egresos de cuidados obstétricos 4.3%, respecto a la vigencia 2008.

Resultados en la transformación de los problemas resultados y logros efectivos concretos, medibles planteados en el balance social, la entidad refiere que en la vigencia 2009 incrementaron la oferta del servicio a madres gestante, aumentando 7.1% y los egresos de cuidados obstétricos 4.3%, respecto a la vigencia 2008, esta información no es confiable ya que en la cuenta rendida por el hospital a la 7.2.1 Contraloría evidencia cifras diferente a los relacionado por ellos 2009. Pese a que la entidad realiza la adopción de la problemática de la tasa de mortalidad en madres gestante en dos vigencias 2008 y 2009 consecutivas no se disminuye la tasa de mortalidad materna presentándose 111 mortalidad en la vigencia 2009 respecto a 2008 que se presentaron 34 casos, evidenciándose un incremento 228% en los datos estadísticos. En el caso de mortalidad perinatal se encontró una disminución 16% presentando datos 22 neonatos en 2008 y 19 en 2009.

Teniendo en cuenta lo anterior, el hospital adopta la metodología de Balance Social al integrar la Reconstrucción del Problema, Instrumentos Operativos y Resultados, Resultados en la transformación de los problemas resultados y logros efectivos concretos, medibles planteados en el balance social.

Los ingresos de la entidad fueron los siguientes, inicio con un presupuesto de \$40.2 millones, realizando adiciones producto de disponibilidad inicial, contratos

FFDS, facturación de otros pagadores, convenios de desempeño y recursos que pertenecen al capital por valor \$21.3 millones, presupuesto total \$61.5 millones, recaudando \$51.3 millones, generando un saldo de recaudo \$10.3 millones. En la vigencia 2009 se recaudaron cuentas anteriores generando liquidez en el hospital para cancelar obligaciones. Mediante convenio con el FFDS obtuvieron \$3.405 millones.

3.8 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN AMBIENTAL

La evaluación de la gestión ambiental al Hospital Victoria 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 y se verificó el Plan de Desarrollo en el cual no se encuentra como un proyecto, objetivo o meta específica.

El Hospital tiene las siguientes sedes: Hospital La Victoria localizado en la diagonal 39 sur # 3-20 este, localidad de San Cristóbal, tiene diagnóstico ambiental y está incluido en el Plan de Acción; el Instituto Materno Infantil ubicado en la Avenida Calle 1 # 9 – 95 Localidad Candelaria, no tiene diagnóstico ambiental ni acciones ambientales, la edificación está arrendada en el 52% y el Laboratorio Central de Citopatología o CitoCentro dirección Carrera 32 No. 18 - 81 edificio de la Secretaría Distrital de Salud Hemocentro 4° piso Localidad de Puente Aranda no tiene diagnóstico ambiental ni acciones ambientales y su gestión ambiental tiene el manejo interno de la SDS.

La entidad no pertenece a ninguno de los grupos de entidades que conforman el Sistema Ambiental del Distrito Capital- SIAC (Acuerdo 9 de 1990), por ser un hospital de segundo nivel realiza gestión ambiental interna por medio del Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA y el Plan Institucional de Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios - PIGRSH.

El Hospital en la ejecución de sus contratos que afectaron el medio ambiente y los recursos naturales no realizó, ni realiza valoración cuantitativa del costo beneficio generado por la conservación, uso, explotación y recuperación de los costos ambientales.

Durante la vigencia 2009, las acciones realizadas por el hospital para prevenir, mitigar y compensar los posibles impactos ambientales y sociales causados por el uso y aprovechamiento del ambiente y los recursos naturales, fueron las

relacionadas con la disminución del consumo de agua, energía, gas y de generación de residuos y el incremento del material reciclado.

En la ejecución de los problemas identificados, proyectos y recursos, cumplimiento de programas, cobertura y calidad de lo ejecutado y grado de participación ciudadana el Hospital no realiza una identificación específica de la gestión ambiental.

El Hospital obtuvo para la vigencia 2009, de acuerdo a la metodología de la Dirección Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., una calificación 50 en su gestión ambiental interna, la cual se encuentra soportada en la evaluación y verificación de la información ambiental reportada en el sistema SIVICOF, en las visitas administrativas realizadas a las áreas administrativa y asistencial, la información y documentos remitidos, así como los resultados de las verificaciones de auditoría.

Presupuesto 2009: para dar cumplimiento a la ejecución de los programas ambientales el Hospital invirtió \$730.1 millones, que representan el 1.3% del presupuesto de la entidad \$61.583.3 millones, el 8.3% del rubro gastos generales \$8.757.6 discriminados así:

CUADRO 20
INVERSIONES REALIZADAS EN GESTION AMBIENTAL INTERNA
VIGENCIA 2009

(Millones de pesos)

INVERSION GESTION AMBIENTAL Hospital La Victoria e Instituto Materno Infantil	VALOR	Porcentaje
Agua	210.7	29
Ahorradores	0	
Energía,	382.3	52
Sustitución fuentes lumínicas	0	
Residuos Sólidos,	137.1	19
Residuos Corrientes	(66.8)	
Residuos Peligrosos	(70.3)	
adquisición recipientes	0	
TOTAL	730.1	

Fuente: Formato CBN-1111 Hospital La Victoria 2009

La entidad no realizó compra de suministros ahorradores, ni recipientes y el servicio de energía con un 52% es el servicio de mayor peso económico.

Componente hídrico. La entidad efectuó la divulgación, socialización y capacitación de programa de ahorro y uso eficiente del recurso agua, pero durante el año 2009 no instaló accesorios ahorradores de agua.

Como medida de control sanitario adelantó el lavado, limpieza y desinfección de los tres tanques de reserva del agua potable de la sede del Hospital, del Instituto Materno Infantil, estos registros fueron objeto de verificación por parte de la auditoría, pero los mismos no fueron incluidos por la entidad dentro del componente hídrico del formato CBN 1111.

Durante el año 2009 la entidad consumió 638.206 mt³ de agua a un costo de \$1.990.2 millones¹¹.

**CUADRO 21
AGUA CONSUMOS Y COSTO**

(Millones de pesos)

AÑO	VOLUMEN ANUAL	DIFERENCIA ANUAL PROMEDIO	Porcentaje Incremento/ disminución	VALOR PAGADO	DIFERENCIA	Porcentaje Variación
2007	82.801		Base	261.4		Base
2008	64.602	-18.199	-22	214.8	-46.5	-18
2009	59.340	-5.262	-8	210.7	-4.1	-2

Fuente: Formato CBN 1111 Hospital La Victoria III nivel ESE

El volumen de consumo del Hospital La Victoria y su sede Instituto Materno Infantil, durante los últimos tres años tiene una tendencia de crecimiento del 4,36% y 3.09% para los años 2008 y 2009, en relación con el pago el crecimiento del 2008 fue del 7.97%, pero por reducción de las tarifas de Acueducto en la vigencia 2009, a pesar del incremento en el volumen de metros cúbicos, el pago del servicio disminuyó en un 11.49%, alcanzando la entidad un ahorro de \$258.5 millones de pesos en relación con el año 2008.

**CUADRO 22
AGUA PARTICIPACION INSTITUTO MATERNO INFANTIL**

AÑO	% VOLUMEN ANUAL	% VALOR PAGADO
2007	89	90
2008	75	72
2009	49	47

Fuente: Consumo servicios públicos agua 2007 a 2009 Hospital La Victoria III nivel ESE

En el análisis del porcentaje de participación del Instituto Materno Infantil en el consumo y el valor de agua, se comprobó que para el año 2007 la participación alcanzo el 89% y el 90%, para el año 2008 disminuye y para el año 2009 es del 49% y 47% respectivamente.

¹¹ Facturas de cobro Acueducto.

Aguas Residuales, el Hospital genera aguas residuales, razón por la cual las caracteriza observando en los resultados de laboratorio que todos los parámetros cumplen con la Resolución 3957 de 2009.

La cocina del Hospital fue entregada al contratista que suministra las minutas para La Victoria y para el Materno Infantil, el cual en cumplimiento de la norma tiene trampa de grasa a la cual le hace mantenimientos periódicos y semestralmente entrega el respectivo informe.

La Entidad 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, D. C. de 0 y 2 en vertimientos porque las mediciones están por debajo de los parámetros de la norma.

Componente atmosférico. El parque automotor esta compuesto por tres ambulancias y una camioneta a gasolina, los certificados de revisión técnico-mecánica y de gases, están vigentes.

Para el mejoramiento del aire, el control y monitoreo del ruido, la entidad verificó el mantenimiento preventivo a la planta eléctrica, realizó auditorias a todos los equipos generadores de emisiones verificar mediciones de ruido en las áreas de lavandería.

Equipos que Generan Emisiones

Fuentes Fijas: Caldera, plantas eléctricas (2), ambulancias (3) y camioneta.

PARQUE AUTOMOTOR DE LA ENTIDAD

CUADRO 23
PARQUE AUTOMOTOR HOSPITAL LA VICTORIA 2009

TIPO DE VEHÍCULO	MODELO	PLACA	TIPO DE COMBUSTIBLE QUE UTILIZA	No. CERTIFICADO REVISION TECNICO MECANICA Y DE GASES	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO
Camioneta	1997	OBE107	Gasolina	1105194	14-03-2008	13-03-2010
Ambulancia	2006	OBG081	Diesel	2889622	13-06-2009	13-06-2011
Ambulancia	1995	OIB372	Gasolina	3754187	13-11-2009	13-11-2010
Ambulancia	2006	OBG126	Gasolina	1300005	28-05-2008	28-05-2010

Fuente: Formato CBN 1111 Hospital La Victoria III nivel ESE

Durante el año 2009 contó con tres ambulancias una de ellas diesel y una camioneta.

La Entidad obtuvo en la vigencia auditada, un puntaje para el componente atmosférico de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., de 4 y de generación de ruido de 4.

Componente Energético. Se ha visto afectado por la gran rotación de personal y el incremento de equipos, lo que ha llevado a un incremento en el consumo de energía con relación años anteriores.

**CUADRO 24
CONSUMO Y COSTO DE ENERGIA 2007 AL 2009**

(Millones de pesos)

ANO	KW ANUAL PROMEDIO ANUAL	DIFERENCIA ANUAL PROMEDIO	Porcentaje Incremento/ disminución	VALOR PAGADO	DIFERENCIA	Porcentaje Variación
2007	117.208,3		Base	289.5		
2008	111.610,5	-5.598	4,7	306.6	17.1	5,9
2009	131.919,9	20.309	18,2	382.3	75.7	24,7

Fuente: Formato CBN 1111 Hospital La Victoria III nivel ESE

Para el periodo 2007 al 2008, presenta una disminución en el consumo del 4.7%, mientras que para 2008-2009 el incremento alcanzó el 18.2%; la tendencia en el costo del consumo es de incremento.

**CUADRO 25
ENERGIA PARTICIPACION INSTITUTO MATERNO INFANTIL**

ANO	% VOLUMEN ANUAL	% VALOR PAGADO
2007	49	71
2008	44	48
2009	60	55

Fuente: Consumo servicios públicos agua 2007 a 2009 Hospital La Victoria III nivel ESE

En el análisis del porcentaje de participación del Instituto Materno Infantil en el consumo y el valor de energía, se comprobó que para el año 2007 la participación alcanzo el 49% y el 71%, para el año 2008 disminuye y para el año 2009 es del 60% y 55% respectivamente.

La Entidad 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.

Componente residuos sólidos. En cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 400 de 2004 y en la directiva 009 de 2006, referente al Plan de Acción Interno para el Aprovechamiento de los Residuos Sólidos, las capacitaciones adelantadas en el año 2009 estuvieron orientadas a sensibilizar al personal en la adecuada segregación de residuos y en el programa de reciclaje, esta auditoria verificó los diferentes registros de capacitación. Pero en relación con el año 2008 se observa una disminución del material reciclado.

CUADRO 26
TIPO DE RESIDUOS SÓLIDOS GENERADOS 2009

ORDINARIOS (Kg.)	VIDRIO (Kg.)	PAPEL CARTÓN (Kg.)	METALES (Kg.)	OTROS (PLÁSTICO) (Kg.)
35.692	146	20.366	245	6.037

Fuente: Formato CBN 1111 Hospital La Victoria III nivel ESE

Estos residuos son generados en la sede del Hospital y en el Instituto Materno Infantil con una participación en la generación de papel-cartón del 36% y de metal del 47%.

CUADRO 27
RESIDUOS SÓLIDOS ORDINARIOS 2007-2009

(Millones de pesos)

AÑO	VOLUMEN ANUAL GENERADO KG.	DIFERENCIA ANUAL GENERADO KG.	Porcentaje Incremento	VR/ANUAL CANCELADO POR RECOLECCIÓN MILES DE \$	DIFERENCIA ANUAL MILES DE \$	Porcentaje Variación
2007	69401		Base	29.6		Base
2008	63596	-5805	-8,4	28.9	-0.6	-2,2
2009	70110	6914	10.87	66.8	37.8	57

Fuente: Formato CBN 1111 Hospital La Victoria III nivel ESE

Entre los años 2007 y 2008, registro una disminución en la cantidad de kilos residuos sólidos ordinarios, del -8.4%, pero para el año 2009 incremento la generación en un 11%, en relación con las sumas pagadas por el servicio de recolección la tendencia es similar del -2.2% y 57% para los años 2008 y 2009.

Evaluada la base de datos que soporta las cantidades generadas por tipo de residuo en la vigencia 2009, se observó que los de mayor impacto son los corrientes con el 39% y le siguen los biosanitarios con el 35% del total de residuos.

MATERIAL RECICLADO

**CUADRO 28
MATERIAL RECICLADO**

AÑO	VOLUMEN ANUAL RECICLADO KG.	DIFERENCIA ANUAL RECICLADO KG.
2007	14.078	
2008	23.476	9.398
2009	26.794	3.318

Fuente: Formato CBN 1111 Hospital La Victoria III nivel ESE

El incremento en la generación del material reciclado para el año 2008 presentó una tendencia de crecimiento del 67% con una disminución en el crecimiento (14%) para el año 2009, la entidad suscribió con la Cooperativa de Trabajo Asociado Ecoambiental El Porvenir hasta el 31 de diciembre el Convenio de Cooperación la recolección y entrega del reciclaje, sin costo.

Producción de Residuos Peligrosos

**CUADRO 29
RESIDUOS PELIGROSOS**

(Millones de pesos)

AÑO	VOLUMEN ANUAL GENERADO KG.	DIFERENCIA ANUAL GENERADO KG.	Porcentaje Incremento	VR/ANUAL RECOLECCIÓN MILES DE \$	DIFERENCIA ANUAL MILES DE \$	Porcentaje Variación
2.007	71.100		Base	52.2		Base
2.008	80.897	9.797	14	66.3	14.1	27
2.009	85.247	4.350	5	70.3	3.9	6

Fuente: Formato CBN 1111 registrado en SIVICOF el 26.2.10 por el Hospital La Victoria III nivel ESE

Entre los años 2007 a 2008, el comportamiento de la generación de residuos peligrosos alcanzó un incremento del 14%, con una disminución en el año 2009, del 5%.

La Entidad obtuvo en la vigencia auditada, un puntaje para el componente Residuos Sólidos y Peligrosos de conformidad con la metodología establecida por la Dirección Sector Ambiente de la Contraloría de Bogotá, D. C., fueron de 8 y 4 respectivamente.

Resultado de la auditoria se establecieron los siguientes presuntos hallazgos:

3.8.1 Fuentes Fijas

A. Caldera. Hace parte del sistema de suministro de vapor y agua caliente, en la visita realizada se observó que en la planilla de mantenimiento no se deja evidencia diaria de los parámetros básicos, además el área esta en deficientes condiciones de aseo, mantenimiento e infraestructura de pisos, techo y paredes. No están demarcadas las áreas de la caldera y sus equipos, ni rotulados sus componentes, hay una filtración de agua y el piso en una de las esquinas esta encharcado, las tuberías galvanizadas están desgastadas, la caldera no tiene calderista, además en el área se encuentran insumos en el suelo, estos hechos son originados por desconocimiento por parte de mantenimiento de los parámetros que requiere la caldera y su área para cumplir con los requisitos técnicos y de seguridad, y pueden originar situaciones de riesgo de explosión para la entidad y sus vecinos.

B. Tanques de ACPM y gas vehicular. En el patio de mantenimiento se encuentran dos tanques uno de ACPM y debajo un tanque de gas vehicular del cual no se conoce la fecha en la que fue abandonado, ni el responsable.

Las precitadas inconsistencias definidas en los literales A y B, incumplen lo definido en los artículos 113,114, 117,125 y 206 de la Ley 9 de 1979, los literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.8.2 El Hospital durante el año 2009 no contó con el profesional de Gestión Ambiental para que liderara la gestión y correcta implementación del PIGA y el PIGRHS, ni implemento el Departamento de Gestión Ambiental; el trabajo fue ejecutado por dos asesores externos de la ARP (uno de enero a agosto y el otro de octubre a diciembre 2009), quienes elaboraron los informes a Secretaria Distrital de Salud y de Ambiente, los cuales fueron radicados de manera extemporánea¹², este hecho trae como consecuencia que la gestión ambiental no tenga un profesional con perfil ambiental responsable de la actualización de los PIGAS, PIGRSH, del seguimiento y control de su implementación en las áreas administrativas y asistenciales, la revisión e implementación de correctivos, la definición de los insumos ahorradores, el seguimiento de los consumos y su facturación, entre otras actividades ambientales.

Esta falencia manifiesta problemas de compromiso para la implementación de la Gestión Ambiental, con el desacato de los artículos 3, 4 y 5 del Decreto 1299 de 2008, el artículo 4 de la Resolución 191 de 2009, el literal c del artículo 4 y 1 de la Ley 87 de 1993 y el numeral 7.1 del Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalario y similares en Colombia, Decreto 2676 de 2002 y los numerales 1 y 31 artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

¹² Oficios del Hospital La Victoria de fechas 3.2.2010 y 21.1.2009 a la SDS remitiendo los indicadores de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios II de 2009 y a la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos UESP y el Informe de indicadores de residuos reciclables generados del IV trimestre y II semestre de 2009, elaborados por Andrés Álvarez Mira Asesor ARP SURA.

3.8.3 PIGA, PIGRSH, actas del Comité de Gestión Ambiental y Plan de Acción Ambiental

A. Los respectivos Planes Integrales de Gestión Ambiental y Planes Integrales de Residuos Hospitalarios de las tres sedes del hospital: (Hospital La Victoria, Instituto Materno Infantil y el Laboratorio Central de Citopatología, están desactualizados, entre otras causas por la ausencia durante el año 2009 del referente ambiental del hospital trasgresión que incumple lo reglado en los numerales 1 y 4 del artículo 8 del Decreto 2676 de 2002 y los numerales 7.1 y 7.2 del Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalario y similares en Colombia y artículo 1 de la Ley 87 de 2009.

B. Revisadas las actas del Comité de Gestión Ambiental del año 2009, se encontraron las siguientes inconsistencias:

- Solo se encontraron nueve actas, el hospital no realizó las actas de los meses de febrero, marzo y octubre de 2009.
- En el cuerpo de las actas estipulan en el numeral 3 “Verificación de compromisos adquiridos” pero en ninguna de las nueve actas se encuentra la verificación de los compromisos del acta anterior.
- El acta número 2 del mes de marzo no define quienes son los asistentes ni están las firmas de los mismos.
- El acta número 3 de mayo no tiene firmas.

C. Plan de Acción Ambiental del Hospital La Victoria, no fueron entregados los resultados y grado de cumplimiento a 31 de diciembre de 2009 de los resultados de cada uno de los siete programas y treinta y dos actividades, debidamente soportados, como tampoco el nombre y cargo del responsable de su consolidación, en razón a que el hospital no contrato durante el año 2009 referente ambiental,

Por el contenido e inconsistencias, se concluye que el hospital diligencia las actas, por cumplir el requisito, pero en ellas no se determinan acciones, compromisos y tareas dirigidas al cumplimiento de las obligaciones del comité ni de los coordinadores de las tres sedes del hospital, frente al programa de gestión ambiental, hecho que se evidencia en las inconsistencias observadas por este ente de control en la gestión ambiental de la entidad, las precitadas inconsistencias señaladas en los literales A, B y C se originan por la ausencia de un responsable e incumplen los artículos 2 y 5 de la Resolución 191 de 2009 del hospital, Decreto 1299 de 2008, literal f artículo 2 y c) del artículo 2 y 4 Ley 87 de 1993, literales f) y j) artículo 3 de la Ley 152 de 1993.

3.8.4 Observaciones relacionadas con la Segregación en la Fuente del Manual de Procedimientos de la Gestión Integral de Residuos Sólidos en Colombia

A. Cajas de medicamentos e insumos hospitalarios depositadas en los recipientes de residuos sin destruir y/o inutilizar para evitar falsificación.

1 Victoria-Pediatría, Medicina Interna, Cuidado Intermedio Adultos. Los recipientes del Lactato de Ringer se reciclan pero no destruyen la etiqueta.

2 Victoria-UCI, Unidad de Cuidados Intensivos. Estación enfermería se encuentran cajas de medicamentos sin destruir.

3 Victoria-Urgencias Pediátrica, los recipientes del Lactato de Ringer se reciclan pero no destruyen la etiqueta, hay un recipiente verde con dos frascos de agua.

4 Victoria-Urgencias Adultos. Los recipientes del Lactato de Ringer se reciclan pero no destruyen la etiqueta.

5 Victoria-Urgencias Adultos. Los recipientes del Lactato de Ringer se reciclan pero no destruyen la etiqueta.

6 Victoria-Farmacia. Las cajas de medicamentos no son inutilizadas para evitar la falsificación de medicamentos y dentro de un recipiente verde hay un frasco de medicamento sin inutilizar

7 IMI-Área de depósito de material reciclable. Se encontraron Galones, tarros de formulas infantiles y leche, cajas de insumos hospitalarios y de medicamentos sin destruir.

8. IMI-Área de depósito de material reciclable. Las paredes no son impermeables, los pisos no duros y lavables.

9 IMI-Piso 2. Sala Partos. Empaques vacíos de Lactato de Ringer sin destrucción etiqueta.

10 Farmacia Cirugía. Cajas depositadas en recipiente gris sin destruir, blister sin rotulación de sus pastillas.

11 Piso 4. UCI 1 Críticos. Recipiente verde con caja de Fluconazol sin destruir y dispuesta en recipiente que no corresponde. Guardián con capuchón. 3.7.5.12 En el deposito de reciclaje se observaron cajas de medicamentos grandes y pequeñas sin destruir, lo cual incumple lo reglado en el Manual Nacional de Residuos Sólidos Hospitalarios y la Resolución 2676 de 2005.

B Recipientes de residuos. Ausencia de recipientes para el depósito de reciclaje en varias áreas del hospital, recipientes verdes sin tapa, mezcla de residuos, recipientes rojos en baños de uso de trabajadores, disposición de los mismos en el recipiente incorrecto y contaminación del material que se podría reciclar causada por el descuido de los generadores en el momento de la disposición en el recipiente apropiado.

C Incorrecta utilización de los recipientes de depósito de residuos en la entidad.

1 Victoria-Facturación Urgencias. Recipiente verde dentro del cual hay mezcla residuos y no hay bolsas o recipientes grises. Sobre el recipiente verde hay un bolso.

D Mezcla de residuos en los recipientes y no suministro de bolsas grises para reciclaje

1 Victoria- Consulta Externa-Atención Usuarios. Recipiente verde dentro del cual hay mezcla residuos y no hay bolsas o recipientes grises.

2 Victoria-Estación Enfermería. Mezcla en recipiente verde residuos (corrientes y potencialmente reciclables) y no hay recipiente gris.

3 Victoria-UCI, Unidad de Cuidados Intensivos. Mezcla en recipiente verde residuos (corrientes y potencialmente reciclables) y no hay recipiente gris.

4 Victoria-Oficina Ecografía. No tiene bolsa gris para reciclar.

5 Victoria-Salas de Cirugía. En la estación de enfermería hay un recipiente verde con mezcla de residuos (corrientes y potencialmente reciclables), problemas de capacitación de internos.

6 Victoria-Urgencias Pediátrica, Hay un recipiente verde con dos frascos de agua.

7 Victoria-Urgencias Adultos. Hay un recipiente gris con mezcla residuos corrientes y con potencial de reciclaje.

8 Victoria-Facturación Urgencias. Mezcla residuos y no hay bolsas o recipientes grises. Sobre el recipiente verde hay un bolso.

9 Victoria-Consulta Externa-Atención Usuarios. Recipiente verde dentro del cual hay mezcla residuos y no hay bolsas o recipientes grises.

10 Victoria-Consulta Externa-Consultorio Pediatría No. 19. Recipiente gris con pañal.

11 Victoria-Consulta Externa-Área Común. No hay recipiente para reciclaje.

12 Victoria-Farmacia. Recipiente verde con mezcla de residuos corrientes y potencialmente reciclables.

13 IMI- Oficina Coordinación. Mezcla residuos.

14 IMI- Oficina Hospitalización: No hay recipiente gris.

15 IMI- Piso 2. Hospitalización. Estación enfermería con mezcla residuos en recipiente verde.

Áreas Administrativas Hospital La Victoria

16 Financiera. Mezcla de residuos, en recipiente verde.

17 Cafetería. Mezcla residuos, tiene solo un recipiente.

18 Correspondencia, en los recipientes verde y gris están mezclados los residuos con su consecuente contaminación del material reciclable.

- 19 Oficina Financiera. Recipiente verde con mezcla residuos:
20. Subgerencia Administrativa. Recipiente verde con mezcla residuos:
- 21 Historias Clínicas. Recipiente verde con mezcla residuos:
- 22 Contabilidad. Todos los escritorios tienen recipientes verde y gris y se encontraron en los recipientes verdes mezcla residuos:
- 23 Tesorería. Recipiente verde con mezcla residuos:
- 24 Información. No hay recipiente para reciclaje.
- 25 Planeación Jefe. No hay recipiente gris, mezcla residuos en recipiente verde.
- 26 Sistemas Jefe. Hay dos recipientes verdes con mezcla de residuos corrientes y reciclaje (papel y botellas), uno es de madera y no tiene bolsa.
- 27 Jurídica. Recipiente verde con mezcla residuos corrientes y reciclables.
- 28 Fotocopiadora. Mezcla de residuos.
- 29 Auditoria Médica. Mezcla de residuos recipiente verde con reciclaje (frasco).
- 30 Auditoria Secretaria Distrital de Salud. No hay recipiente gris.
- 31 Cartera. Falta recipiente gris hay mezcla de residuos.
Mantenimiento.
- 32 Oficina de Mantenimiento. No hay recipiente para reciclaje, en el recipiente verde hay mezcla de residuos.
- 33 Oficina Compras. Mezcla de residuos corrientes y potencialmente reciclables en recipiente verde.
- 34 Se visito el área de almacenamiento de insumos de la firma que suministra las bolsas para los recipientes de depósito de residuos y se verificó que no tienen bolsas grises.

Las precitadas inconsistencias trasgreden lo estipulado en el Plan de Gestión Integral de Residuos del Hospital, numeral 7.2.3 Segregación en la Fuente del Manual de Procedimientos de la Gestión Integral de Residuos Sólidos en Colombia y literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993

E. Uso inapropiado de los recipientes para disposición de residuos.

- 1 Victoria-Estación Enfermería. Utilizan el recipiente verde para colocar documentos.
- 2 Victoria-Facturación Urgencias. Cartera sobre recipiente verde dentro del cual hay mezcla residuos y no hay bolsas o recipientes grises. Sobre el recipiente verde hay un bolso.
- 3 IMI- Oficina Coordinación. Recipiente verde con documentos encima.
- 4 Victoria-Facturación Urgencias. Cartera sobre recipiente verde.

F. Guardianes

- 1 Victoria-Salas de Cirugía. En una de las salas de cirugía dentro del guardián se encontraron dos tubos blancos que llena el guardián y no deben estar en el mismo, ya que únicamente es para lancetas y agujas y un recipiente de Lacto de Ringer.
- 2 Victoria-Consulta Externa-Consultorio Pediatría. Dentro del guardián se encuentra una jeringa.
- 3 Victoria-Consulta Externa-Consultorio Ginecología. Dentro del guardián se encuentra material desechables de examen.
- 4 IMI- Consultorio Ginecología No. 115 Guardián con ampolleta.
- 5 IMI- Piso 2. Sala Partos. Guardián con ampolla en la sala de recuperación
- 6 IMI- Piso 4. UCI 1 Críticos. Recipiente verde con caja de Fluconazol sin destruir y dispuesta en recipiente que no corresponde. Guardián con capuchón.
- 7 IMI- Laboratorio Clínico. En un guardián se encontraron depositados conos plásticos.
8. IMI- Consultorio Pediatría No. 113 Guardián con capuchos, algodón y tubo de sangre.
- 9 IMI- Consultorio Pediatría. En el guardián se encontraron depositados dos jeringas grandes y capuchón.

G. IMI- Área Planta de Emergencia. Se encontraron diez baterías usadas para desechar.

H.-IMI- Área de depósito de material reciclable. Las paredes y los pisos no tienen materiales que permitan la limpieza y material lavables.

Los problemas en la apropiación por parte de los trabajadores de los parámetros para disposición y manejo de residuos; de la administración en la disposición de recipientes, de cumplimiento de condiciones físicas del área de depósito de materiales; de seguimiento y de aplicación de los correctivos por parte de la gerencia, lo cual origina la mezcla de residuos, la inapropiada disposición de los mismos y la contaminación de residuos corrientes depositados en el relleno sanitario Doña Juana con el incumplimiento de las normas del Plan de Gestión Integral de Residuos del Hospital, el numeral 7.2.3 Segregación en la Fuente del Manual de Procedimientos de la Gestión Integral de Residuos Sólidos en Colombia, el Decreto 2676 de 2002 y los literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, situación que aplica para los literales A, B, C, D, E, F, G y H.

3.8.5 Áreas de Mantenimiento, Oficinas, y Ubicación inapropiada de residuos de construcción y activos para dar de baja.

Áreas de Mantenimiento y Oficinas

- A. Los trabajadores de mantenimiento no tienen ropa de trabajo, ni los elementos de protección para la realización de sus labores, las condiciones de orden y aseo en algunas áreas no garantizan unas condiciones labores y de seguridad ocupacional óptimas.
- B. Los techos de la Subestación Eléctrica y de la planta de emergencia tienen hongos
- C. Victoria- Información. Varias de las puertas del mueble para guardas objetos se encuentran desajustadas.
- D. Cielos rasos deteriorados en varias oficinas del área administrativa y asistencial entre ellas Talento Humano.

Las causas de estas falencias son originadas en la no exigencia por parte de la entidad del cumplimiento de los trabajadores del reglamento de higiene y seguridad industrial, de unas condiciones de presentación y disposición del área de trabajo, de un plan de mantenimiento y aseo periódico del área que garanticen unas condiciones laborales y físicas óptimas.

Las inconsistencias citadas en los literales A, B, C y D incumplen lo definido en los artículos 98, 99, 111,112 y 206 de la Ley 9 de 1979, artículos 29 y 33 de la Resolución 2400 de 1979 y los literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

E. En diferentes áreas verdes y contaminando visualmente se encuentran varios grupos de elementos para dar de baja. Muebles, chatarra, equipos. La precitada inconsistencia (E) se origina en el almacenamiento inadecuado en áreas verdes y sin protección tanto de elementos para dar de baja como de escombros por parte de los trabajadores de mantenimiento del hospital, lo cual genera contaminación visual y del agua por sedimentos, además por la falta de un plan de mantenimiento para estas áreas de la entidad e incumple lo definido en los artículos 2 y 17 del Decreto 357 de 1997 y los artículos 24, 28, 31 y 121 de la Ley 9 de 1979 y los literales f) y h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

3.8.6 Victoria - Instituto Materno Infantil. Manifiestos. Revisados los manifiestos de Transporte de Residuos Peligrosos Infecciosos de la empresa ECOCAPITAL S. A, ESP, se encontró que algunos no tienen diligenciadas las casillas denominadas: Nombre Usuario y Firma de quien entrega y algunos tampoco tienen diligenciadas las casillas de nombre y firma de quien recoge; estos documentos tienen que tener responsables identificables para que en caso de inconsistencias se facilite su identificación.

Revisados los manifiestos de Transporte de Residuos Peligrosos Infecciosos de la empresa ECOCAPITAL S. A, ESP se observo que no tienen diligenciadas las casillas denominadas: Nombre Usuario y Firma de quien entrega y de quien

recibe, 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 y el literal e) artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

3.8.7 No hay un trabajador responsable del archivo de los manifiestos, faltan manifiestos de Ecocapital de los meses de Enero, Febrero, Abril, Mayo, Junio, Septiembre y Octubre del 2009, como tampoco de la verificación del número de kilos consignados en los manifiestos contra los que cobra Ecocapital en la facturas, entre los cuales se encontraron las siguientes diferencias que implican una mayor cantidad de kilos y en consecuencia un presunto mayor pago por parte del hospital.

**CUADRO 30
FACTURAS ECOCAPITAL DIFERENCIAS CON MANIFIESTOS 2009**

CONCEPTO	BIOSANITARIOS	ANATOMOP A TOLOGICOS	VR. TOTAL
Kilos facturados	3.974	352	
Valor facturado	2.762.327	717.728	3.479.155

Fuente: Oficio Hospital La Victoria radicado el 24 de junio de 2010

Lo anterior es consecuencia de la ausencia del procedimientos para la revisión y control de la información relacionada con la cantidad y costo de los residuos peligrosos facturados por ECOCAPITAL.

Esta falencia contraviene lo normado en la Resolución 1164 de 2002 y en el literal e) artículo 2º, Ley 87 de 1993. Lo anterior debido a que no se cuenta con procedimientos para la revisión y control de la información relacionada con la cantidad y costo del proceso de destrucción y/o inactivación de residuos peligrosos en cuando a lo facturado por ECOCAPITAL. Se contraviene lo normado en la Resolución 1164 de 2002 y en el literal e) artículo 2º, Ley 87 de 1993.

3.8.8 Blister sin rotular tabletas.

A. Victoria-Farmacia. Las pastillas de los blister no son rotulados con nombre y fecha vencimiento.

B. IMI- Farmacia Cirugía. Blister sin rotulación de sus pastillas.

C.Victoria-Farmacia Urgencias. Blister sin tabletas rotuladas con nombre medicamento y fecha vencimiento.

El hospital compró la máquina pero no realiza la rotulación de todos los blister que son suministrados a los pisos y otros servicios. Esta inconsistencia puede originar el suministro de un medicamento equivocado o vencido con problemas para la salud de los pacientes e incumplimiento de lo estipulado en los numerales 3.3. Norma 03 Rotulación del Manual de Normas Técnicas de Calidad del INVIMA y el literal e) artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

3.8.9 Los formatos en los cuales mantenimiento reporta la verificación de equipos (planta eléctrica, caldera) no tienen una trazabilidad que permita determinar los datos de la entidad, de los responsables ni los parámetros básicos que se deben medir.

También se observó el archivo de documentos relacionados con la gestión ambiental en A-Z y la no identificación de las unidades documentales, hecho que se informa a los trabajadores que atendieron la visita.

Estas falencias en el archivo y manejo de las unidades documentales contravienen las normas definidas por el Hospital dentro de su Sistema de Gestión de Calidad relacionada con Control de documentos y Control de Registros NTGP1000:2004 y artículos 11, 12, 16, 24, 26 y 46 de la Ley 594 de 2000, lo anterior por el desconocimiento de los trabajadores de estas normas y tiene como consecuencia el archivo en un A-Z de una gran cantidad de folios hecho que dificulta la manipulación y origina la destrucción y daños de los mismos.

3.8.10 Residuos Peligros Infecciosos o de Riesgo Biológico. En el primer piso de la bodega del Hospital, ubicada en la Carrera 2 Este No. 36 J 35 sur, se encontraron varias cajas que contienen documentos para eliminar y neveras de icopor con numerosos portaobjetos (láminas) de muestras biológicas, las cuales como residuos biológico pueden contagiar al personal interno y externo de la institución por manipulación de este desecho infectado, hecho originado por el desconocimiento del manejo de este residuo e incumplimiento del procedimiento y medidas de seguridad por parte de la entidad.

De acuerdo al Manual de Residuos Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios y Similares de Colombia, los portaobjetos (láminas) de muestra biológicas usadas para cultivo y/o mezcla de microorganismos y/o residuo contaminado por éstos, son residuos biosanitarios peligrosos e infecciosos.

Esta falencia pone en riesgo la salud pública y demuestra problemas de compromiso y seguimiento en la implementación del PIGRHS, con el desacato de los Artículos 80, 98 y 99 Ley 9 de 1979, artículos 1, 2 y 4 de la Ley 87 de 1993, el numeral 7.1 Segregación en la fuente del Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalario y similares en Colombia, Decreto 2676 de 2002.

3.9 RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE ACCIONES CIUDADANAS

Al proceso auditor se vinculó a la ciudadanía mediante mesa de trabajo, realizada en las instalaciones de la Secretaría Distrital de Salud, en la que participaron los directivos de la Dirección Salud, representantes de las juntas de asociación de usuarios de los diferentes hospitales distritales e integrantes de los equipos auditores. El propósito de esta reunión fue socializar a los ciudadanos los memorandos de encargo de auditoria y planeación, escuchando las inquietudes de la comunidad 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.

En esta reunión las inquietudes más relevantes planteadas por la comunidad se relacionaron con la demora en la asignación de citas y deficiencias en la gestión por parte de las administraciones.

El Hospital La Victoria cuenta con una Oficina de Atención al Usuario que en la estructura organizacional depende de la Subgerencia de prestación de servicios asistenciales, por intermedio de ésta se han establecido mecanismos que permiten al usuario un acercamiento directo garantizando la recepción de quejas, derechos de petición, reclamos e inquietudes a nivel general.

Requerimientos ciudadanos

En la vigencia 2009 se presentaron un total de 261 quejas, siendo las más reiteradas las que corresponden a una atención deficiente con el 40%, falta de oportunidad en la asignación de citas con el 11% y demora en la atención de citas con el 6%. Así mismo, se realizaron 40 reclamos, de éstos el de mayor reiteración le correspondió a la falta de oportunidad en la asignación de citas médicas con el 32.5%.

Igualmente, se presentaron 113 derechos de petición, 86 peticiones de información y se solicitaron copias de 18 historias clínicas,

Se destacan 88 quejas presentadas por demora en la atención, mala atención y falta de información por parte del área de Atención al Usuario, originadas principalmente por congestión en el centro telefónico de atención, el cual no contó con un PBX que le permitiera descongestionar las llamadas recibidas por parte de los usuarios.

Las quejas, reclamos y derechos de petición fueron resueltos por la entidad oportunamente, adoptando para algunos casos que lo ameritaban medidas de carácter disciplinario e implementando para otros las respectivas acciones correctivas.

En el siguiente cuadro se muestra un comparativo del número de peticiones quejas y reclamos presentados durante las vigencias 2009 y 2008:

**CUADRO 31
COMPARATIVO NUMERO DE QUEJAS PETICIONES Y RECLAMOS**

TIPO	2008	2007	VARIACIÓN	VARIACIÓN %
Quejas	261	303	-42	-13.86
Reclamos	40	224	-184	-82.14
Derechos de petición	113	139	-26	-18.71
Petición de Información	86	71	15	21.13
Copias	18	20	-2	-10.00
TOTAL	518	757	-239	-31.57

Fuente: Oficina de Atención al usuario Hospital la Victoria.

Se observa que durante la vigencia 2009 se presentó una disminución general de las quejas y reclamos con relación al año 2008, pasando de un total de 757 a 518, mostrando una variación del 31.57%. Las quejas más frecuentes se asociaron a la mala atención y falta de oportunidad en la asignación de citas.

Así mismo, se presentaron ante la entidad 109 felicitaciones por parte de la comunidad, relacionadas con la buena atención recibida,

La entidad cuenta con una página web, en la cual se brinda información a la ciudadanía sobre los siguientes temas: Información general, documentos oficiales, servicios ofrecidos, convocatorias, contratación y lo relacionado con derechos de petición y quejas que no han podido ser entregados o remitidos al peticionario o quejoso porque estos no reportaron datos o los suministrados fueron incompletos o errados.

A pesar de las dificultades originadas por la carencia de un PBX, se observó una disminución en el número de quejas y reclamos presentados y un alto número de

felicitaciones recibidas por la entidad, lo que muestra una mejora por parte del Hospital en la atención a los usuarios.

3.10 CONCEPTO SOBRE RENDICIÓN DE LA CUENTA

Revisada la cuenta de la vigencia 2009 presentada por la entidad a través del SIVICOF, se observó que se ajusta a la forma y términos establecidos en la Resolución No.034 del 21 de diciembre de 2009.

4. ANEXOS

4. 1. CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR	REFERENCIACION			
			3.3.1	3.3.2	3.3.3	3.4.1
ADMINISTRATIVOS	22	NA	3.4.2	3.4.3	3.4.4	3.4.5
			3.4.6	3.6.1	3.7.1.1	3.7.1.2
			3.8.1	3.8.2	3.8.3	3.8.4
			3.8.5	3.8.6	3.8.7	3.8.8
			3.8.9	3.8.10		
CON INCIDENCIA FISCAL	0	0				
CON INCIDENCIA DISCIPLINARA	1	NA	3.8.2			
CON INCIDENCIA PENAL	0	NA				

4.2 SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA VIGENCIA 2009 HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ATENCION ESE

ORIGEN	CAPITULO	DESCRIPCION DEL HALLAZGO U OBSERVACION	ACCION CORRECTIVA	INDICADOR	META	AREA RESPONSABLE	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	RECURSOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	RESULTADO DEL INDICADOR SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO ENTIDAD	ANALISIS - SEGUIMIENTO ENTIDAD	RANGO DE CUMPLIMIENTO O SEGUIMIENTO CONTRALORIA	ESTADO DE LA ACCIÓN (A=ABIERTA, C=CERRADA) CONTRALORIA
INFORME DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR VIGENCIA A 2006	*3.2.1 EVALUACION DE CONTROL INTERNO	Se encontraron fallas en la verificación de los saldos de contrato y órdenes de prestación servicios, lo cual genera que en las cuentas por pagar constituidas a 31 de diciembre de 2006, existan saldos de compromisos desde el año 2004, los cuales asciende a \$588.4 millones. Lo anterior incumple lo normado en el artículo 2 literal e) de la ley 87 de 1993.	1. Emitir el listado de cuentas por pagar identificada por contrato u orden y vigencia, por parte de presupuesto. 2. Entregar el informe a los interventores para que soliciten la liquidación del contrato u orden. 3. Solicitar la liquidación por el interventor para que jurídica liquide los contratos. 4. Enviar las actas de liquidación a los proveedores para obtener legalización de la misma por parte de jurídica. 4. Una vez recibida firmada, entregar copia a presupuesto para que proceda al respectivo reintegro. 5. Jurídica iniciará liquidación unilateral de aquellas que no se devuelvan con observaciones o que no contesten. AL finalizar proceso remitirá a presupuesto copia de la liquidación unilateral. 6. Registrar las actas de liquidación y Emitir nuevo listado de cuentas por pagar para verificar que	% de reintegros adelantados del total de los programados según actas de liquidación entregadas por la Oficina Jurídica Valor total de Reintegros adelantados por concepto de contratos liquidados / Total de valores reportados a reitegrar por concepto de contratos liquidados valor x 100 -% de contratos liquidados reportados al área de presupuesto para adelatar el respectivo reintegro : Total de contratos liquidados reportados al área de presupuesto /	Adelantar el 100% de los reintegros por concepto de cuentas por pagar constituidas a Diciembre de 2006 de contratos liquidados	Oficina Jurídica Contratación y Presupuesto. Interventores.	Jefe Oficina Jurídica. Profesional Especializado Presupuesto. Interventores de contratos u ordenes. Gerencia Subgerencia adtva, Subgerencia Servicios de Salud, Jefe desarrollo Institucional. Coordinación financiera.	ninguno	01/06/2009	30/09/2009	100% de Reintegros adelantados por concepto de contratos liquidados, del total de los programados y 97,23% de avance en depuración de cuentas por pagar constituidas a 31/dic/06.	97.23	El área de Presupuesto emitió listado de cuentas por pagar identificada por contrato u orden de vigencias 2005 y anteriores constituidas a 31/dic/06 por un valor total de \$649,643,864, de los cuales \$579,367,476 corresponden a vigencia 2004. A Diciembre/ 2008 quedo un saldo de (\$201.579.173), A Junio 30 del 2009 se encuentra pendiente un saldo de \$ 74.774.835 correspondiente a 5 hospitales, de los cuales se enviaron actas de liquidación por valor de \$ 14,869,717 en el mes de julio/09 los cuales se verán reflejados en el mes de julio/2009, a diciembre de 2009 se cuenta con un valor por reintegro de \$17'993,288 que	El hospital realizó depuración de las cuentas por pagar desde el año 2004 para lo cual presentó documentos como las actas de liquidación de contratos de vigencias anteriores donde se observan los valores que fueron reintegrados, una vez depurada la información del valor del contrato frente a lo realmente ejecutado. De otra parte a 31 de diciembre de 2009, las cuentas por	2 - C

			existan únicamente los de la vigencia actual por parte de presupuesto. 7. Presupuesto deberá remitir a los interventores y los interventores solicitar liquidaciones a jurídica de posibles contratos faltantes por remitir a presupuesto. 8. Registrar las actas pendientes de liquidación.	Total de contratos programados para liquidación a reportar a presupuesto x100									corresponde al 2,77% de las cuentas constituidas a diciembre de 2006, presentando una depuración del 97,23% , dicho saldo esta pendiente de firma de las actas con el hospital Tunal y el hospital Simon Bolivar.	pagar fueron de \$10.261,9 millones, de los cuales se auditaron el 20% de las mismas, sin evidenciar observaciones que formular.	
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.2.2.1.1 EVALUACION DE CONTROL INTERNO	Se está solicitando laboratorios clinicos a pacientes hospitalarios que no son reclamados reclamados.	1- Efectuar seguimiento y análisis de los laboratorios no reclamados. 2. Control documental de la entrega por parte de laboratorio a los servicios diariamente y análisis del resultado	No. de Laboratorios no reclamados / total de laboratorios procesados entregados al área de Hospitalización x 100	Disminuir en un 50% los laboratorios no reclamos en el mes(linea base 150 exámenes no reclamados es decir Disminuir al 1% del total de exámenes procesados	Subgerencia de servicios de salud	Coordinador grupo interno apoyo diagnostico y terapeutico	ninguno	01/06/2009	31/12/2009	0.8000000 000000000 444089209 850062616 169452667 236328125	60	Se adelantó seguimiento y análisis de los laboratorios no reclamados de forma mensual el número de exámenes de laboratorio realizados en el mes de Noviembre fue de 19623 exámenes que demuestra una reducción de 4213 con respecto al mes de Octubre y por lo tanto los devueltos tambien en numero de 85.	Aunque la entidad posee información de exámenes de laboratorio procesados y devueltos de los servicios, no se evidencia el control ejercido por parte de la administración sobre la entrega de los reportes a los diferentes servicios hospitalarios, tampoco se ha logrado concientizar al personal médico de los tiempos establecidos para la entrega de éstos, además de que incluyan el resultado de los	1 - A

														exámenes a tiempo en las Historias Clínicas de los pacientes situación que puede generar glosas al servicio de laboratorio.	
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	" 3.2.2.1.2 EVALUACION DE CONTROL INTERNO	Se incumple el procedimiento "Acepte novedad únicamente en caso de incapacidad o calamidad" de consulta externa, de manera reiterativa por permisos y compensatorios de días de descanso, llevando a la reprogramación de los pacientes, teniendo en cuenta que el indicador de cancelación de consulta paso en el mes de febrero de 2.4. a 5.2.	Realizar rediseño de procedimiento de generación de consulta incluyendo capacitación . Adelantar seguimiento a la reprogramación de consulta mensual por parte de los especialistas.	% Cumplimiento de la actualización del manual = Manual de procesos y procedimientos actualizado	Cumplimiento del 100 % del procedimiento de generación de consulta	Subgerencia de servicios de salud	Coordinador Area de Gestión	Ninguno	01/05/2009	31/12/2009	0.6999999999999999 555910790 149937383 830547332 763671875	80	Se adelantó el rediseño del procedimiento de generación de consulta, y se encuentra en prueba piloto, se adelantó seguimiento mensual por parte del coordinador de área de servicios ambulatorios el mayor porcentaje en la cancelación de la agenda correspondió a incapacidad médica y a la realización de cirugías con carácter de urgencias. En el mes de Diciembre quedo en 1.57% y se reasignaron 74 consulta sienda los mas revelantes gineco 26 y psiquiatria 23.	La entidad cumplió con la acción correctiva propuesta	2 - C
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.2.2.1.3 EVALUACION DE CONTROL INTERNO	No se está dando cumplimiento al procedimiento de entrega de resultados de laboratorio clínico con respecto: "En caso de laboratorio no reclamado o devueltos desde el área hospitalaria después de 2 meses o 1 mes	Efectuar seguimiento y análisis de los laboratorios no reclamados. Realizar rediseño de procedimiento de entrega de resultados de laboratorio clínico y reporte de actualización al área de calidad	% Cumplimiento del procedimiento de entrega de resultados = Procedimiento de entrega de resultados de laboratorio actualizado y aplicado por los servidores /Procedimiento programado para	Cumplimiento del 100% del procedimiento de entrega de resultados de laboratorio o clínico	Subgerencia de servicios de salud	Coordinador Area de Gestión	Ninguno	01/06/2009	31/12/2009	0.80000000 000000000 444089209 850062616 169452667 236328125	80	En el mes de mayo se hizo la modificación del ítem en el manual de procesos relacionado con el manejo de los exámenes de laboratorio no recepcionados en hospitalización se ha hecho seguimiento mensual y presentación de	Se evidenció el rediseño en el mes de junio de 2009 del procedimiento o entrega de resultados de laboratorio y se ha venido cumpliendo. Igualmente	2 - C

		respectivamente, realice formato N° AC-ADX-F012, entrega para radicar en el área de estadística		actualización referente a entrega de resultados x 100									resultados en comité de historia clínica. En el mes de Octubre se realizó una verificación al proceso y se ha hecho seguimiento mensual. De igual manera esta pendiente la presentación de los resultados con las observaciones dadas a los líderes	se encuentran documentos que reflejan el seguimiento a los exámenes de laboratorio no reclamados de las diferentes especialidades médicas que tiene el Hospital donde se recomienda minimizar esta falencia y mayor compromiso por parte de los profesionales en medicina, enfermería y auxiliares para evitar que esto ocurra.	
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.2.2.2.1 EVALUACION DE CONTROL INTERNO	El hospital tiene implementado el sistema dinámica gerencial, al realizar los cruces de los recaudos de los copagos y particulares, en la interfase entre tesorería y presupuesto se presentan diferencias como se evidenció en varios recibos de caja en los meses de julio a diciembre del 2008,	Efectuar seguimiento mensual desde el área de tesorería de la calidad de interfases verificando falencias en el proceso. Efectuar seguimiento mensual desde el área de sistemas verificando la operacionalización del modulo tesorería y presupuesto, subsanando las inconsistencias presentadas de acuerdo al análisis de causalidad de la diferencias identificadas.	% seguimiento mensual adelantado por el área de Tesorería y sistemas: No de seguiminetos ejecutados / No total de seguimientos programados x 100 % de recibos que no hacen interfase identificados = N° Recibos que no hicieron interfase /N° Total de	Garantizar el 100% de seguimientos adelantados por el área de tesorería de la calidad de interfases. Garantizar el 100% de seguimientos desde	Area Financiera Oficina Planeación	Profesional Tesorería Profesional Presupuesto Profesional Sistemas Profesional Especializado Coordinación Financier	Ninguno	03/06/2009	31/12/2009	100	100	Se adelantó seguimiento por el área de tesorería y presupuesto sobre la calidad de interfases, no se presentó ninguna diferencia en el mes de junio del 2009. El 100% de los recibos tuvieron interfases.	La entidad adelantó seguimiento en las áreas de tesorería y presupuesto sobre la calidad de interfases y no se evidenciaron diferencias.	2 - C

		aunque estas diferencias son conciliadas manualmente cada mes, se estableció que la interfase del sistema entre las dos áreas presenta deficiencias que ocasionan riesgos en el proceso.		recibos generados mensualmente*100	el área de sistemas verificando la operación alización del módulo tesorería y presupuesto, subsanando el 100% de las inconsistencias que obedecen a factores internos.		a									
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.2.2.2.2 EVALUACION DE CONTROL INTERNO	En el módulo de Dinámica Gerencial para presupuesto aunque esta actualizado en un 95% en ocasiones se generan reprocesos para la generación de informes finales , por cuanto obliga a realizar cruces con el paralelo en Excel , que involucra todos los datos incluidos en el modulo de manera individual , antes de la emisión de los informes, por lo que se debe tomar medidas de forma coordinada entre las áreas de sistemas y presupuesto, para disminuir los riesgos de información	Diseño e implementación de la generación automatizada de informes finales desde el sistema de información del hospital. Resolución 052 - Ejecución de ingresos, ejecución de disponibilidades, ejecución de obligaciones y de gastos. Libro oficial 714 - Libro oficial de ingresos, libro oficial de gastos. Informes Generales de Gastos - Documento por rubro - Listado de modificación.	% Cumplimiento en la generación automatizada de informes finales = N° Total de informes finales generados automáticamente /Total de informes finales*100	Generación automatizada del 100% de informes finales	Area Financiera Oficina Planeación	Profesional Presupuesto Profesional Sistemas Jefe Planeación	Ninguno	03/05/2009	31/12/2009	En proceso de validación informes finales de gastos, se definió la ejecución de gastos con la implementación y ajustes del modulo.	95	El área de sistemas entregó al área de presupuesto el desarrollo para la generación de informes referente a ejecución de gastos, e informes generales de gasto el cual se valido y esta en ejecución, se estableció seguimiento a través de 5 actas del plan de mejoramiento..	La entidad cumplió con la acción correctiva planteada para lo cual presentó 5 actas de seguimiento al plan de mejoramiento entre Sistemas y Presupuesto donde se evidencia la solución a los problemas detectados en la observación de la Contraloría.	2 - C	

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.3.1 EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	Cuenta Deudores y de Difícil Cobro: Para la Contraloría de Bogotá, no es claro que dada la situación financiera de la ESE, la alta y cuantiosa morosidad que presentan las aseguradoras, no se hallan iniciado las acciones que la normatividad vigente establece para optimizar el flujo de recursos mediante el giro directo de las entidades territoriales a las IPS en casos de incumplimiento de pagos por parte de las aseguradoras, el Ministerio de Protección Social, implemento en noviembre de 2006, un manual para la aplicación de las medidas de giro directo excepcional a las IPS, basado en el Decreto 3260 de 2004 y que tiene como objetivo mostrar los procedimientos para aplicar las medidas de giro cuando las aseguradoras no cumplan con los pagos en los plazos previstos.	Se iniciara tramite ante el ente territorial de las EPS-S que tienen contrato vigente y no se han iniciado acciones de cobro coactivo y cumplan con los criterios establecidos en el decreto 3260 del 2004, para la aplicación de medida de giro directo	% de giros directos solicitados : No total de entidades que solicitan giro directo / número de entidades que cumplen con los criterios para solicitar giro directo y no se encuentren con acciones por parte del área de cobro coactivo x 100	Reportar el 100% de entidades que cumplan con los criterios establecidos en el decreto 3260 del 2004 y no se hayan iniciado acciones de cobro coactivo, para la aplicación de medida de giro directo, a Diciembre 31 de 2009.	Area Financiera Area de cartera	Profesional Especializado Coordinación Financiera Profesional Cartera	equipo de cartera para la gestión de recaudo y apoyo del área de cobro coactivo para la solididad ante la Secretaría Distrital de Salud	01/06/2009	31/12/2009	1	100	De Acuerdo al manual establecido por el área de aseguramiento en salud de la Secretaría Distrital de Salud para la aplicación de medida de giro directo se encuentra que hace parte integral del mismo el respaldo contractual de cada uno de los pagadores a aplicar esta medida, Para el mes de junio se realizo actualización y verificación de la matriz de contratación de Hospital La Victoria Vs. los saldos de cartera, donde se evidencia que la medida unicamente podra ser aplicada a la EPS-S Mutual Ser , Ecoopos, Humana Vivir capitacion y Evento los cuales tienen cartera pendiente de pago. Se iniciara el alistamiento de soportes de acuerdo a los requisitos exigidos para realizar la respectiva reclamacion. Se anexa formato de entidades a aplicar medida de acuerdo a matriz de contratación. Debido a la solicitud del proceso se realizo acercamiento con la nueva gerencia del Hospital La Victoria, para establecer acuerdos de pago con	El Hospital inició los trámites para obtener el recaudo de Cartera mediante la aplicación de la medida de giro directo. Así mismo, como parte de la mejora en las acciones de cobro, solicitadas por la Contraloría de Bogotá, la entidad realizó otras acciones para la recuperación de Cartera de difícil recaudo como acuerdos de pago y cobros coactivos. Durante el período 01-06-2009 a 31-12-2009 establecido en el plan de mejoramiento para iniciar las acciones tendientes a recuperar cartera, la entidad recaudó por cobro coactivo un valor de	2 - C
--	---	--	--	---	---	---------------------------------	---	---	------------	------------	---	-----	--	---	-------

																			<p>las entidades sobre la cartera pendiente de pago no objeto de glosa ni procesos de conciliación, el resultado acuerdo de pago con la EPS-S Mutua ser por valor de \$810.000.000 , ya que el manual de procesos y procedimientos de la institución establece que aquellas entidades que presentan dificultades en generar flujo de recursos deberan ser remitidas al area de cobro coactivo, se realizo el proceso con Humana vivir y se obtuvo un flujo de recursos el 23/12/2009 por valor de \$431.023.570, con Ecoopsos se esta realizando proceso de conciliación medica ya que los saldos de vigencias anteriores corresponden a glosa pendiente por conciliar. Igualmente se continuara con el proceso de cobro tanto administrativo como juridico en los casos que asi se requiera. A pesar de que no se ha realizado el reporte al area de aseguramiento no se ha obviado el proceso de cobro generando otros resultados. El valor recudado por efecto de cobro coactivo fue de</p>	\$567.2 millones	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	--

													\$2,036 millones.		
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.3.2 EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	Gestión de Glosas: el saldo por subsanar a 31 de diciembre de 2008 es de \$2.711.8 millones, este valor no coincide con el valor registrado en la cuenta de orden 8333 facturación glosada en venta de servicios de salud \$108.3 millones, presentándose una diferencia por registrar en las cuentas de orden de \$2.603.5 millones, contraviniendo lo establecido en la circular 035 de 2000 de la Contaduría General de la Nación, ¿las glosas deben registrarse en cuentas de orden deudoras de control, en el momento en que se presenten, independientemente que sean o no, subsanables?. Por lo anterior, la cuenta de deudores se encuentra sobreestimada en cuantía de \$701.1 millones, que corresponde a la diferencia entre el valor de las glosas aceptadas (\$839.0 millones) y registradas en las cuentas de orden (\$108.3 millones) y	"1. Se realizará el ajuste contable y la diferencia de la cuenta 8333 reflejando el valor de la glosa pendiente por conciliar. 2. Se solicitará concepto a la Contaduría General de la Nación 3. Se ajustará procedimiento contable según concepto emitido por la contaduría general de la nación 4- Se revisará la parametrización del sistema contemplando la necesidad del desarrollo normativo del registro de la glosa.	% de glosa registrada = Valor registrado en estados contables/ valor reportado por informe de cartera	Garantizar que la cuenta 8333 refleje el 100% de la glosa pendiente por conciliar. Aplicación del 100% del concepto emitido por la Contaduría General de la Nación 3. Ajustar el 100% del procedimiento contable según concepto emitido por la contaduría general de la nación 4- revisión del 100 % de la parametrización del sistema contemplando la necesidad del desarrollo normativo del	Area Financiera - Cartera - Contabilidad - Sistemas	Profesional Especializado Coordinación Financiera, Profesional Cartera, Contador, Jefe Oficina Asesora de Planeación	Ninguno	01/06/2009	31/03/2010	1	100	Se determinó que trimestralmente el área de cartera generara informe de entidades a conciliar el cual deba quedar registrado en cuentas de orden al cierre de cada trimestre, saldos que deberán concidir con lo reflejado en los informes generados a los entes de control. A DIC 31/ 2008 no se había registrado la glosa pendiente por conciliar, se adelantó cruce conciliatorio y registro contable por un valor de \$2,682,123.883 de acuerdo a la solicitud realizada por la contraloría. Igualmente se realizó solicitud a la empresa de sistemas SYAC para la parametrización de la reglosa para que quede registrada en Dinámica gerencial Hospitalararia, evitando el reproceso manual que se viene realizando, debido a que corresponde a un requerimiento por norma. El área de cartera se encuentra generando trimestralmente en la vigencia 2009 de forma manual el informe de glosa	Se dio cumplimiento a las acciones correctivas, realizando los respectivos ajustes contables. A 31 de diciembre de 2009 se presentan conciliadas las glosas presentadas por cartera (Glosas pendientes de conciliar) y contabilidad (cuentas de orden) por valor de \$3.412.2 millones, sin presentar diferencias.	2 - C

		el valor no registrado en estos rubros como lo establece la circular mencionada, así mismo, las cuentas correlativas de provisión o de responsabilidades según se defina.			registro de la glosa.								pendiente por conciliar al período corte se encuentra el mes de marzo 2009, junio 2009, septiembre 2009 y Diciembre 2009, presentado este último un saldo de \$3.412.166.879 por conciliar el cual se encuentra registrado contablemente en las cuentas de orden.		
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.3.2.E VALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	Avances y Anticipos Entregados: Esta cuenta representa los dineros entregados por anticipado a los contratistas durante la vigencia y los cuales deben ser legalizados oportunamente, generalmente durante la vigencia del contrato, a diciembre 31 de 2008 esta cuenta tenía un saldo de \$72.8 millones, que corresponden a anticipos entregados a finales del año a Blanca Celmira Ángel \$348 pesos, APS SERTEL Ltda. \$42.5 millones y Hospital Rafael Uribe \$30.0 millones, se adelantarán los ajustes contables correspondientes.	Se depurarán las partidas por valor de \$72.8 millones, a Blanca Celmira Ángel \$348 pesos, APS SERTEL Ltda. \$42.5 millones y Hospital Rafael Uribe \$30.0 millones, se adelantarán los ajustes contables correspondientes.	% de anticipos y avances depurados = valor de anticipos y avances depurados /valor total de anticipos registrados en la cuenta 1420 .	Depurar el 100% de los anticipos a 31 de diciembre de 2009 registrados en la cuenta 1420	Contabilidad	Contador	Ninguno	01/06/2009	31/12/2009	"100% depurados los anticipos de la cuenta 1420 a 30 de junio del 2009.	100	Se realizó seguimiento de uno de los anticipos pendientes de legalizar a 31 de diciembre de 2008, los cuales quedaron incorporados en los meses de abril y mayo del 2009, adicionalmente se viene adelantando el seguimiento de los anticipos mensualmente y se informa a los responsable de su legalización según el término establecido en cada resolución que autoriza el giro o anticipo. De igual manera a 31 de diciembre queda un saldo de \$16.553 que no se había reintegrado por parte de la Doctora Ruby Liliana Cabrera Calderón, dinero que fue consignado el día 07 de enero de 2010 según recibo de caja No 431323	La entidad cumplió a las acciones correctivas establecidas, depurando los respectivos avances. A 31 de diciembre se presentó un avance por valor de \$16.553 el cual fue legalizado mediante recibo de caja No. 0431323 de 7 de enero de 2010	2 - C

		momento, razón por la cual la cuenta de avances y anticipos entregados se encuentra sobreestimada en cuantía de \$30.0 millones y su correlativa de gastos en el mismo valor.														
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.3.3 EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	Notas a los estados contables: Las notas a los estados contables no se ajustan integralmente a las normas técnicas del Plan General de Contabilidad Pública vigente, en la preparación de los estados contables con corte a 31 de diciembre de 2008, no tuvieron en cuenta lo establecido en las resoluciones 354 y 355 de 2007, de la Contaduría General de la Nación, mediante las cuales se adoptan el Régimen de Contabilidad Pública y Manual de Procedimientos, respectivamente, las cuales tienen por objeto revelar la información adicional necesaria sobre las transacciones, hechos y operaciones financieras, económicas y sociales, en especial	Entrega de Información contable en cumplimiento a las normas técnicas del Plan General de Contabilidad Pública vigente, y las resoluciones 354 y 355 de 2007, de la Contaduría General de la Nación, 10 días antes del reporte a entes de control para revisión por parte de la Coordinación Financiera y Subgerencia Administrativa Analisis y revisión de estados financieros por parte de la Subgerencia Administrativa. Ajustes a observaciones presentadas por la subgerencia Administrativa financiera	% de cumplimiento en la entrega de la información contable: Cumplimiento de cronogramas de entrega de información contable Entrega de informes	"100 % de oportunidad en la entrega de Información contable que permita el análisis por parte de la Subgerencia administrativa y financiera, con el cumplimiento del 100% de los requisitos normativos establecidos en la normatividad vigente.	Contabilidad	Contador	Ninguno	15/02/2010	15/02/2010	100	100	Los Estados Financieros con corte a Diciembre 31 de 2009, se entregaron el día 05 de febrero de 2010 para revisión por parte de la Coordinación Financiera y Subgerencia Administrativa y Financiera. Se validó ante los entes de control el 12 de febrero, radicado a CGN y Secretaría de Hacienda Distrital, con anterioridad el vencimiento del plazo estipulado vía web y medio físico; así mismo las notas a los Estados Financieros con corte a 31 de diciembre de 2009 se ajustan a lo establecido en las Resoluciones 354 y 355 de 2007, mediante las cuales se adoptan el Régimen de Contabilidad Pública y Manual de Procedimientos emitidas por la Contaduría General de la Nación.	Se cumplió con la acción correctiva establecida, presentando información financiera relacionada con las notas a los estados contables de acuerdo a las normas pertinentes, revelando la información adicional necesaria sobre las transacciones, hechos y operaciones financieras, económicas y sociales	2 - C	

		las relativas a situaciones particulares de las clases, grupos, cuentas y subcuentas, deben presentar información que permita efectuar análisis de las cifras consignadas en los estados contables.													
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	" 3.4.1 EVALUACION ALPRE SUPUESTO	Cuentas por Cobrar: De la evaluación se concluye que la gestión de recuperación en el recaudo de las cuentas por cobrar, proyectadas en el presupuesto de la vigencia 2008, no fueron eficaces, lo que generó dificultades de equilibrio financiero para la ejecución de los recursos hacia el cumplimiento de los proyectos contemplados en el plan de desarrollo.	Cumplir como mínimo el 70 % de la meta establecida de 8.526 millones y para el cumplimiento de estas metas fijadas nuestra institución contará con un grupo interdisciplinario en las área de cartera, cobro coactivo, cuentas medicas, ejecutivo de cuenta hospitales, ejecutivo de fosyga, outsourcing para recuperación de cartera mayor a 180 días, que se encargaran de gestionar y realizar todos los procesos necesarios para la recuperación de la misma. Es importante resaltar que nuestra meta es superar la gestión realizada en la vigencia 2008 a través de las siguientes actividades que conduciran a cumplimiento de la meta propuesta: Gestión de cobro telefónico semanal,	Recuado Cuentas por Cobrar = Valor Recuadado de cuentas por cobrar / Valor apropiación definitiva de cuentas por cobrar = >70 %	Recuadar a 31 de Diciembre de 2009 Mínimo el 70 % del presupuesto aforado en el rubro cuentas por cobrar	Area Financiera Area de cartera	Profesional Especializado Coordinación Financiera Profesional Cartera	Equipo de cartera para gestión de recaudo, Outsourcing para recuperación cartera mayor a	01/01/2009	31/12/2009	1	100	A corte 30 de junio se tiene un avance del 90,31% de la cuentas por cobrar establecidas a 31 de diciembre de 2009 de acuerdo al presupuesto definitivo, con un recaudo acumulado de \$6.113.126.100. A corte 30 de noviembre de 2009 se tiene un avance del 86% ya que se adiciono el rubro en \$2.400.501.681 quedando con un presupuesto definitivo de \$8.526.669.908	Según la ejecución presupuestal a diciembre 31 de 2009, el recuado del rubro Cuentas por Cobrar es de \$7.475.5 millones equivalentes al 83.5% de lo presupuestado	2 - C

			requerimientos escritos para cobro de cartera corriente vencida, circularizaciones de saldos de cartera , proceso de conciliación contable para aclaración de saldos, derechos de petición para confirmación de saldos, cruce de cuentas reciprocas con Empresas Sociales del Estado, reportes al área de Cobro Coactivo para inicio de procesos, realización de acuerdos de pago a nivel directivo en los casos que las entidades expresen voluntad de pago, cobro directo a través de las diferentes fuentes de gestión.					180 días, Grupo de cobro coactivo								
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.4.2 EVALUACION AL PRESUPUESTO	En el FFDS - Atención a Vinculados, se presenta un recaudo acumulado de \$20.868.3 millones, que sumado a \$3.468.1 millones, (F.F.D.S. - Venta de Servicios sin Situación de Fondos), arroja un total recaudado de \$24.336.4 millones, cifra que difiere de la presentada por el área de cartera a tesorería y que asciende a \$24.315.2 millones, presentándose una diferencia de \$21.2 millones, incumpliendo lo establecido en el literal e), artículo 2º, de la Ley 87 de 1.993.	Realizar conciliación tripartita entre las áreas de cartera, tesorería y presupuesto cada cierre mensual, realizar seguimiento y corrección de las diferencias encontradas	% de Conciliación tripartita en el periodo = Número de conciliaciones tripartitas hechas en la vigencia / Total de conciliaciones tripartitas programadas x 100	Garantizar el 100% de conciliaciones tripartita entre las áreas de cartera, tesorería y presupuesto , con la corrección del 100% de las diferencias encontradas en la vigencia fiscal 2009	Area Financiera, Cartera , Tesorería, Presupuesto.	Profesional Especializado Coordinación Financiera Profesional Cartera Profesional Tesorería Coordinador Presupuesto	Ninguno	01/06/2009	31/12/2009	1	100	1 MAYO (1 / 1) *100 = 100% Se realizo satisfactoriamente las conciliaciones entre las tres áreas 2. JUNIO (2/2) *100 = 100% Se realizo conciliacion mensual y acumulada entre las tres áreas para de esta manera evitar diferencas en los informes presentados	Las dependencias Cartera, Tesorería y Presupuesto conciliaron a 31 de diciembre de 2009 los ingresos del FFDS por valor de \$30.716.0 millones y no se encontraron diferencias por este rubro.	2 - C	

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.4.3 EVALUACION AL PRESUPUESTO	En la evaluación a la ejecución de gastos de funcionamiento, se analizó gastos generales mantenimiento entidad, el Contrato de prestación de servicios No. 055 del 28/02/2008, suscrito entre el Hospital La Victoria III Nivel de Atención E.S.E., y JDR ASISTENCIAMOS E.U..Este ente de control pudo establecer mediante acta de visita fiscal realizada por la Contraloría el 3 de Marzo de 2009, en las instalaciones del sótano del Hospital, donde funciona el lugar destinado para ejecutar el contrato, que hasta la fecha de la diligencia, no se había tenido en cuenta el cobro de los valores mensuales correspondientes al F21 donde funciona el área de costura en la sede II Instituto Materno Infantil.	Seguimiento y verificación por parte del interventor del gasto generado por consumo de elementos de uso del contratista con el respectivo cobro de los servicios públicos de forma mensualizada	% de seguimientos referentes al gasto de servicios públicos = No de seguimientos referentes al gasto de servicios públicos ejecutados /Total de seguimientos programados x100 % de Cobros mensualizados efectuados durante la vigencia del contrato por concepto de servicios públicos / total del gasto generado por consumo de servicios publicos durante la vigencia del contrato x 100	Garantizar el 100% de seguimientos referentes al gasto de servicios públicos por parte del contratista . Garantizar el 100% de los cobros de los servicios publicos durante la vigencia del contrato de forma mensualizada efectuados al contratista .	Area Recursos Fisicos Area Financiera	Coordinador Recursos fisicos, Profesional Especializado Coordinación Financiera	ninguno.	01/06/2009	31/12/2009	1	100	Se adelantó seguimiento al gasto de servicios públicos a Junio 30 del 2009, con el cobro respectivo mensualizado.	El hospital aportó el documento con el cual se evidencia el cobro de los servicios públicos por valor de \$111.2 millones entre los meses marzo de 2008 y febrero de 2009 que corresponde al plazo de ejecución del contrato.	2 - C
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.4.4 EVALUACION AL PRESUPUESTO	El resultado de la ejecución presupuestal del Hospital en la vigencia 2008, presentó un déficit de \$9.698.7 millones, si se tiene en cuenta que obtuvo ingresos recaudados por \$35.624,8 millones y	Presentar en comité de gerencia las medidas de austeridad del gastos y generación de ingresos,realizar seguimiento continuo de la ejecución del ingreso y el gasto, presentar el comportamiento de facturación y cartera, presentar proyección de gastos en comité de	Disminución de deficit : Valor del deficit vigencia 2009 - valor del déficit vigencia 2008	Disminución del déficit en un 10% respecto a la vigencia 2008, Línea Base deficit 9.698.7	Comité de Gerencia, Coordinación financiera.	Comité de gerencia, Profesional Especializado Coordinación Financiera	ninguno.	31/03/2009	31/01/2010	"	100	El resultado de la ejecución presupuestal a diciembre 2009, presentó diferencia entre la ejecución de ingresos y los compromisos presupuestales por valor de \$9,836,3 millones, los cuales estan respaldados	Durante el año 2009 el Hospital ejecutó los gastos necesarios en el desarrollo de su misión sin evidenciar compromisos sustantivos, lo	2 - C

		<p>asumió compromisos presupuestales por \$45.323,5 millones, lo que indica que al cierre del periodo, la entidad refleja desequilibrio presupuestal que puso en riesgo las finanzas del Hospital y por ende la gestión Hospitalaria, en tal sentido, aunque se disminuyó el déficit comparado con la vigencia 2007, las medidas tomadas para reducirlo, no fueron eficaces para garantizar la sostenibilidad presupuestal de la entidad.</p>	<p>gerencia y controlar su ejecución. Seguimiento por parte del comité de gerencia.</p>		<p>millones vigencia 2008</p>						<p>vigencia. Se presentó el seguimiento mensual de las ejecuciones presupuestales tanto de ingreso como de gasto en los formatos de agendas estratégicas, para toma de decisiones.</p>	<p>con las cuentas por cobrar constituidas, que ascendieron a \$10,003 millones, las cuales fueron discutidas en mesa de trabajo con SHD y SDS quedando en \$9,500 millones. Se presentó en comité de gerencia plan de austeridad del gasto. Sin embargo la diferencia respecto al año 2008 se incrementó únicamente en \$137,6 millones.</p>	<p>cual conlleva a un déficit de \$9.664.3 millones</p>		
<p>Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008</p>	<p>"3.5.1. EVALUACION A LA CONTRATACION</p>	<p>El contrato N°055/08, corresponde a la prestación de servicios de lavandería, desinfección, planchado, recolección, distribución, confección, transporte ropa hospitalaria, y alquiler de ropa hospitalaria y quirúrgica. En el contrato No. 055 del 2008 se adelantó una modificación contractual sin legalización de otrosí y el artículo 30 del acuerdo 014 del 16 de agosto del 2007 reglamento de contratación del</p>	<p>Solicitud por parte del interventor del contrato cuando se requiere alguna modificación a los términos contractuales, al área jurídica para trámite el acta respectiva entre las partes contractuales.</p>	<p>No de contratos con modificaciones solicitadas por parte del interventor /No de contratos con modificación contractual x 100</p>	<p>100% de contratos con modificaciones solicitadas por parte del interventor /No de contratos con modificación contractual x 100</p>	<p>Subgerencia Administrativa Financiera - Subgerente de servicios de salud, Jefes de Oficina</p>	<p>Jefe Jurídica</p>	<p>ninguno.</p>	<p>01/06/2009</p>	<p>31/12/2009</p>	<p>1</p>	<p>100</p>	<p>Se está requiriendo al Interventor del contrato que con una antelación de ocho (08) días, presente la solicitud de modificación a los términos contractuales.</p>	<p>Una vez revisada la muestra de contratación de la auditoría regular a la vigencia 2009, no se presentó esta clase de inconsistencias. La entidad ha cumplido con la acción correctiva propuesta</p>	<p>2 - C</p>

		Hospital, establece las funciones que debe ejercer el interventor del contrato, en los nueve numerales, no se incluyó la potestad de modificación de las cláusulas del contrato"													
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	" 3.6.1.1 EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	Teniendo en cuenta que el plan de desarrollo 2004-2008 fue aprobado mediante acuerdo 10 del 2006 con base a tres objetivos y 14 estrategias el hospital debe evaluar su gestión y resultados con base en estos, y no solamente con base al primer objetivo misional y seis estrategias	Desarrollar procesos de seguimiento y evaluación del PDI sobre todos los objetivos estructurantes contemplados en el plan de desarrollo aprobado por junta directiva	% Cumplimiento en la evaluación del PDI = N° Total de objetivos evaluados/Total de objetivos a evaluar *100	Evaluación del 100% de los objetivos y estrategias contemplados en el plan de desarrollo aprobado por la Junta directiva	Oficina Planeación	Jefe Oficina de Planeación Profesional Planes y programas	Ninguno	01/06/2009	31/12/2009	1	100	Se ha realizado seguimiento y evaluación de todos los objetivos contemplados en plan de desarrollo y plan operativo según plan de acción de cada macroproceso	La entidad adjuntó la información de seguimiento del primer trimestre, aunque evidencia una información en excel no adjuntó soportes de seguimiento de segundo, tercero y cuarto trimestre, o sea, no hay documentación que soporte la aplicación de las acciones correctivas planteadas.	1 - A

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.6.1.2 EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	El Hospital sobreestima el porcentaje ejecución del objetivo misional del Plan de Desarrollo, al no incluir la evaluación de todas las metas	Rediseñar procedimiento planeación institucional y gestión de políticas públicas en donde se contemple las modificaciones al PDI a través de acto administrativo aprobado por junta directiva y que incluya la justificación de las mismas.	% Cumplimiento en la generación de actos administrativos de modificaciones presentadas al Plan de desarrollo = N° Total de objetivos modificados y aprobados por acto administrativo/Total de objetivos modificados *100	Evaluar el 100% de objetivos contemplados en el plan de desarrollo acorde con los actos administrativos aprobados por la Junta directiva.	Oficina Planeación	Jefe Oficina de Planeación Profesional Planes y programas	Ninguno	03/05/2009	31/12/2009	1	100	Se realizó el rediseño del procedimiento de seguimiento a planes, programas, se encuentra en fase de validación. A corte 30 de junio no se han presentado modificaciones	La entidad documenta un rediseño al seguimiento de planes, programas pero este no tiene fecha de aprobación, aplicación ni quién la aprobó	1 - A
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.6.1.3 EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	Con respecto a la consulta externa especializada, aunque presenta cumplimiento en la meta formulada del 95% la situación genera gran insatisfacción en la comunidad al no ser suficiente la capacidad instalada para la alta demanda	Desarrollar estrategias de optimización de la capacidad instalada a través de la disminución de la inasistencia por parte de los usuarios (Comparendos educativos, llamado previa a la consulta) y asignación de cita extra a los profesionales.	% Inasistencia de usuarios a consulta = N° Total de pacientes que no asisten a la consulta/Total de consulta asignada*100 LB : 14%	Disminuir a un 10 % la inasistencia de usuarios a la consulta externa línea Base vigencia 2008 15%	Subgerencia de servicios de salud	Cordinadores de Gestión	Ninguno	03/05/2009	31/12/2009	1	100	Se presentó un % de inasistencia durante el primer semestre del 2009 del 9,3 % disminuyendo en 5,7% respecto a Dic 2008, Semanalmente se Desarrolla el comparendo educativo para todos los usuarios que incumplen con cita medica, diariamente se realiza llamado telefonico a los usuarios recordadndo el cumplimiento de la cita, en todas las consultas se asigna una cita extra a los profesionales.	El Hospital La Victoria adjuntó un listado de pacientes que no asistieron a citas médicas pero no hay evidencia de la consecuencia de multas, es un documento desorganizado.	1 - A

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.6.1.4 EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	Con respecto a la consulta externa especializada, el hospital describe el indicador de demanda no atendida, sin embargo, no es confiable debido a que un gran volumen de usuarios no se pueden comunicar con las tres líneas de asignación de citas debido a que permanecen ocupadas.	Fortalecer el procedimiento de asignación de citas a través de la implementación de un PBX, chat en línea.	% Cumplimiento en la implementación de PBX = Implementación de PBX	Cumplimiento en la implementación del PBX	Area Financiera, Oficina Planeación	Profesional Especializado Coordinación Financiera Profesional Tesorería Coordinador Presupuesto Jefe Oficina Planeación Profesional Sistemas	Ninguno	03/05/2009	31/12/2009	0.5	50	Se fortaleció la línea de acceso y solicitud de citas médicas a través del chat en línea, con aumento progresivo de horario de atención en atención a la demanda.	Cumplieron parcialmente con la acción correctiva ya que existe línea chat pero no instalaron el PBX	1 - A
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2008	"3.6.15 EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	A pesar del avance en los sistemas de control en el área de farmacia y la gestión en el control de medicamentos, no existe un indicador confiable de oportunidad de entrega de medicamentos y otros complementarios, teniendo en cuenta que el presupuesto asignado para medicamentos en la vigencia 2008 fue inferior al de la vigencia 2007 en un 8%	Elaborar un indicador de oportunidad de entrega de medicamentos y material médicoquirúrgico para el año 2009, el cual se manejará desde el almacén.	%de oportunidad de entrega de medicamentos: No de medicamentos entregados / No de medicamentos solicitados x100	Medición de la Oportunidad de entrega de medicamentos y material médico quirúrgico.	Area Recursos físicos	Profesional Especializado Recursos Físicos.	Ninguno	01/06/2009	31/12/2009	9	1	Se formuló el indicador se elaboró ficha técnica reportada al área de calidad, en el mes de diciembre de 2009, se reportó un promedio de entrega de insumos del 91,02% .	Cumplieron con la formulación del indicador y con la ficha técnica que lo soporta	2 - C

Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2009	"3.6.2.1 EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	Balance Social .El Hospital no adopta plenamente la metodología de balance social al no integrar la reconstrucción del problema, instrumentos operativos y resultados en cada una de las problemáticas, de manera que se pueda obtener una lectura del contexto con un secuencia de causalidad acción y resultados de cada problema	Diseñar balance social aplicando la metodología definida por la contraloría distrital	% Cumplimiento en el desarrollo de la metodología de balance social para todas las problemáticas planteadas = N° Total de problemáticas que aplican la metodología/Total de problemáticas presentadas x 100	Cumplimiento del 100% de la metodología de balance social emitida por la contraloría distrital	Oficina Planeación	Jefe Oficina Planeación	Ninguno	01/02/2010	15/02/2010	1	100	En el informe de Balance Social a Dic-31-2009 a reportar el 15-Feb-2010, se adoptó la metodología contenida en la Resolución 034/2009 emitida por la Contraloría de Bogotá, desarrollando para la problemática "Altas tasas de mortalidad materno infantil" la reconstrucción del problema, instrumentos operativos y resultados, obteniendo una lectura del contexto con un secuencia de causalidad acción y resultados de la misma.	Se verificó la cuenta rendida por la entidad cumpliendo con algunos de los parámetros. No obstante, no fue posible establecer los rubros presupuestales que causaron erogaciones para atenderlo relacionado con el Balance Social.	1 - A
Informe auditoría gubernamental con enfoque integral - modalidad regular vigencia 2010	"3.6.2.2 EVALUACION AL PLAN DE DESARROLLO Y BALANCE SOCIAL	Balance Social. Falta de documentación de la tasa de mortalidad infantil en las vigencias 2007,2008	Documentar y realizar seguimiento a la tasa de mortalidad infantil e incluirlo en el balance social 2009	% Cumplimiento en el desarrollo y seguimiento a la tasa de mortalidad infantil dentro de los indicadores de calidad = Tasa de mortalidad infantil desarrollada y con seguimiento	Análisis y seguimiento de la tasa de mortalidad infantil en el Balance social 2009	Epidemiología, Oficina Planeación	Epidemióloga, Jefe Oficina de Planeación	Ninguno	03/05/2009	15/02/2010	1	100	En el informe de Balance Social a Dic-31-2009 a reportar el 15-Feb-2010, se incluye el análisis y seguimiento a la tasa de mortalidad infantil de las vigencias 2007, 2008 y 2009, con base en informe que realiza mensualmente el área de Epidemiología del Hospital.	El área de epidemiología soporta la información con un documento del año 2007, 2008 y 2009	2 - C
FECHA DE SEGUIMIENTO. AGOSTO DE 2010															