

INFORME DE AUDITORIA MODALIDAD ESPECIAL
PROYECTO 869 “Salud para el buen vivir”
Plan de Intervenciones Colectivas - PIC

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD

PERIODO AUDITADO 2013

DIRECCION SECTOR SALUD

BOGOTA, DICIEMBRE DE 2014

**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**

Contralor de Bogotá

Diego Ardila Medina

Contralora Auxiliar

Ligia Inés Botero Mejía

Directora Sectorial

Soraya Astrid Murcia Quintero

Asesores

Martha Sol Martínez
Erika Maritza Peña Hidalgo
Saturnino Soler Arias

Gerente

Andrea del Pilar Luengas Muñoz

Equipo de Auditoría

Adriana María Uribe Cabal
Claudia Acevedo Ritter
Ana Matilde Soledad Cabrera
Libia Beatriz Polo Calderín
Yazmín Milena Monroy Martínez
Myriam Jael Suam Guauque
Luis Andrés Trujillo Díaz
Francisco Peña Angulo

TABLA DE CONTENIDO

1.	CARTA DE CONCLUSIONES	2
2.	RESULTADOS DE AUDITORIA	8
2.1.	Evaluación Gestión Financiera del Plan de Intervenciones Colectivas	9
2.2.	Evaluación Gestión Contractual del Plan de Intervenciones Colectivas	20
2.3.	Evaluación Técnica y de Gestión del Plan de Intervenciones Colectivas	34
3.	Anexos	78
3.1.	Cuadro de Hallazgos	78

1. CARTA DE CONCLUSIONES

Bogotá D. C.

Doctor
MAURICIO BUSTAMANTE GARCIA
Secretario de Despacho
Secretaría Distrital de Salud
Representante Legal
Fondo Financiero Distrital de Salud
Ciudad

Asunto: Carta de Conclusiones

La Contraloría de Bogotá, con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, practicó auditoría especial a la Secretaría Distrital de Salud - Fondo Financiero Distrital de Salud, vigencia 2013, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad y valoración de los costos ambientales con que administraron los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en el marco de la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas. Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada por la entidad y analizada por la Contraloría de Bogotá D.C. La responsabilidad de la Contraloría consiste en producir un informe de auditoría especial que contenga el concepto sobre el examen practicado.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas de auditoría generalmente aceptadas, con políticas y procedimientos de auditoría establecidos por la Contraloría, consecuentes con las de general aceptación; por lo tanto, requirió acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar nuestro concepto.

La auditoría incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan el área, actividad o proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales; los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en los archivos de la Contraloría de Bogotá D.C.

El informe contiene aspectos administrativos, financieros y legales que una vez detectados como deficiencias por el equipo de auditoría y que de ser corregidos

por la administración, contribuyen 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.

CONCEPTO SOBRE EL ANÁLISIS EFECTUADO

La Contraloría de Bogotá D.C. como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que la gestión del Plan de Intervenciones Colectivas ejecutado por la SDS-FFDS a través de la contratación suscrita con 14 hospitales de la red pública distrital, no cumple en su totalidad con los principios de eficacia y efectividad.

La Contraloría evidenció que, buscando ampliar significativamente la cobertura de atención el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Humana” aplico cambios significativos en la metodología, optando por el Territorio como elemento ordenador para la planeación, implementación, seguimiento, monitoreo y ajuste al Programa de Salud Pública. El nuevo modelo se ejecuta a través de cuatro componentes: a) Componente Territorios, b) Componente Vigilancia Epidemiológica; c) Vigilancia sanitaria -Medio Ambiente- ; d) Gestión de políticas y programas.

Asimismo, sin dejar de reconocer el avance que representa para la salud de la población el nuevo modelo de Salud Pública aplicado; sin minimizar el esfuerzo que representa para los profesionales de la salud llegar a sitios más lejanos y difíciles; sin desconocer el reto administrativo que significa programar, ejecutar y controlar el desarrollo del programa, es necesario señalar las debilidades encontradas en la evaluación al Programa de Salud Pública. Para la Contraloría de Bogotá, los buenos resultados y continuidad de esta política pública, pasan por el fortalecimiento integral de la red hospitalaria distrital, lo que significa ajustar procesos, revisar conceptos, proteger recursos.

De la revisión adelantada se observó lo siguiente:

Cada uno de los hospitales para el proyecto PIC apertura una cuenta de ahorros para el manejo de los recursos girados por la SDS-FFDS, con destinación específica, no obstante lo anterior en algunas ocasiones el Fondo Financiero Distrital de Salud efectúa el giro electrónico a la cuenta general de los hospitales, teniendo estos que trasladar dichos recursos a la cuenta destinada a fin de tener el seguimiento y control de los mismos.

Cada hospital realiza seguimiento mediante el conciliación de cuentas recíprocas con al área contable de la SDS-FFDS y mensualmente se hace cruce de recaudo

con al área de facturación y cartera, de acuerdo a soportes. Realizada comparación entre los saldos de las glosas definitivas presentadas en los estados contables por los hospitales Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Nazareth y Vista Hermosa con corte a diciembre 31 de 2013 se evidencia diferencia con la información entregada por la oficina de Salud Pública.

Llamó la atención de la Contraloría de Bogotá el alto volumen y creciente valor de las glosas aplicadas a los hospitales, es así como el valor de referencia (5%) dejó de ser un tope máximo, para convertirse en el mínimo que lograban alcanzar las ESE; multiplicándose el desgaste administrativo para el hospital, si quería reducir el volumen total de glosas.

Con el cruce realizado entre la base de datos poblacional de Planeación Distrital (hogares) y la base de Familias caracterizadas 2013, se pudo evidenciar que las proyecciones realizadas por la SDS-FFDS para el año 2013 presentan diferencias significativas que ponen en duda los resultados logrados por el programa. Así las cosas, se encontró que en Ciudad Bolívar en el estrato 1 se caracterizaron 82.335 familias de 111.133 hogares para un promedio de 0.7 familias por hogar, situación similar se observa en San Cristóbal en donde el promedio es de 0.9 (8.202 familias caracterizadas de 8.883 hogares), en general para Bogotá, en el estrato 1 de obtuvo un promedio de 0.8, es decir 167.019 familias caracterizadas en 204.385 hogares, de lo que se puede concluir que al parecer los equipos de territorios saludables no caracterizan a todas las familias que hacen parte del hogar visitado.

Para la Dirección de Salud Pública de la SDS, el Programa Ampliado de Inmunizaciones contempla la aplicación de todas las vacunas que hacen parte del esquema que exige el Ministerio de Salud, el reporte por separado de la vacuna contra el VPH se realiza debido a que el proyecto de inversión 869 estableció una meta para esta vacuna. Así las cosas, esta Dirección define el presupuesto total para el PAI por vigencia y lo distribuye en los 14 hospitales que ejecutan el PIC. No se evidenció los criterios de distribución de los recursos a ejecutar en cada una de estas metas por parte de la SDS-FFDS como ente rector.

No se está cumpliendo la meta: Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud al 100% de las personas en ejercicio de trabajo sexual, que participan en las acciones colectivas, al 2016, aunque el resultado presentado por la entidad es del 100% relacionando a 695 personas canalizadas con unos recursos programados y ejecutados para la meta de \$1.527.439.328, toda vez que en las visitas realizadas en los hospitales se pudo verificar que no se está haciendo seguimiento a la canalización, que garantice la efectividad de la misma.

Aunado a esto y de acuerdo con la base de datos suministrada por la SDS, que contiene el registro del formato de canalización para identificar cuales usuarios “en ejercicio de prostitución” fueron canalizados; se pudo verificar que fueron canalizadas en el 2013 únicamente 75 personas de acuerdo a información con corte a 30 de septiembre de 2014.

En información remitida por la Secretaria Distrital de la Mujer sobre las bases de datos de mujeres en ejercicio de prostitución, se identificó que esta entidad ha caracterizado a 789 mujeres a través de un trabajo territorial, a quienes se les brinda atención integral individual, sin que ninguna haya sido remitida por la SDS.

La Dirección de Planeación y Sistemas maneja el aplicativo de APS en línea, sistema en el que los hospitales reportan la información que alimenta esta base de datos, aun así se encontró información con errores de digitación que desvirtúa la confiabilidad y hace muy difícil su manejo y cruce de bases de datos.

La matriz programática no se desagrega ni se interrelaciona con las metas del proyecto 869, lo que no permite una evaluación cuantitativa ni cualitativa de las mismas frente a los recursos, evidenciándose una ruptura entre lo técnico y lo financiero.

La asignación de recursos para el cumplimiento de las metas del Proyecto 869, es realizada por la Dirección de Salud Pública sin fundamento metodológico ni procedimental documentado, lo que no permite identificar cada actividad versus los recursos.

Consolidación de observaciones

En desarrollo de la presente auditoría tal como se detalla en el Anexo No. 3.1 se establecieron veintinueve (17) hallazgos administrativos, de los cuales uno (1) tiene alcance fiscal en cuantía de \$2.571.100.000 que se trasladará a la Dirección de Responsabilidad Fiscal, tres (3) con presunto alcance disciplinario que se trasladarán a la Personería Distrital.

PLAN DE MEJORAMIENTO

La entidad debe ajustar el plan de mejoramiento que se encuentra ejecutando, con acciones y metas que permitan solucionar las deficiencias comunicadas durante el este proceso auditor y que se describen en el informe. El Plan de Mejoramiento consolidado debe ser entregado dentro de los términos establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C.

Dicho plan de mejoramiento debe contener las acciones y metas que se implementarán por parte de la entidad, las cuales deberán responder a cada una de las debilidades detectadas y comunicadas por el equipo auditor, el cronograma para su implementación y los responsables de su desarrollo.

Atentamente,



SORAYA ASTRID MURCIA QUINTERO
Directora Técnica Sector Salud

2. RESULTADO DE LA AUDITORIA

En desarrollo del Plan de Auditoria Distrital – PAD vigencia 2014 se practicó evaluación de la gestión fiscal adelantada a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en ejecución del Proyecto 869 “Salud para el Buen Vivir”, del Programa Territorios Saludables implementado en la SDS-FFDS y ejecutado en 14 hospitales de la red pública distrital, con el fin de establecer si los recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos se manejan de forma eficiente, eficaz, económica y de manera transparente.

Evaluada la información y aplicada las pruebas respectivas para determinar el adecuado manejo de los recursos se pudo establecer:

El Concejo de Bogotá en uso de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las que le confiere la Constitución Política de Colombia en los artículos 339 a 344, la Ley 152 de 1994, el artículo 12 del Decreto Ley 1421 y el Acuerdo 12 de 1994, realiza la adopción del plan de desarrollo económico social ambiental y de obras públicas que contiene objetivos, metas estrategias y políticas que guiaran la articulación de las acciones del gobierno distrital, mediante Acuerdo 489 del 12 de junio de 2012 con el cual se adopta el “PLAN DE DESARROLLO ECONOMICO, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE OBRAS PUBLICAS PARA BOGOTA D.C. 2012 – 2016 BOGOTA HUMANA”.

En el marco del Plan de Desarrollo Bogotá Humana, se observan 3 Ejes estratégicos, que contemplan las directrices y políticas que orientan la acción articulada de la administración en la búsqueda del objetivo general del plan y que servirán de guía para la definición de objetivos específicos así:

- 1 Una ciudad que reduce la segregación y la discriminación: El ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo.
- 2 Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua.
- 3 Una Bogotá en defensa y fortalecimiento de lo público.

El proyecto a evaluar está enmarcado dentro del eje 1, contemplado en el capítulo II del Plan de Desarrollo – Bogotá Humana, teniendo como objetivo: Reducir la desigualdad y la discriminación social, económica y cultural.

Pretendiendo modificar las condiciones que restringen la formación de las personas, el acceso a condiciones de salud y nutrición adecuadas para su desarrollo integral, al conocimiento científico, tecnológico y estético, y a la producción y consumo de bienes culturales, así como al conocimiento y apropiación de valores culturales que les permitan asumir sus proyectos de vida

sin recibir presiones o amenazas, ni ser discriminados por su orientación sexual, identidad de género, religión, política, pertenencia étnica o cultural.

La estrategia determinada para cumplir con el objetivo es: “*Construir condiciones para el desarrollo saludable de las personas en su ciclo de vida*”, la cual se desarrollada a través del programa “*Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad.*”

Este programa tiene el propósito de asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población, para modificar positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida por medio del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la atención primaria y las redes integradas de servicios con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad.

Busca también fortalecer la promoción de la salud, detección temprana y prevención de la enfermedad, para favorecer la información y educación familiar y comunitaria en los territorios, incorporar 11 enfoques diferenciales para la atención integral de víctimas del conflicto armado y reconocer las prácticas de los grupos étnicos. Garantiza la atención universal de salud al hacer énfasis en la equidad sanitaria y la salud pública, así como la promoción de entornos saludables, velando porque el financiamiento del sistema sanitario sea equitativo.

Aunado a esto, se compromete con el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al incluir entre las metas estructurales del programa y de los proyectos que lo integran: la reducción de la mortalidad infantil, disminución de la mortalidad materna, reducción de los embarazos en adolescentes, prevención y control de enfermedades de transmisión sexual incluido VIH y SIDA, y aportar al fortalecimiento de la equidad de género e igualdad entre los géneros.

Al identificar las diversidades poblacionales, se diseñan e implementan estrategias articuladas al interior del sector salud y coordinadas intersectorialmente para eliminar las brechas de inequidad de los diferentes grupos en condición de vulnerabilidad, como población infantil y personas mayores, indígenas, afro descendientes, ROM y raizales, ciudadanos y ciudadanas en situación de desplazamiento, personas en condición de discapacidad, población LGBTI, en situación de trabajo sexual y habitantes de calle, entre otros.

2.1. EVALUACION GESTION FINANCIERA DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

El plan de Desarrollo para el cuatrienio calculó un presupuesto por eje, como se indica en el siguiente cuadro:

Cuadro 1
PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES 2012 - 2016 POR EJE
Administración Central y Establecimientos Públicos

Valor en millones de pesos

EJE No.	EJE	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
1	Una ciudad que supera la Segregación y la Discriminación.	5.159.298	6.893.314	7.459.082	6.201.362	6.475.057	32.188.113
2	Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del Agua.	1.502.636	3.177.362	13.327.883	6.329.376	3.190.461	17.527.718
3	Una Bogotá que defiende y fortalece lo público.	638.892	722.698	705.798	637.618	644.616	3.349.621
TOTAL		7.300.826	10.793.373	11.492.763	13.168.357	10.310.133	53.065.452

Fuente: Plan de Desarrollo 2012 – 2016

El presupuesto proyectado para el cuatrienio fue de \$53.065.452 millones de los cuales \$32.188.113 millones, corresponden al eje 1.

Desagregado el presupuesto de inversión por programa se aforó un total de \$7.316.000 millones, para el Programa Territorios Saludables, discriminado por vigencia como sigue:

Cuadro 2
PLAN PLURIANUAL DE INVERSIONES 2012 - 2016 EJE 1
PROGRAMA TERRITORIO SALUDABLE Y RED DE SALUD PARA LA VIDA DESDE LA DIVERSIDAD

Valor en millones de pesos

EJE 1	PROGRAMA	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Una ciudad que supera la Segregación y la Discriminación.	Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad.	1.272.286	1.793.498	1.802.094	1.228.359	1.219.7637	7.316.000

Fuente: Plan de Desarrollo 2012 – 2016

En el cuadro anterior se relacionan los valores proyectados para el cuatrienio, correspondientes al Programa Territorios Saludables, sin embargo de un total proyectado de \$1.272.286 millones, se apropió un mayor valor en el presupuesto para el 2012 por \$1.770.903 millones.

Para la vigencia 2012 la SDS-FFDS asignó \$1.559.625.681.402 para inversión ejecutando bajo el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva el 34% de los recursos por \$529.630.290.466 y con el Plan de Desarrollo Bogotá Humana el 66% por \$1.029.995.390.936 de cual \$137.583.288.933 se destinaron a los Proyectos 869 y 885 en cuantías de \$121.438.534.481 y \$16.144.754.442 respectivamente,

proyectos que conforman el PIC, bajo la coordinación de la Dirección de Salud Pública.

Para la vigencia 2013 el presupuesto definitivo fue de \$2.141.266 millones superior al proyectado en el plan de desarrollo Bogotá Humana por \$1.793.498 millones

La SDS-FFDS en esta vigencia presupuestó para inversión \$2.121.235.494.106, asignando el 15% al PIC en cuantía de \$322.175.586.336 distribuido así: el 13.4% para el proyecto 869 por \$286.836.147.959 y el 1.7% al proyecto 885 por \$35.339.438.377.

Cuadro 3
PRESUPUESTO SALUD PUBLICA 2012 – 2013

Valores en pesos

DETALLE	2012	2013
Presupuesto de Gastos FFDS - INVERSION	1.559.625.681.402	2.121.235.494.106
Presupuesto Bogotá Positiva		
Presupuesto Apropriado	529.630.290.466	
Compromisos	526.924.042.787	
Giros	507.961.484.634	
Cuentas por pagar	18.962.558.153	
Presupuesto sin ejecutar	2.706.247.679	
Presupuesto Bogotá Humana		
Presupuesto Apropriado	1.029.995.390.936	2.121.235.494.106
Compromisos	883.256.664.976	1.707.158.313.309
Giros	651.067.930.148	1.325.473.368.681
Cuentas por pagar	232.188.734.828	381.684.944.628
Presupuesto sin ejecutar	146.738.725.960	414.077.180.797
Proyecto 869 "Salud para el buen vivir"		
Presupuesto Apropriado	121.438.534.481	286.836.147.959
Compromisos	119.980.688.450	276.646.535.939
Giros	54.725.937.661	144.144.718.173
Cuentas por pagar	65.254.750.789	132.501.817.766
Presupuesto sin ejecutar	1.457.846.031	10.189.612.020
Proyecto 885 "Salud Ambiental"		
Presupuesto Apropriado	16.144.754.452	35.339.438.377
Compromisos	15.949.307.986	35.237.500.217
Giros	9.718.471.151	25.840.860.633
Cuentas por pagar	6.230.836.835	9.396.639.584
Presupuesto sin ejecutar	195.446.466	101.938.160
TOTAL SALUD PUBLICA - Proyectos 869 y 885		
Presupuesto Apropriado	137.583.288.933	322.175.586.336
Compromisos	135.929.996.436	311.884.036.156
Giros	64.444.408.812	169.985.578.806

DETALLE	2012	2013
Cuentas por pagar	71.485.587.624	141.898.457.350
Presupuesto sin ejecutar	1.653.292.497	10.291.550.180

Fuente: Ejecuciones Presupuestales FFDS, vigerancias 2012 Y 2013

En la ejecución de gastos e inversión directa del Plan de Desarrollo Bogotá Humana, programa territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad, se enmarca el proyecto 869 “Salud para el buen vivir” objeto de nuestro estudio, con un presupuesto en la Secretaria Distrital de Salud- Fondo Financiero Distrital de Salud (SDS-FFDS) de \$121.438.534.48, en la vigencia 2012 y \$286.836.147.959 para el 2013, distribuidos por cada uno de los catorce (14) hospitales donde se ejecuta el Plan de Intervenciones Colectivas, PIC en adelante, como se indica en el siguiente cuadro:

Cuadro 4
EJECUCION PRESUPUESTAL DEL PROYECTO 869 VS INVERSION PERCAPITA
A 31 DE DICIEMBRE 2013

ENTIDAD	PRESUPUESTO 2013 \$	%	Población atendida	INVERSION PERCAPITA %	Valor en pesos	
					Proyección población DANE	INVERSION PERCAPITA \$
CENTRO ORIENTE II N.A.	15.406.136.159	5,57	78.123	197.204	232.555	66.247
CHAPINERO I N.A.	9.939.340.135	3,59	27.122	366.468	521.951	19.043
DEL SUR I N.A.	18.827.458.966	6,81	203.578	92.483	1.300.182	14.481
ENGATIVA II N.A.	11.835.896.448	4,28	113.602	104.187	858.935	13.780
FONTIBON II N.A.	15.168.744.642	5,48	117.981	128.569	362.167	41.883
NAZARET I N.A.	3.524.353.806	1,27	3.443	1.023.629	6.340	555.892
PABLO VI BOSA I N.A.	36.005.238.650	13,01	199.286	180.671	313.146	114.979
RAFAEL URIBE I N.A.	18.734.884.762	6,77	163.112	114.859	485.374	38.599
SAN CRITOBAL I N.A.	16.449.177.346	5,95	118.002	139.397	408.477	40.270
SUBA II N.A.	24.607.507.065	8,89	167.219	147.157	1.120.342	21.964
TUNJUELITO II N.A.	10.182.129.936	3,68	78.727	129.335	201.230	50.599
USAQUEN I N.A.	16.535.854.925	5,98	105.667	156.490	484.764	34.111
USME I N.A.	25.080.368.707	9,07	154.622	162.204	210.312	119.253
VISTA HERMOSA I N.A.	34.001.371.244	12,29	278.013	122.301	663.397	51.253
OTRAS ACTIVIDADES DEL COMPONENTE	20.348.073.148	7,36	1.808.497	11.251	7.169.172	2.838
TOTAL	276.646.535.939	100	1.808.497	152.970	7.169.172	38.588

Fuente Oficina de presupuesto y base de datos DANE-Secretaría Distrital de Planeación SDP: Convenio específico de cooperación técnica No 096-2007

De un presupuesto de \$286.836.147.959 se ejecutó \$276.646.535.939 como se observa en el cuadro anterior, notando que el hospital de mayor ejecución para este proyecto fue el hospital Pablo VI con un 13%, seguido del Hospital Vista

hermosa con el 12%, cabe resaltar que del total de presupuesto comprometido para el PIC el FFDS-SDS ejecutó \$20.348.073.148 correspondiente al 7.4 % del total asignado.

Así mismo, en el cuadro anterior al tener en cuenta la población proyectada por el DANE para la vigencia 2013, frente al presupuesto ejecutado, muestra una inversión por persona promedio de \$38,588, sin embargo este promedio varía de acuerdo a la localidad, es así que como ejemplo se cita Nazaret con un presupuesto ejecutado de \$3.524.353.806 y una población proyectada DANE de 6,340 en la distribución percapita le corresponde \$555.892, mientras que en Vista hermosa la proyección es de 663,397 personas con \$34.001.371.224, a \$51,253 por persona.

De otra parte, al tener en cuenta la población atendida en la vigencia 2013, frente al presupuesto ejecutado, la inversión por persona promedio está en \$152.970, sin embargo este promedio varía de acuerdo a la localidad, es así que como ejemplo se cita Nazaret con un presupuesto ejecutado de \$3.524.353.806 y una población atendida de 3.443, en la distribución percapita le corresponde \$1.023.629, mientras que en Vista hermosa se atendieron 278.013 personas con \$34.001.371.224 , a \$122.301 por persona.

Análisis del presupuesto asignado por hospital

El análisis de la ejecución del PIC, se adelantó en los hospitales Rafael Uribe, San Cristóbal, Nazaret, y Vista Hermosa, vigencias 2012 y 2013.

Cuadro 5
PRESUPUESTO ASIGNADO POR HOSPITAL

Hospital	Valor en pesos			
	San Cristóbal	Vista Hermosa	Nazaret	Rafael Uribe
No. contrato 2012	1030/12	1032/12	1033/12	1034/12
Valor inicial	5.793.892.159	6.458.552.444	1.413.817.766	6.135.402.312
Adición 1	430.973.385	433.673.525	151.124.327	814.667.036
Adición 2	289.278.276	287.763.818	66.802.280	660.536.980
Adición 3	1.377.128.179	1.050.132.969	183.894.156	1.574.626.457
Adición 4	157.871.824	206.111.872	36.683.035	275.841.534
Sub total adiciones	2.255.251.664	1.977.682.184	438.503.798	3.325.672.007
sub 2012	8.049.143.823	8.436.234.628	1.852.321.564	9.461.074.319
Proy 885 ambiental	718.925.475	1.298.781.984	156.984.035	844.579.671
total 2012	7.330.218.348	7.137.452.644	1.695.337.529	8.616.494.648
Adición 5	8.281.563.053	16.147.804.165	1.735.923.608	8.732.559.712
Proy 885 ambiental	1.165.388.303	1.143.138.921	163.696.738	795.808.195
Sub total Valor PIC	7.116.174.750	15.004.665.244	1.572.226.870	7.936.751.517

2013				
No. contrato 2013	1450/13	1445/13	1443/13	1449 /13
Valor inicial	10.145.577.681	20.240.684.080	2.124.243.578	11.685.756.189
Proy 885 ambiental	1.273.649.862	1.243.978.080	172.116.642	887.622.944
Sub total Valor PIC 2013	8.871.927.819	18.996.706.000	1.952.126.936	10.798.133.245
TOTAL PIC 2013	15.988.102.569	34.001.371.244	3.524.353.806	18.734.884.762

Fuente: Papeles de trabajo de Información oficina jurídica y salud pública.

Del presupuesto PIC 2012 por \$121,438,534,481, se contrató con el hospital San Cristóbal un total de \$7,330,218,348 que corresponde al 6,04%; con el hospital Vista Hermosa un valor de \$7,137,452,644 que corresponde al 5,88%, Hospital Nazaret un total de \$1,695,337,529 que corresponde al 1,40% y con el Hospital Rafael Uribe en cuantía de \$8,616,494,648 que corresponde al 7,10%

El FFDS- SDS para el 2013 presupuestó un total de \$286,836,147,959, contratando un valor de \$15,988,102,569, que representa el 5,57% del total presupuestado con el hospital San Cristóbal; con el hospital Vista hermosa el contrato fue de \$34,001,371,244 que representa el 11,85%; con el hospital Nazaret se acordó \$3.524.353.806 que representa el 0,61% del total y con el hospital Rafael Uribe se pactó un valor de \$18,734,884,762 que representa el 6,53% del total presupuestado para la vigencia.

Es necesario indicar que el proyecto mencionado inicio con la armonización del presupuesto en agosto de 2012, lo que hace que el presupuesto asignado en la vigencia 2012 sea inferior a lo determinado para el 2013.

De otra parte, se puede observar en el cuadro anterior que los contratos suscritos para el desarrollo del PIC en el 2012, fueron adicionados en cinco oportunidades, teniendo en cuenta que la vigencia de estos contratos era de un año es decir del 1 Agosto de 2012 al 31 agosto de 2013, a partir del 1 de septiembre de 2013 se suscribieron nuevos contratos para seguir con el proyecto PIC.

Es preciso aclarar que el presupuesto neto asignado al proyecto 869, se determinó descontando del valor contratado para el proyecto 885 correspondiente a salud ambiental.

Ejecución del presupuesto

Del total presupuestado en la vigencia 2012, se comprometieron \$119.980.688.450 correspondiendo a una ejecución del 98.8% y se realizaron giros por \$54.724.937.661 para una ejecución de giros del 45.06%, de igual manera para el 2013 se comprometieron \$276.646.535.939, equivalente a una

ejecución del 96.45% del total presupuestado, efectuándose giros por \$144.144.718.173 que corresponde al 50.25%.

En el siguiente cuadro se indica la ejecución y los giros por cada uno de los hospitales, objeto de la muestra

Cuadro 6
GIROS PRESUPUESTALES POR HOSPITAL

NOMBRE	TOTAL PIC 2012	GIROS 2012	% DE EJECUCION	Valor en pesos		
				TOTAL PIC 2013	GIROS 2013	% DE EJECUCION
Hospital San Cristóbal II N.S ESE	7.330.218.348	3.718.211.221	50,72	15.988.102.569	10.258.818.500	72.71
Hospital Vista Hermosa I N.A ESE	7.137.452.644	3.336.078.121	46,74	34.001.371.244	14.420.484.597	48.88
Hospital Nazaret I N.A. ESE	1.695.337.529	1.049.322.905	61,89	3.524.353.806	2.562.590.695	62.37
Hospital Rafael Uribe II N. A ESE	8.616.494.648	3.559.830.402	41,31	18.734.884.762	9.158.211.664	42.41

Fuente: Oficina de presupuesto

De acuerdo a los datos presupuestales se pudo determinar que al Hospital San Cristóbal para la vigencia 2012 se le efectuaron giros equivalentes al 51% del presupuesto comprometido quedando reservas en cuantía de \$3.612.007.127 valor que fue girado en la vigencia 2013 teniendo pendientes de giro reservas por \$6.105.139.

En la vigencia 2013 se efectuaron giros por \$10.258.818.500 correspondiente al 73%, del total comprometido, se evidencia un incremento en el porcentaje de giro con respecto al año inmediatamente anterior.

El comportamiento presentado por el Hospital Vista Hermosa muestra giros del 47% para el 2012 y un 49% para el 2013 quedando reservas por \$3.801.374.523.

Al hospital Nazaret se le efectuaron giros por valor de \$1.049.322.905 equivalente al 62% del total presupuestado para la vigencia 2012, quedando reservas por valor de \$646.014.624. En la vigencia 2013 se incrementaron los giros al 62% en cuantía de \$2.562.590.695.

Los giros realizados al Hospital Rafael Uribe Uribe en la vigencia 2012 ascendieron a \$3.559.830.402 que representan el 41% del total presupuestado, manteniendo el promedio de giros en el 2013 en un 42%, generando reservas por valor de \$ 5.056.664.246.

La diferencia presentada entre lo girado frente a lo facturado queda en cuentas por pagar, que es lo que se conoce como reserva de glosa para cada hospital.

La firma interventora, define la reserva de glosa para cada hospital de acuerdo al comportamiento presentado en la ejecución de los mismos, el cual varía entre el 5% inclusive al 100% para cada centro de costos.

Gastos

Mediante directrices dadas por la SDS-FFDS cada hospital presenta el gasto de acuerdo a un código o chip por concepto, para efectos de consolidación como se indica a continuación

Cuadro 7
EJECUCIÓN PROYECTO 869- SALUD PARA EL BUEN VIVIR
DETALLADO A NIVEL DE CONCEPTO DE GASTO A DICIEMBRE 31 DE 2012

Valor en pesos

CHIP	HOSPITAL SAN CRISTOBAL CONTRATO 1030/2012	HOSPITAL VISTA HERMOSA CONTRATO 1032/2012	HOSPITAL NAZARETH CONTRATO 1033/2012	HOSPITAL RAFEL URIBE URIBE CONTRATO 1034/2012
428 – Sistemas de Vigilancia en Salud Pública	890.659.194	988.464.916	313.940.015	1.283.076.592
457 – Vacunación	591.620.069	650.218.501	85.612.929	847.059.295
668 – Personas situación Desplazamiento	114.895.306	114.895.306	28.379.142	114.895.306
768 – Salud Infantil	28.723.826	46.778.803	7.094.785	28.723.826
769 – Salud Sexual y Reproductiva	39.571.995	39.571.995	20.257.274	49.420.164
770 – Salud Oral	175.310.555	175.310.555	43.301.706	195.346.047
771 – Enf. Transmisibles y Zoonosis	28.723.826	28.723.826	7.094.785	28.723.826
772 – Enfermedades Crónicas no transmisibles	68.920.376	68.920.376	15.134.095	68.920.376
773 – Seguridad Alimentaria y Nutricional	116.895.305	134.950.282	30.379.141	542.026.197
774 – Entornos Saludables	222.779.680	240.430.462	77.324.473	242.815.172
775 – Seguridad en el Trabajo	148.929.175	146.402.590	33.816.465	173.318.007
776 – Gestión Plan Territorial de Salud	4.020.958.525	3.795.798.776	900.051.491	4.024.810.098
778 – Poblaciones Especiales	0	0	0	0
779 – Discapacidad	239.536.265	203.426.312	45.786.723	221.481.289
780 – Actividad Física	93.557.606	93.557.606	14.189.571	93.557.606
789 – Salud Mental y prevención lesiones violentas	549.136.645	410.002.338	72.974.934	702.320.847
Total por Hospital	7.330.218.348	7.137.452.644	1.695.337.529	8.616.494.648

Fuente: Oficina Salud Publica Hospital San Cristóbal, Vista Hermosa, Nazaret y Rafael Uribe Uribe

Para la vigencia 2013 se efectuó adición cinco (5) a los contratos suscritos en el 2012, el 31 agosto de 2013 se firmaron nuevos contratos para continuar con la ejecución del proyecto en estudio, como se indica en el siguiente cuadro:

Cuadro 8
EJECUCIÓN PROYECTO 869- SALUD PARA EL BUEN VIVIR
DETALLADO A NIVEL DE CONCEPTO DE GASTO POR HOSPITAL A DICIEMBRE 31 DE 2013
Valor en pesos

CHIP	Hospital San Cristóbal	Hospital Vista Hermosa	Hospital Nazaret	Hospital Rafael Uribe Uribe
	Adición 5 contrato 1030/12 y contrato 1450/13	Adición 5 contrato 1032/12 y contrato 1445/13	Adición 5 contrato 1033/12 y contrato 1443/13	Adición 5 contrato 1034/12 y contrato 1449/13
428 – Sistemas de Vigilancia en Salud Pública	2.304.199.224	2.632.852.184	980.533.879	2.674.858.837
457 – Vacunación	1.322.148.950	1.481.421.065	157.036.587	1.394.890.313
668 – Personas situación Desplazamiento	155.994.126	68.827.086	24.918.504	375.587.532
768 – Salud Infantil	145.745.963	71.345.963	26.856.264	168.904.601
769 – Salud Sexual y Reproductiva	298.662.763	224.262.763	112.268.004	588.879.801
770 – Salud Oral	258.447.793	636.165.967	125.959.078	268.904.570
771 – Enf. Transmisibles y Zoonosis	299.764.363	51.590.382	43.374.180	65.563.001
772 – Enfermedades Crónicas no transmisibles	53.604.363	293.604.363	48.374.180	56.963.001
773 – Seguridad Alimentaria y Nutricional	140.704.763	199.482.520	103.865.926	125.887.377
774 – Entornos Saludables	317.128.055	906.774.469	92.870.846	320.043.481
775 – Seguridad en el Trabajo	243.582.142	692.195.169	53.178.030	251.674.536
776 – Gestión Plan Territorial de Salud	9.142.006.078	24.734.184.104	1.401.281.610	10.194.203.811
778 – Poblaciones Especiales	65.873.926	97.208.726	53.712.528	539.208.726
779 – Discapacidad	188.505.730	567.613.810	146.478.576	143.527.571
780 – Actividad Física	62.575.677	60.179.289	9.000.000	71.538.762
789 – Salud Mental y prevención lesiones violentas	989.158.653	1.283.663.384	144.645.614	1.494.248.842
Total por Hospital proyecto 869	15.988.102.569	34.001.371.244	3.524.353.806	18.734.884.762
787 acciones de salud ambiental	2.439.038.165	2.387.117.001	335.813.380	1.683.431.139
Total contrato por Hospital	18.427.140.734	36.388.488.245	3.860.167.186	20.418.315.901

Fuente: Oficina Salud Publica Hospital San Cristóbal, Vista Hermosa, Nazaret y Rafael Uribe Uribe

En cada uno de los hospitales el mayor porcentaje de gasto se concentra en el CHIP 776 denominado Gestión Plan Territorial de Salud, correspondiendo el 57% en el hospital San Cristóbal, el 73% en el hospital Vista Hermosa, el 40% en Nazareth y el 54% en Rafael Uribe Uribe, del total contratado en la vigencia 2013, lo que indica que no se tiene homogeneidad en los criterios determinados, de acuerdo a la localidad, territorio microterritorio y grupos como se indica en el desarrollo del análisis técnico.

Para amparar la ejecución de los contratos, se contó con las respectivas disponibilidades y registros presupuestales afectando los rubros presupuestales 331140102869 "Salud para el buen vivir y 331140222885 y el denominado Salud Ambiental en cada una de las vigencias

Glosas

Respecto a la glosa los hospitales no intervienen en la reserva de glosa, la firma interventora en el pago envía el porcentaje a la SDS-FFDS para que esta realice el giro correspondiente descontando la reserva practicada.

Para el hospital la reserva de glosa, queda registrada como saldo de cartera después de aplicar cada pago.

La glosa definitiva se registra con la certificación de glosa expedida por la firma interventora, teniendo en cuenta la vigencia, es decir; si es de la vigencia se afecta el gasto y si no es de la vigencia se afecta ejercicios anteriores.

Para efectos de control cada hospital registra en cuentas de orden la glosa definitiva para determinar posibles responsables.

Se pudo establecer que la glosa definitiva con corte a diciembre 31 de 2013, tuvo un comportamiento por hospital, así:

Cuadro 9
PORCENTAJE GLOSA DEFINITIVA

Hospital	Contrato No.	VALOR CONTRATO PROYECTO 869	Valor Facturado	Valor en pesos	
				Valor Glosa Definitiva	% de Glosa
Rafael Uribe Uribe	1034/12	16.553.246.165	13.924.409.831	413.554.972	2.97
San Cristóbal	1030/12	14.446.393.098	13.777.439.858	137.774.399	1.0
Nazareth	1033/12	3.267.564.399	3.381.588.885	202.895.333	6.0
Vista Hermosa	1032/12	22.142.117.888	14.790.968.722	999.869.486	6.76

Fuente: información Actas de Visita Fiscal

Es preciso indicar que los contratos señalados en el cuadro anterior están pendientes de liquidación y con respecto a los contratos del 2013 solo se ha registrado glosa en los hospitales Rafael Uribe Uribe del 2.7% y el Hospital Nazareth glosa del 3%.

2.1.1. Hallazgo Administrativo

Cada uno de los hospitales para el proyecto PIC apertura una cuenta de ahorros para el manejo de los recursos girados por la SDS-FFDS, con destinación específica, no obstante lo anterior en algunas ocasiones el Fondo Financiero Distrital de Salud efectúa el giro electrónico a la cuenta general de los hospitales, teniendo estos que trasladar dichos recursos a la cuenta destinada a fin de tener el seguimiento y control de los mismos. Desconociendo lo contemplado en los literales f y g del artículo 2 de la ley 87 de 1993, generando reproceso de actividades

Cada hospital realiza seguimiento mediante la conciliación de cuentas recíprocas con al área contable de la SDS-FFDS y mensualmente se hace cruce de recaudo con al área de facturación y cartera, de acuerdo a soportes.

2.1.2. Hallazgo Administrativo

Realizada la comparación entre los saldos de las glosas definitivas presentadas en los estados contables por los hospitales Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Nazareth y Vista Hermosa con corte a diciembre 31 de 2013, se evidencia diferencia con la información entregada por la dirección de Salud Pública, desconociendo el párrafo 103 del Plan General de Contabilidad Pública, en lo relacionado a la verificabilidad de la información, ocasionando incertidumbre en los saldos presentados, así:

Cuadro 10
CUADRO COMPARATIVO DE GLOSAS

Cifras en Pesos

Hospital	Saldo según Balance	Saldo según Salud Pública	Diferencia
Rafael Uribe Uribe	588.752.120	1.261.952.195	673.200.075
San Cristóbal	142.883.194	671.787.069	528.903.875
Nazareth	420.486.871	320.796.702	-99.690.169
Vista Hermosa	703.067.251	1.792.994.234	1.089.926.983
Total diferencia	1.855.189.436	4.047.530.200	2.192.340.764

Fuente: Balance a 31 de dic de 2013 Vs información salud pública

2.2. EVALUACION A LA GESTION CONTRACTUAL DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

El componente contratación de esta auditoría evaluó los contratos suscritos por la Secretaria Distrital de Salud para implementar el Programa de Salud Pública -SP-, ejecutado a través de compraventa de servicios de salud con los hospitales de la Red Pública Distrital.

Para evaluar esta contratación se tomó como muestra los cuatro hospitales arriba mencionados, lo que significó auditar: 1) los cuatro (4) convenios firmados entre la SDS-FFD y hospitales; 2) el convenio de Interventoría pactado entre la Universidad de Antioquia –UDEA- y la SDS-FFD; 3) una muestra de los contratos suscritos por esos cuatro hospitales para ejecutar el convenio PIC.

En el caso del primer grupo de contratos, especial atención se dedicó a la elaboración de los estudios previos realizados por la SDS, con base en los cuales se contrató con los hospitales. Sobre el convenio SDS-FFD-UDEA, se concentró el interés en el cumplimiento de las obligaciones específicas y productos a entregar ; y respecto del último grupo, se auditó principalmente los contratos de servicios de transporte; al tiempo se corroboró que la contratación firmada por las ESE, con recursos del PIC, se ajustara a los porcentajes asignados para Talento Humano, Insumos y Gastos Administrativos.

El régimen jurídico aplicable al Programa de Salud Pública, inicia con el artículo 49 de la carta política, donde se afirma que la Salud está a cargo del Estado y que *“Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.”*. Este mandato constitucional en el área de Salud Pública, ha sido desarrollado principalmente a través de las leyes 715, 1122 y 1438; del Decreto 3039 de 10-08-2007 por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Publica 2007-2010; por la Resolución 0425 del 11-02-2008 que define la metodología para el Plan de Salud Territorial y las Acciones que integran el PIC; por la Resolución 1841 de 28-05-2013 por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. En Bogotá, el programa de Salud Pública se cristalizó en los Planes de desarrollo distrital y en el Plan Territorial de Salud.

Buscando ampliar significativamente la cobertura de atención, el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Humana” aplicó cambios significativos en la metodología, optando por el Territorio como elemento ordenador para la planeación, implementación, seguimiento, monitoreo y ajuste al Programa de Salud Pública. El nuevo modelo se ejecuta a través de cuatro componentes: a)

Componente Territorios, b) Componente Vigilancia Epidemiológica; c) Vigilancia sanitaria -Medio Ambiente- ; d) Gestión de políticas y programas.

Sin dejar de reconocer el avance que representa para la salud de la población el nuevo modelo de Salud Pública aplicado, resultado del mayor volumen de recursos asignados; sin minimizar el esfuerzo que representa para los profesionales de la salud llegar a sitios más lejanos y difíciles; sin desconocer el reto administrativo que significa programar, ejecutar y controlar el desarrollo del programa, es necesario señalar las debilidades encontradas en la revisión a la contratación. Para la Contraloría de Bogotá, los buenos resultados y continuidad de esta política pública, pasan por el fortalecimiento integral de la red hospitalaria distrital, lo que significa ajustar procesos, revisar conceptos, proteger recursos.

Los hallazgos que a continuación se presentan, tiene en cuenta que en Bogotá hay tradición y experiencia en la ejecución del Programa de Salud Pública; que en la Secretaria de Salud existe importante capital humano especializado en el tema; y que se dispone de cuantiosos recursos para garantizar el desarrollo del programa con mínimos traumatismos. También se analizó la respuesta que entrego la SDS al informe preliminar. No obstante y a pesar del valor que representan estas fortalezas en el área de salud pública, los errores cometidos han traído consecuencias negativas para la red hospitalaria del Distrito y por tanto, para la población que demanda el servicio.

Como resultado de la evaluación de este componente, la Contraloría obtuvo los siguientes resultados:

2.2.1. Hallazgo administrativo con presunta incidencia disciplinaria: porque la Secretaria de Salud desconoció el numeral 2.1.1 del Decreto Reglamentario Contractual 734 de 2012 y su propia reglamentación contenida en el Manual de Contratación, referente a los Estudios Previos y el principio de planeación en a la configuración y ejecución de los Convenios Interadministrativos con las –ESEs.

Para ejecutar el Programa de Salud Pública la SDS-FFD contrato con los hospitales San Cristóbal, Vista Hermosa; Nazareth y Rafael Uribe Uribe los convenios 1030-2012; 1032-2012; 1033-2012 y 1034-2012, respectivamente. El proceso adelantado en la SDS se cotejo con el Manual de Contratación vigente al momento de la estructuración y firma de los convenios¹, así como con la norma jurídica aplicable al momento de la terminación y liquidación de los mismos.

¹ En 2012 en la SDS se aplicaron dos Manuales del Contratación: primero la Res. de 2009 y luego la Resolución 1224 del 27 de diciembre de 2012. A su vez, estas normas estaban soportadas en la Ley 80 de 1993 y en el Decreto Nacional 734 de 2012.

Se evidenció que la entidad contratante, elaboró el documento “*Estudios previos para suscripción del contrato interadministrativo entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y el Hospital...*”. Allí se especifica: la necesidad a satisfacer, el objeto contractual, las obligaciones del contratista frente a la prestación de servicios, talento humano e infraestructura; productos a entregar, plazo de ejecución, valor y forma de pago del contrato; supervisión e interventoría; el análisis que soporta el valor estimado del contrato; tipificación de los riesgos previsibles. Los estudios previos también informan de los anexos 2: Lineamientos Técnicos; anexo 3: Talento Humano y anexo 4: Facturación y Glosas.

Cuadro 11
Convenios Salud Pública - Agosto 2012 – Agosto 2013

Hospital	Valor final del Convenio	Par %
San Cristóbal - Convenio 1030-2012	16.330.706.876,0	5,9%
Vista Hermosa - Convenio 1032 - 2012	24.584.038.793,0	8,9%
Nazareth - Convenio 1033 - 2013	3.588.245.172,0	1,3%
R. Rafael Uribe U. - Convenio 1034 - 2012	18.193.634.031,0	6,6%
Subtotal	62.696.624.872,0	22,7%
Otros Hospitales	213.949.911.067,0	77,3%
Total	276.646.535.939,0	100,0%
Convenio Interventoría UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA		
Convenio 1244 - 2012	\$7.713.300.000,0	

No obstante el cumplimiento formal del requisito de los estudios previos, según lo contenido en el numeral 12 del artículo 25 del estatuto de contratación pública, y sobre los cuales se detiene la respuesta al informe preliminar, la auditoría estableció que el principio contractual que más cuestionamientos presenta, es el de planeación, como se detalla a continuación:

a) El Acuerdo Distrital 12 de 1994², fija cinco meses para que se formule, discuta, apruebe y expida el Plan de Desarrollo Distrital que debe ejecutar la nueva administración de la ciudad. Esto significó, que el Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana quedó en firme el primer semestre del 2012.

Para el caso del sector salud, existe evidencia que desde febrero de ese año el entrante Gobierno Distrital inició la presentación del nuevo modelo Salud Pública; además contó con mayor tiempo para su implementación, pues los contratos de

² El Acuerdo Distrital N° 12 se expidió, para desarrollar la Ley 152 de 1994, Orgánica del Plan Nacional de Desarrollo.

Salud Pública que venían suscritos con las ESE terminaban en julio del mismo año.

El 1° de agosto 2012 la SDS firmó los nuevos convenios con los hospitales de la Red pública distrital para ejecutar el Programa de Salud Pública; sin embargo durante el segundo semestre de 2012 y primero del 2013, estando ya en ejecución los convenios, la Secretaría continuó generando cambios en los criterios y procedimientos bajo los cuales los hospitales debían ejecutar las actividades contratadas.

La permanente modificación de las reglas pactadas con las ESE para ejecutar el programa de SP, y que la Secretaría en su respuesta al informe preliminar califica de “...ajuste al lineamiento operativo del programa...”, también trajo consecuencias al contrato de interventoría que ejecutaba su labor sobre los instrumentos entregados por la Secretaría a los hospitales, e incidiendo sobre la auditoría integral³ que estaba obligada a practicar a las actividades contratadas y ejecutadas.

En este sentido, los permanentes cambios de la Secretaría, agotó la prudencia de la interventoría, quien dejó consignado en el informe final, la siguiente conclusión:

“Las 14 E.S.E presentaron dificultad en la planeación de las metas, dadas las variaciones en la negociación con la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud según los cambios de presupuesto que incidían en modificaciones abruptas de metas contratadas y diferentes directrices que generaron dificultades técnico administrativas por parte de las ESE y al mismo tiempo generaron inconvenientes para el seguimiento programático luego que existían diferentes versiones de las metas negociadas por la DSP SDS como las propuestas en cronogramas y planes de acción por las ESE.” (Fuente: Informe final de Interventoría –enero 2014- consolidado programático, consolidado talento humano, consolidado de glosas. pag. 24. párrafo 2).

Para la Contraloría de Bogotá es relevante tener presente que en 2012, antes de aplicar el nuevo modelo, la SDS traía acumulada importante experiencia en el área de Salud Pública, además contaba y cuenta con un destacado equipo de profesionales expertos en el tema, así que es notoria la responsabilidad de la SDS por los errores en la implementación del programa, muchos de los cuales tomaron cuerpo en las glosas aplicadas a los hospitales.

³ Al respecto el convenio 1244 fija como objeto: “Realizar interventoría integral (técnica, administrativa y financiera), con énfasis en la calidad de la prestación de los servicios, sobre los contratos de compraventa de servicios de salud para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, suscrito entre la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud y las Empresas Sociales del Estado”

b) También respecto del principio de Planeación, abundan las evidencias documentales en las que los hospitales exponen las inconsistencias en la información entregada por la SDS; inconsistencias en los insumos que se entregaron de manera oficial; inconsistencias presentes en el Plan de Acción acordado con los hospitales; inconsistencias en la Plataforma SI Territorio; o relacionadas con el proceso de facturación; todo lo cual generó traumatismo en la ejecución del programa PIC.

El camino seguido por la Secretaría de Salud para sortear los errores generados en la etapa de planeación, fue el de los avales. El aval no es otra cosa que un permiso para levantar glosas, tramitado ante el referente del proceso en la Secretaría; pero este mecanismo terminó siendo un conflicto entre la SDS y los hospitales, pues estos últimos debían estar buscando al referente, para convencerlo de que la actividad se ejecutó en forma correcta y si lograba convencerlo, recoger la firma del referente, para que la interventoría no glosara la actividad.

Sobre estas irregularidades señala la Interventoría en su informe:

“El Plan de acción: la ESE soporta acta de SDS, con ajustes al plan de acción, radicado de este, pero comparándolo con el insumo de interventoría este no corresponde, generando inconformidad en la ESE, ya que el plan de acción que fue entregado a la U de A, no tiene unidades de medida claras, al igual que las metas no concuerdan con el real soportado.” (ver: Informe de interventoría – Hospital de Nazareth, pag. 4 parr. 5)

“Otro aspecto que presento inconveniente al momento de la auditoria del periodo agosto a octubre de 2012, fue la plataforma del SI Territorio en razón a que no se encontró en funcionamiento, lo que impidió verificar el ingreso de la información contenida en los formatos de identificación y caracterización de escenarios y la actualización al 100% de esta.” (ver: Informe final consolidado de interventoría – Hospital de Nazareth, pag. 19 parr. 2)

También expreso en forma reiterada la Interventoría en la reuniones de seguimiento realizadas con la Secretaría de Salud, reclamando claridad en la información, pues estando en marcha los convenios suscritos con las ESE aún la SDS no había tomado la decisión final sobre 4 insumos de recolección de información: Matrices de Contratación; Matriz Programática; Lineamientos PIC; Matriz de Aspectos Auditar y Criterios de Glosa.

*“La UDEA solicita aclarar por parte de la Secretaría Distrital de Salud, qué debe revisar que no, porque todo el proceso tiene que ver con la forma de facturación.”
(...)*

“La UDEA solicita se aclare bien la forma de facturar, ya que las ESEs están facturando por producto ya que no se les pagarán actividades subejecutadas.” (ver

Acta de reunión – Evaluación Operación 2012 y acuerdos nueva operación.- Enero 16 de 2013).

Meses después la Interventoría insiste a la SDS

“La Universidad solicita se de directriz de cómo realizar este ejercicio de certificación, ya que las obligaciones contractuales de la UDEA con la SDS (son de facturar) son de certificar contra factura que radique la ESE.” ver Acta de reunión – Interventoría PIC.- Abril 10 de 2013).

(...)

“La Universidad aclara que se debe tener en cuenta los factores que han incidido en la programación de auditorías para cumplimiento del productos obligatorios de la UDEA.”

Esta cadena de inconsistencias incubadas en la fase de planeación, se repitieron en la etapa de ejecución de los convenios e introdujo malestar entre los hospitales, pues se reflejó en el acopio de soportes que exigía la interventoría, condujo a la pérdida de credibilidad en el nuevo modelo de Salud Pública y facilitó la configuración de glosadas; al tiempo que explica parcialmente el atraso y extemporaneidad en la Liquidación de los contratos.

Así por ejemplo, la Gerente del hospital de Vista Hermosa en comunicación dirigida al secretario de Salud⁴ el 12 de febrero de 2013, manifiesta su objeción a los resultados de la auditoría, realizada por la Interventoría sobre el periodo agosto – octubre 2012; por las siguientes razones:

- ✓ *Para la auditoria programada los días 27 de febrero y 1 y 4 de marzo de 2013, se utilizó el Plan de Acción que no corresponde al último radicado por la ESE el 6 de febrero.*
- ✓ *El día 1 de marzo al identificar la novedad se notifica a la SDS, solicitando muy respetuosamente se cancele el procesos hasta tanto se cuente con el insumo correcto.*
- ✓ *El referente de salud pública de la SDS, reconoce que por error no entregó en su momento el insumo requerido a la Firma Interventora.*
- ✓ *Finalmente el proceso de auditoría avanza y finaliza con el Plan de Acción que no corresponde.” (fuente: H. Vista Hermosa, radicado 21031610087691- subraya fuera de texto).*

Para la Contraloría de Bogotá es evidente que, estas inconsistencias son resultado de los errores en la etapa de planeación y ejecución de los contratos de Salud Pública surtida en la Secretaria de Salud,

Por lo dicho hasta aquí, en criterio de la Contraloría de Bogotá, la Secretaria de Salud desconoció el numeral 2.1.1 del decreto reglamentario contractual 734 de 2012 y su propia reglamentación contenida en el Manual de Contratación,

⁴ Ver: radicado 20131610087691- Hospital de Vista Hermosa.

referente a los Estudios Previos⁵, donde se dice: “...se entiende que los estudios y documentos previos son los definitivos al momento de la elaboración y publicación del proyecto de pliego de condiciones o de la suscripción del contrato...”; (subraya fuera de texto) situación que contribuyó a generar glosas a la red hospitalaria distrital; por lo que se configura una transgresión al numeral 1 del artículo 34 del Código Disciplinario Único, que fija al servidor público el deber de cumplir y hacer cumplir las leyes, decretos, reglamentos, etc.

2.2.2. Hallazgo administrativo por la ausencia de claridad en los criterios para definir los elementos que determinan los costos de ejecución de los convenios interadministrativos.

Verificando el cumplimiento de lo señalado en las normas de contratación pública sobre estudios previos, elaborados por la SDS para contratar con las ESE del Distrito Capital, se consigna de manera general los criterios bajo los que se contrataría los servicios de Salud Pública. Particular interés para el componente Contratación del ejercicio auditor, constituye el acápite “Análisis que soporta el valor estimado del contrato”, donde se expresa:

“Para la definición del valor del contrato se estimó de acuerdo con el número de perfiles establecidos en los equipos básicos y de contacto por cada uno de los territorios definidos a operar por parte de los hospitales, así como en las intervenciones correspondientes a la vigilancia en salud pública y el Plan Ampliado de Inmunizaciones. El valor PIC incluye: valor base de talento humano según histórico manejado en los contratos incluyendo el incremento del IPC para el año 2012 de profesionales especializados, profesionales universitarios o técnicos que desarrollan las acciones; costo de insumos necesarios para ejecutar las actividades y costos indirectos o administrativos de la ESE en la siguiente forma:” (subraya fuera de texto).

También dijo la entidad sobre los costos de la variable Gastos Administrativos⁶: “Gastos administrativos: teniendo en cuenta que son los costos que no están directamente relacionados con la venta o prestación de bienes y servicios. Para lo cual se definió el 10% del valor base del talento humano...”. (Subraya fuera de texto)

Una explicación distinta presentó la SDS en la respuesta a la solicitud información 2014ER8895, donde señala: “La definición del porcentaje del 10% por concepto de insumos propios de la operación del Programa Territorios Saludables PIC, obedeció al estimativo histórico que se venía aplicando en vigencias anteriores...”. Continúa diciendo más adelante: “La definición del porcentaje del 12% por concepto de costos indirectos y administrativos propios de la operación del Programa Territorios Saludables PIC, obedeció al estimativo histórico que se venía empleando...” (Subraya fuera de texto).

⁵ Es necesario tener presente que, los convenios que se revisan en este ejercicio auditor, fueron elaborados con base en el Manual de Contratación de la SDS expedido con la Resolución 037 de 2009; y las modificaciones, adiciones y prórrogas, a los convenios, con base en Manual adoptado con la Resolución 1224 de 2012.

⁶ Ver el documento: *Variables utilizadas para calcular el presupuesto de la contratación PIC*

Para validar la información reportada sobre costos, la Contraloría revisó documentación⁷, evidenciando que la Secretaría de Salud aplicó los lineamientos fijados por la Secretaría de Hacienda Distrital en la Resolución DDC-001 para establecer los costos reales en que incurren los hospitales al ejecutar el convenio PIC.

También en relación con los costos, la Contraloría revisó el ejercicio de costeo realizado en algunos Hospitales por el Área de Salud Pública, sobre cifras del primer semestre de 2013. En el caso del Hospital Vista Hermosa los resultados corren contra la sostenibilidad financiera de la ESE, pues la validación de costos del programa Territorios Saludables, dio un saldo negativo de \$294 millones⁸.

Este saldo negativo puede ser mayor, pues la Secretaría no acepta incluir los costos de la coordinación de programa PIC; así mismo, por disposición legal -Ley 715- no se podrá pagar los aportes patronales correspondientes con recursos del Sistema General de Participación –SGP- tales como: salud, pensiones, riesgos profesionales, ni cesantías del personal de planta del hospital; no obstante que estos estuvieran ejecutando las acciones del PIC.

Este análisis, obligatorio para establecer con cifras ciertas y exactas, la proporción en que se genera pérdida o utilidad en la ejecución del PIC por las ESE, estuvo ausente de los informes de interventoría, ni fue motivo de interés por la Secretaría de Salud, por lo que se hace urgente analizar en forma detallada cada uno de los ítems que integran los factores Talento Humano, Gastos administrativos e Insumos, pensando que la situación financiera de las ESE debe ser el factor terminante a amparar. (Sobre este tema se hace un comentario más detallado se hace en el numeral 2.2.6 de este informe).

2.2.3. Hallazgo administrativo con incidencia fiscal y presunta incidencia disciplinaria por el incumplimiento de las obligaciones pactadas en el Convenio de Interventoría SDS-FFD – Universidad de Antioquia.

Luego de la revisión del texto escrito de la respuesta al informe preliminar presentada por la Secretaría de Salud, y de los que archivos en medio magnético a los que se puede tener acceso, el Órgano de Control Fiscal encuentra que se presentan los elementos que conducen a configurar el hallazgo fiscal con presunta incidencia disciplinaria, con base en las siguientes razones.

⁷ Anexo: Variables utilizadas para calcular el presupuesto de la contratación PIC; requerimiento específico a la SDS a través de oficio 2014ER8895; Acta de validación de costos Programa Territorios Saludables en H. de Vista Hermosa.

⁸ Ver: Acta de validación costos del Programa Territorios Saludables PIC-Primer semestre 2013

Para ejercer la interventoría de los contratos de Salud Pública suscritos con los hospitales, la SDS-FFD firmó el convenio Inter-administrativo 1244 de 29-06-2011 con la Universidad de Antioquia -UDEA-. Luego de varias adiciones y prórrogas, el valor total del contrato ascendió a \$7.713.300.000 y el plazo de ejecución llegó a 31 meses, contados a partir de la firma del acta de inicio, la cual fue suscrita el 1-08-2011.

No se evidencia dentro del estudio de precios, ni dentro del contrato, la cuantificación de los tres componentes (financiero, técnico y administrativo), por lo que se debe aclarar a este Órgano de Control el tanto por ciento que a cada producto le corresponde, respecto del valor total del mismo.

- a) Los errores de la SDS en la aplicación del principio de planeación cuando se estructuraba los convenios de compra de servicios con los hospitales, también trajo problemas en el cumplimiento de las obligaciones pactadas con la interventoría; así lo evidencian los reclamos dejados por la sociedad interventora en las Actas de seguimiento: “... la UDEA solicita aclarar por parte de la SDS qué se debe revisar y qué no, porque todo el proceso tiene que ver con la forma de facturación...”; más adelante continúa: “La UDEA solicita se aclare bien la forma de facturar, ya que las ESEs están facturando por producto, ya que no se le pagaran actividades subejecutadas... se solicita saber para cuando está el compromiso de la matriz debidamente ajustada por la ESE ...no se han cargado matrices para la nueva facturación” (f. 35 y 36).
- b) Asimismo, la Contraloría encontró debilidades en la Interventoría integral pactada con la UDEA, particularmente en el control al componente financiero⁹ de los convenios. Así por ejemplo, al revisar los informes presentados por la UDEA no se halló información sobre el estado financiero de los convenios pactados con la ESE, no se conoce con certeza si el negocio se presta garantizando la sostenibilidad financiera de los hospitales o es una fuente más de desajuste, vía análisis de costos o por configuración de glosas.

En esta misma dirección la Contraloría observó la ausencia total de referencia alguna en los informes de interventoría, al cumplimiento de los porcentajes de gasto asignados por Talento Humano, Insumos y Gastos Administrativos. Tampoco encontró cifras depuradas sobre los contratos que suscribió cada hospital con cargo a cada uno de los recursos del PIC.

⁹ La UDEA define la Interventoría Financiera así: “En la cual se realiza el examen sistemático del manejo financiero de los recursos asignados para la ejecución de los contratos suscritos con la ESE para el cumplimiento del objeto contractual.” (ver pag. 11 Primer informe de alistamiento e inducción”.

La experticia profesional permite afirmar que el costo es el valor económico que representa la fabricación de un producto o prestación de un servicio, el cual incluye el pago de salarios, compra de materiales, servicios públicos, la administración de la empresa, que debe realizar para lograr un objetivo.

Para el caso que nos ocupa, el contrato señala la entrega de unos productos los cuales deben ser costeados para establecer la rentabilidad necesaria de su funcionamiento, estimado en el 10% según el anexo 2 de los estudios previos.

Además, fue común encontrar en las ESE auditadas, contratos de papelería, mantenimiento de equipo biomédico y servicio de transporte, con cargo a los recursos del PIC, pero en los que solo parcialmente las actividades podrían ser imputadas al programa.

Asimismo, sobre el componente financiero, se evidenció las dificultades que presentan los cuatro hospitales, respecto de información consolidada y depurada sobre cuales contratos suscribió para cumplir con el convenio PIC.

Estas falencias, presentes en los informes de interventoría, constituyen incumplimiento a las obligaciones específicas del contrato 1244-2012, en el cual se dice a la letra:

“B) OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: Para el desarrollo del proceso de interventoría integral, LA UNIVERSIDAD deberá cumplir con las siguientes obligaciones: (...)

10. Efectuar la revisión contable y seguimiento presupuestal a la totalidad de la cuentas presentadas al FONDO correspondiente a los contratos suscritos con las ESE objeto de interventoría estableciendo su correspondencia con los costos determinados en el contrato y formulando a las ESE las glosas a que hubiere lugar, de acuerdo con los criterios establecidos por la Dirección de Salud Pública.”

(...)

26. Presentar informe final del contrato, el cual debe incluir el componente técnico y financiero según estructura definida por la Dirección de Salud Pública”

PRODUCTOS: La Universidad se compromete a entregar los siguientes productos:

(...)

4. Informes mensuales según estructura definida por a DSP

6. Informe final técnico y financiero según estructura definida por la DSP (en medio físico y magnético. (Subraya fuera de texto).

Por lo expuesto, de acuerdo a lo estipulado en el objeto¹⁰ del contrato 1244-2011 la Universidad debía realizar interventoría financiera, la Secretaría de Salud incurrió en un hallazgo fiscal tasado en DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y UN MILLONES, CIEN MIL PESOS (\$2.571.100.000) al no exigir a la Universidad de Antioquia -UDEA- el cumplimiento de las obligaciones contractuales pactadas. A este monto se llegó, luego de establecer el valor total del contrato pactado en \$7.713.300.000, y de cotejarlo frente a las obligaciones específicas y productos a que se comprometió el contratante.

2.2.4. Hallazgo Administrativo: por incumplir la obligación contractual y legal de liquidar los convenios interadministrativos suscritos con los Hospitales para ejecutar el programa de Salud Pública, y contrato de Interventoría 1244-12.

Al inicio del presente informe se dijo que la Secretaria de Salud, el 1 de agosto de 2012, suscribió con los hospitales de la Red pública Distrital los convenios para ejecutar el programa de salud pública, que éstos terminaron su ejecución el 30 de agosto de 2013, y que a la fecha en que se elabora este informe la SDS no ha generado el Acta de liquidación de los mismos. Con este actuar, la SDS incumplió lo señalado en el estatuto de contratación pública y la reglamentación consignada en el Manual de Contratación de la Secretaria.

Además, no obstante que en enero de 2014 la UDEA entrego a la Secretaría de Salud, el *“Informe final consolidado programático, consolidado talento humano, consolidado de glosas”* por cada uno de los hospitales a los que practicó interventoría, la Secretaria de Salud a la fecha en que se elabora este informe, tampoco ha suscrito el Acta de Liquidación, contraviniendo el estatuto de contratación pública y la reglamentación consignada en el Manual de Contratación de la Secretaria

Sobre el tema de la liquidación, el texto de los convenios suscritos con los hospitales y el contrato de interventoría 1244-2012, presenta pequeñas variaciones en el vocabulario, manteniendo para los dos tipos de contrato, iguales razones y un plazo máximo de 8 meses para la liquidación.

“TERMINACIÓN Y LIQUIDACION: El presente contrato se dará por terminado en los siguientes eventos: 1) Por extinción del plazo pactado para la ejecución

(...)

Una vez terminado el contrato se procederá a su liquidación de conformidad con lo preceptuado por la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y sus decretos reglamentarios.”

¹⁰ *“Realizar interventoría integral (técnica, administrativa y financiera), con énfasis en la calidad de la prestación de los servicios, sobre los contratos de compraventa de servicios de salud para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, suscrito entre la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud y las Empresas Sociales del Estado”*

(...)

La liquidación se efectuará de común acuerdo dentro de los seis (6) meses siguientes a los dos (2) anteriormente señalados.”

Aunque el plazo de ejecución de los convenios con los hospitales terminó en Agosto de 2013, y el plazo del convenio de Interventoría concluyó el 28 de febrero del 2014, es decir 15 y 8.5 meses respectivamente después de terminada la etapa de ejecución, se evidencia un notorio atraso en la liquidación de los contratos de Salud Pública ya auditados; situación que se hace más gravosa, cuando se audite los contratos firmados en 2010.

2.2.5. Hallazgo administrativo por inconsistencias en la configuración de las glosas, señaladas en los convenios interadministrativos, suscritos con los hospitales, para ejecutar el programa de salud pública.

Los convenios interadministrativos firmados con las ESE incluyen en la Cláusula Octava: Forma de Pago, los párrafos primero y segundo que regulan expresamente la configuración, procedimiento y levantamiento de las glosas¹¹. Al respecto dice el texto: “... se efectuará reserva de glosa del 5% sobre el valor facturado, el porcentaje de reserva de glosa podrá ser modificado por el interventor o supervisor del contrato de acuerdo al comportamiento histórico de la ejecución del contrato y a las variables que surjan durante la ejecución del mismo.”

Cuadro 12
Glosas por cada uno de los hospitales

Hospital - Convenio	Valor del Contrato	Valor Facturado	Valor glosas definitivas (1)	% de la Glosa
San Cristóbal - Convenio 1030-2012	16.330.706.876,0	15.640.377.495,0	1.043.669.949,0	6,7%
Vista Hermosa - Convenio 1032 - 2012	24.584.038.793,0	17.363.946.684,0	1.416.285.918,0	8,2%
Nazareth - Convenio 1033 - 2013	3.588.245.172,0	3.705.068.570,0	334.015.640,0	9,0%
R. Rafael Uribe U. - Convenio 1034 - 2012	18.193.634.031,0	15.576.422.665,0	1.324.027.198,0	8,5%
Total	62.696.624.872,0	52.285.815.414,0	4.117.998.705,0	7,9%

FUENTE: Datos reportados por los hospitales

Llamó la atención de la Contraloría de Bogotá el alto volumen y creciente valor de las glosas aplicadas a los Hospitales. De suerte que el valor de referencia (5%) dejó de ser un tope máximo, para convertirse en el mínimo que lograban alcanzar

¹¹ El análisis del tema Glosas, tiene como punto de partida la reglamentación jurídica expedida por el Congreso, las normas reglamentarias y contractuales. Específicamente las Leyes 1122 y 1474; el Decreto 4747; las Resoluciones 3047 y 426; el Anexo 4 a los convenios suscritos con los hospitales; y los conceptos jurídicos emitidos por la Superintendencia de Salud.

las ESE; multiplicándose el desgaste administrativo para el hospital, si quería reducir el volumen total de glosas.

Muy seguramente, la explicación del crecimiento del número y porcentaje de las glosas haya que buscarlo en el Anexo 4, al convenio, donde se dice:

“Criterios de facturación:

(...)

9. La ESE contará con un plazo de 10 días calendario siguientes a la comunicación del formulación de glosa parcial, para aceptarla u objetarla, en caso de no responderse por parte de la ESE dentro de los términos establecidos, se entiende que se aceptan las glosas como definitivas, sin eximir a la ESE de la presentación de la respuesta correspondiente...”

14. El incumplimiento de metas dentro del periodo, de acuerdo con la programación realizada en el cronograma presentado (portafolio ofertado) por la ESE genera glosa parcial, la cual podrá ser levantada, si en el momento de la revisión de respuesta presentada por la ESE se ha cumplido con la meta inicialmente pactada, de lo contrario la glosa quedará como definitiva”

17. Si existiese sobre-ejecución programática y presupuestal frente a los techos y metas definidos en el periodo que abarca el contrato, se generará glosa definitiva por el excedente sobre-ejecutado.

Criterios de Glosa:

4. El no realizar, implementar y entregar los planes de mejoramiento derivados de los hallazgos de auditoría a la interventoría o de seguimiento técnico realizado por SDS, genera glosa definitiva del 5% sobre el valor facturado.

8. Las glosas por incumplimiento de meta se aplicarán según las siguientes consideraciones.

(...)

- Con cumplimiento entre el 1% al 49% de cumplimiento de la glosa al total de lo facturado en Talento Humano responsable del cumplimiento de meta en el mes.*

Para la Contraloría de Bogotá, más allá de lo consignado en las normas y reglamentos sobre la glosas, situados en el terreno del ejercicio real de la configuración de las glosas, es notorio que se presenta un sesgo adverso a los contratistas, pues no reconoce la diferente carga administrativa que significa tener mayor número de territorios y/o familias por territorio; o cuando se presenta algún incumplimiento por parte de la ESE, se deja de reconocer los insumos o actividades ejecutadas por el hospital para cumplir la meta.

Así las cosas, el alto valor de las glosas definitivas se constituye en una espada de Damocles para la sostenibilidad financiera de las ESE; situación que facilita presentar como inviable el sistema público de salud. Teniendo en cuenta que en

promedio los recursos PIC corresponden al 50% del total de los ingresos del hospital.

2.2.6. Hallazgo administrativo por deficiencias en establecer y evaluar el cumplimiento de la obligación contractual de invertir los recursos en porcentajes fijos, para Talento Humano, Insumos y gastos administrativos, por las ESEs para ejecutar el convenio PIC

Luego de analizar la respuesta al informe preliminar elaborado por la SDS, respecto del grupo de contratos suscritos por las ESE, se corrobora que no se conoce si la contratación firmada con recursos del PIC se ajustara a los porcentajes asignados para Talento Humano, Insumos y Gastos Administrativos. Por esta vía, se identificaría las inversiones que ejecutó el hospital para cumplir el objeto del convenio, y conocer en cifras, las utilidades o pérdidas que el Programa Salud Pública le generaba a las ESE. También se dijo que se evaluaría los contratos de servicios de transporte.

Respecto de este punto se puede concluir que los hospitales, la Secretaria, ni la Interventoría, conocen en cifras ciertas, depuradas y definitivas los resultados financieros de ejecución del Programa en cada ESE. El Activismo no da tiempo para preocuparse por este tema.

Cuadro 13
Consolidado, Número y Valor de Contratos

Hospital	Contratos	Número	Valor Final	%
San Cristóbal	Valor total del convenio 1030		16.330.706.876,0	89,7%
	Talento Humano (Promedio)	537	11.109.909.366,0	68,0%
	Bienes y Servicios	21	937.025.532,0	5,7%
	Administración		1.832.645.621,0	11,2%
	Transporte	2	767.155.575,0	4,7%
Vista Hermosa	Valor total del convenio 1032		24.584.038.793,0	70,6%
	Talento Humano (Promedio)		16.003.388.735,0	65,1%
	Bienes y Servicios		365.653.631,0	1,5%
	Administración			
	Transporte		994.904.000,0	4,0%
Nazareth	Valor total del convenio 1033	292	3.588.245.172,0	97,0%
	Talento Humano (Promedio)	188	2.287.027.029,0	63,7%
	Bienes y Servicios (insumos)	13	93.720.517,0	2,6%
	Administración	76	490.902.595,0	13,7%
	Ruralidad	12	299.747.832,0	8,4%
	Transporte	3	307.761.233,0	8,6%

Hospital	Contratos	Número	Valor Final	%
R. Rafael Uribe U.	Valor total del convenio 1034		18.193.634.031,0	70,8%
	Talento Humano (Promedio)	1071	11.812.050.341,0	64,9%
	Bienes y Servicios	12	773.774.187,0	4,3%
	Administración			
	Transporte (ya incluido en Bines y S)	1	290.000.000,0	1,6%

NOTA: El propósito de este cuadro es mostrar las cifras, tal cual, fueron reportadas por los hospitales

1 Incluye OPS y Planta

El cuadro 20 trata de presentar el número de contratos y los valores ejecutados por cada uno los tres factores. Se dice que trata, porque fue imposible en todos los casos conocer las cifras ciertas y definitivas de la contratación suscrita, agrupada según Talento Humano -TH-, Insumos y Gastos Administrativos. El área de contratación de ninguno de los Hospitales auditados da razón del cumplimiento de esta obligación contractual.

Esta forma de evaluar cumplimiento de los convenios, que hace parte del análisis financiero no fue motivo de interés por la SDS, ni por la Interventoría; pues en ninguna de las actas de las reuniones de seguimiento, ni en los informes parciales o finales entregados por la Interventoría, se hace referencia alguna al cumplimiento de los porcentajes asignados en el contrato.

Los hospitales desarrollan el Programa Salud Pública a través de Órdenes de Prestación de Servicio -OPS- y de personal de Planta. Respecto de los primeros, las dificultades para establecer las cifras reales imputables al programa, se presentan cuando el contratista desiste de cumplir el tiempo para el cual fue contratado; en el caso de los trabajadores de planta, no todos factores salariales que se causan pueden ser cargados a nómina de Salud Pública.

Las ESE presentan muchas dificultades para establecer los valores reales y definitivos, de los insumos y gastos administrativos en que incurren para ejecutar el programa de SP; por ejemplo, se firman contratos de papelería, transporte, arrendamiento, servicios públicos, entre otros, los cuales son utilizados para actividades de todo el hospital.

2.3. EVALUACION TECNICA Y DE GESTION DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

En el Plan de Desarrollo Distrital 2012-2016, dentro del Eje Uno: *Una ciudad que supera la segregación y la discriminación*, se contempla el Programa *“Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la Diversidad: El ser humano en el centro del desarrollo de las preocupaciones”* dicho programa pretende *“...modificar*

positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida por medio del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la atención primaria...”.

Dentro de los proyectos prioritarios del programa se encuentra “Salud para el Buen Vivir” el cual “Fortalece la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad para favorecer la información y la educación familiar y comunitaria en los territorios, e incorporar enfoques diferenciales. Esto se hace mediante la implementación de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la atención primaria, y las redes integradas de servicios para desarrollar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida....”.

La Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud – SDS-FFDS-desarrolla el “Programa Territorios Saludables...” a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), con la ejecución del proyecto 885 “Salud Ambiental” y el proyecto 869 “Salud para el Buen Vivir”, este último objeto de esta auditoría.

La estructura del programa está basada en grupos poblacionales en los que se desarrollan actividades e intervenciones en los diferentes ámbitos de vida cotidiana (Familiar, Comunitario, Escolar, Servicios de Salud Colectiva, Institucional, Laboral, Espacio Público y Territorios Ambientalmente Saludables – TAS-), a través de los subprogramas relacionados en el siguiente cuadro:

Cuadro 14
SUBPROGRAMAS – PROGRAMA TERRITORIOS SALUDABLES

GRUPOS POBLACIONALES	SUBPROGRAMAS
Primera Infancia	Creciendo Saludables
Infancia	
Adolescencia	Jóvenes para la Salud y la Vida
Juventud	
Adulthood	Adultos Saludables
Vejez	Vejez Humana e Incluyente
Mujer	Salud Plena para la Mujer
Poblaciones Especiales (LGTBI, Prostitución, Habitante de Calle, Recicladores y Carreteros, Discapacidad, Etnias, Personas privadas de la Libertad y Víctimas del Conflicto Armado)	Salud Colectiva para las diversidades y la Inclusión

Las intervenciones y actividades se realizan por los hospitales a través de diferentes equipos de respuesta, así:

1. Equipo de Respuesta Inicial (ERI): Hay uno por cada microterritorio que abarca 800 familias en promedio y está compuesto por los siguientes perfiles:

- Medicina
- Enfermería
- 2 Técnicos en Salud

2. Equipo de Respuesta Complementaria (ERC): Se tiene uno por territorio, compuesto de 12 microterritorios (9.600 familias en promedio), conformado por los siguientes perfiles profesionales:

- Nutrición
- Odontología
- Terapia
- Psicología
- Ciencias Sociales
- Ciencias Ambientales
- Especialistas en Salud y Trabajo

3. Equipos de Vigilancia en Salud Pública

- PAI (Equipos Extramurales en los territorios e Intramurales en cada sede del hospital)
- Vigilancia Sanitaria y Ambiental
- Vigilancia Epidemiológica

La Vigilancia Sanitaria y Ambiental desarrolla siete líneas de acción: Alimentos, Seguridad Química, Medicamentos, Eventos transmisibles de origen zoonótico, Aire, Cambio Climático y Agua. Estas actividades corresponden al Proyecto 885 “Salud Ambiental”.

La Vigilancia Epidemiológica se desarrolla en ocho líneas: Urgencias y Emergencias, Enfermedades Transmisibles, Enfermedades no Transmisibles, Análisis Demográfico, Vigilancia en Salud Pública Comunitaria, ASIS (Análisis del Sistema en Salud), Salud Sexual y Reproductiva y un componente Administrativo.

4. Equipo de Gestión de Políticas, Programas e Intersectorialidades: El hospital debe tener uno por localidad, trabajan con la comunidad, realizan gestiones intersectoriales y consolidan información por localidad.

5. Equipo de Coordinación, Soporte Administrativo y de Información: Hay uno por hospital y coordinan la operación diaria del PIC.

Para la ejecución del Programa Territorios Saludables, la SDS a través de la contratación con los hospitales cuenta con 989 microterritorios de los 1.000 programados para la vigencia lo que evidencia un cumplimiento del 98.9%, distribuidos en 85 territorios en las diferentes localidades del Distrito Capital, como se evidencia en el siguiente cuadro:

Cuadro 15

DISTRIBUCION DE TERRITORIOS Y MICROTERRITORIOS POR LOCALIDAD

HOSPITAL	LOCALIDAD	TERRITORIOS	MICROTERRITORIOS	TOTAL
HOSPITAL USAQUEN	USAQUEN	San Cristóbal Oriental	13	48
		San Cristóbal Occidental	10	
		Verbenal Oriental	14	
		Verbenal Occidental	11	
HOSPITAL DEL SUR	KENNEDY	Calandaima	12	78
		Patio Bonito	18	
		Corabastos	12	
		Britalia	12	
		Kennedy	12	
	PUENTE ARANDA	Puente Aranda	12	
HOSPITAL CHAPINERO	CHAPINERO	Chapinero	7	12
	BARRIOS UNIDOS	Barrios Unidos	3	
	TEUSAQUILLO	Teusaquillo	2	
HOSPITAL SAN CRISTOBAL	SAN CRISTOBAL	La Gloria	12	61
		Libertadores	13	
		San Blas	12	
		Sosiego	12	
		20 de Julio	12	
HOSPITAL USME	USME	Ciudad Usme (Comuneros)	14	120
		Alfonso López (Parte baja)	12	
		Flora	11	
		La Fiscala	14	
		Ciudad Usme (Zona Rural)	8	
		Comuneros	12	
		Yomasa (Parte alta)	12	
		Yomasa (Parte media)	13	
		Gran Yomasa (Parte baja)	12	
		Alfonso López (Parte alta)	12	
HOSPITAL PABLO VI BOSA	BOSA	Olarte	9	180
		Estación	9	
		Carbonell	10	
		Laureles	11	
		Palestina	11	
		Porvenir	18	
		Paraíso	17	
		Cabañas	13	
		Santafé	16	
		Ciudadela el Porvenir	16	
		Ciudadela El Recreo	14	
		San Berno	3	
		Jardín Toche	11	
Cami Piamonte	10			

HOSPITAL	LOCALIDAD	TERRITORIOS	MICROTERRITORIOS	TOTAL
		San Joaquín	12	
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	RAFAEL URIBE URIBE	Diana Turbay	18	63
		Marruecos	15	
		Marco Fidel Suarez	13	
		San José - Quiroga	10	
		ANTONIO NARIÑO	Antonio Nariño	
	San Juan de Dios	2		
HOSPITAL NAZARETH	SUMAPAZ	Sumapaz	4	4
HOSPITAL VISTA HERMOSA	CIUDAD BOLIVAR	Ruralidad	7	144
		Tesoro	20	
		Lucero Alto	10	
		Lucero Medio	10	
		Lucero Bajo	10	
		Lucero Vista Hermosa	10	
		San Francisco	12	
		Jerusalem Alto	12	
		Jerusalem Bajo	12	
		Perdomo Alto	13	
		Perdomo Bajo	14	
		Arborizadora	14	
		HOSPITAL CENTRO ORIENTE	SANTAFE	
Santafé 3	13			
LA CANDELARIA	Candelaria		7	
MARTIRES	Los Mártires		16	
HOSPITAL SUBA	SUBA	Tibabuyes Sur	12	96
		Tibabuyes Norte	12	
		Tibabuyes Oriental	12	
		Rincón Norte	12	
		Rincón Sur	12	
		Rincón Oriental	12	
		Suba Centro Occidental	12	
		Suba Centro Oriental	12	
HOSPITAL ENGATIVA	ENGATIVA	Engativá	16	51
		Garcés Navas - Álamos	11	
		Boyacá Real - Ferias	13	
		Minuto de Dios Bolivia	11	
HOSPITAL FONTIBON	FONTIBON	SAY	15	48
		ZIE	6	
		HINTYBA	20	
		DORADO	7	
HOSPITAL TUNJUELITO	TUNJUELITO	Venecia	12	36
		Tunal	12	
		Tunjuelito	12	
TOTAL				989

Fuente: Dirección de Salud Pública - SDS

En el Hospital Vista Hermosa reportó que del 1 de agosto de 2012 al 28 de febrero de 2013 se contaba con 5 territorios con 60 microterritorios, a partir del 1 de marzo de 2013 al 31 de agosto del mismo año se negociaron 14 territorios con la SDS con 164 microterritorios y a la fecha (20 de Octubre de 2014) se tienen 144 microterritorios en 12 territorios.

De acuerdo a los lineamientos dados por la SDS-FFDS se puede concluir que para el desarrollo del programa se cuenta con 989 equipos ERI y 85 equipos ERC, el valor se establece por hora del acuerdo a las diferentes profesiones e incluye el valor del talento humano (184 horas/mes), el 12% para gastos administrativos y el 10% para insumos.

Los equipos de respuesta inicial (ERI) realizan diferentes actividades de acuerdo a los grupos poblacionales y subprogramas establecidos, así:

Cuadro 16
ACTIVIDADES EQUIPOS ERI

GRUPO POBLACIONAL	SUBPROGRAMA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
NIÑEZ	CRECIENDO SALUDABLES	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo: motor, social, lenguaje, auditivo y visual. - Signos de alarma AIEPI, crónicas y transmisibles. - Tamizaje en salud mental (Violencias, ESCENNA, conducta suicida, consumo de SPA). - Inasistencia o esquemas incompletos de Protección Específica y Detección Temprana. - IEC en prácticas protectoras. - Atención inicial de urgencias. - Recomendaciones en la casa para manejo de ERA y EDA. - Remisión a servicios de salud y al programa de atención integral a la primera infancia. - Vinculación a la estrategia de eliminación del trabajo infantil en los casos hallados. - Manejo de recursos sólidos – basura cero.
ADOLESCENTES Y JOVENES	JOVENES PARA LA SALUD Y LA VIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del desarrollo: motor, social, lenguaje, auditivo y visual. - Detección de síntomas y signos de enfermedades crónicas y transmisibles. - Tamizaje en salud mental (Violencias, ESCENNA, conducta

GRUPO POBLACIONAL		SUBPROGRAMA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
	años a 26 años, 11 meses y 29 días).		<p>suicida, consumo de SPA y trastornos de la alimentación).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inasistencia o esquemas incompletos de Protección Específica y Detección Temprana. - IEC en prácticas protectoras. - Atención inicial de urgencias (primer respondiente). - Recomendaciones en la casa para manejo de ERA y EDA. - Remisión a servicios de salud.
ADULTOS Y ADULTAS Y VEJEZ	<p>ADULTOS (Personas de 26 años a 59 años, 11 meses y 29 días).</p> <p>VEJEZ (Personas de 60 años y más).</p>	ADULTOS SALUDABLES Y VEJEZ HUMANA E INCLUYENTE	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración integral de salud: sexual y reproductiva, prácticas de riesgo y protectoras en salud. - Detección de síntomas y signos de enfermedades crónicas y trasmisibles. - Tamizaje en salud mental (Violencias, ESCENNA, conducta suicida, consumo de SPA y trastornos de la alimentación). - Inasistencia o esquemas incompletos de Protección Específica y Detección Temprana. - IEC en prácticas protectoras. - Atención inicial de urgencias (primer respondiente). - Recomendaciones en la casa para manejo de ERA y EDA. - Remisión a servicios de salud. - Manejo de recursos sólidos – basura cero. - Hábito higiénico sanitario.
MUJER		SALUD PLENA PARA LA MUJER	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoría integral a la mujer: Derechos sexuales y reproductivos, Maternidad segura, Prácticas protectoras. - Valoración en salud: Salud sexual y reproductiva, tamizaje mental (conducta suicida, violencias, consumo de SPA y trastornos alimentarios).

Fuente: Dirección de Salud Pública SDS-FFDS

En cuanto a la población intervenida por ciclo vital la Secretaria Distrital de Salud presentó datos de la población atendida en el año 2013 por el Plan de Intervenciones Colectivas PIC divida por ciclos vitales, así: primera infancia; 255.827, infancia; 360.056, adolescencia; 166.075, juventud; 299.874, adultez; 711.099 y vejez; 245.836 personas. Cabe mencionar que en acta del 23 de

octubre del presente año, suscrita con profesionales de Salud Pública de la SDS, se aclara que los datos presentados son número de personas intervenidas, manifestando, “...por ejemplo en el 2013 en primera infancia se intervinieron a 255.857 niños y niñas...”.

Para corroborar esta información se solicitaron las bases de datos de APS en línea, ámbitos de vida cotidiana y ciclo vital donde se encontró lo relacionado en el siguiente cuadro:

Cuadro 17
POBLACION INTERVENIDA SEGÚN BASES DE DATOS ENTREGADAS POR LA SDS

BASE DE DATOS	1° INFANCIA	INFANCIA	ADOLESCENCIA	JUVENTUD	ADULTEZ	VEJEZ	TOTAL
APS	123.428	107.399	66.111	161.229	477.778	148.042	1.083.987
AMBITOS	1.973	911	2.586	10.088	39.689	16.360	71.607
TOTAL	125.401	108.310	68.697	171.371	517.467	164.402	1.155.594

Fuente Bases de datos APS en línea y ciclo vital

Como se puede observar se presentan diferencias significativas entre lo presentado y el resultado de los datos exportados de las bases de datos que fueron entregadas a este Ente de control por la SDS.

2.3.1. Hallazgo Administrativo

Ciertamente la Dirección de Planeación y Sistemas maneja el aplicativo de APS en línea, sistema en el que los hospitales reportan la información que alimenta esta base de datos, esta información presenta baja calidad en los datos de identificación de la población; en particular los números de documentos, en algunos registros presentan espacios, en otros signos de puntuación que dificultan la extracción de la información o letras que no corresponden a la estructura de un número de identificación. Por otra parte, tanto los números de documento como los nombres en algunos registros tienen cambios de líneas, lo que dificulta el análisis. También en las bases de datos por ámbitos se presentan errores como se evidencia en el siguiente cuadro:

Cuadro 18
MUESTRA DE INCONSISTENCIAS EN REGISTROS DE BASE DE DATOS

Primer_nombre	Segundo_nombre	Primer_apellido	Segundo_apellido	Tipo_identificacion	Documento	Fecha_nacimien	Edad
JESSICA	LIZETH	GOMEZ	PENASTA	TARJETA DE IDENTIDAD	0000017	11/12/1996	16
ANGELA	LUCIA	AGUIRRE	BUELVAS	TARJETA DE IDENTIDAD	000002	15/08/2003	9
EDWIN	ESTEVAN	PIZZA	MOLON	MENOR SIN IDENTIFICACION	000001	03/03/2000	13
FRANCY	GERALDINE	LOZANO	HERRERA	TARJETA DE IDENTIDAD	000003	01/06/2000	13
GINNA	MARCELA	VILLADA	CASTAÑO	MENOR SIN IDENTIFICACION	000001	27/12/1999	13
MICHELL	ANDREA	GOMEZ	ROMERO	TARJETA DE IDENTIDAD	0000016	05/12/1999	13
ANGIE	LORENA	GARCIA	MOSQUERA	TARJETA DE IDENTIDAD	0000012	29/01/1997	16
CARLOS	ANDRES	CASTAÑEDA	RIVERA	TARJETA DE IDENTIDAD	99100500244	05-sep-99	14
EDNA	GABRIELA	LEYTON	JIMENEZ	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	15/09/2002	10
BRAYAN	LEONARDO	YARGAS	MONTILLA	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	14/10/2000	12
MAROLY	SABRINA	RODRIGUEZ	OTERO	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	30/12/2000	12
KELLY	JOHANNA	RODRIGUEZ	RAMIREZ	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	02/01/1998	15
MARGARETH	ESTER	SANCHEZ		MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	30/10/2002	10
ESTIVEN		GUZMAN	MARTINEZ	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	22/06/2003	9
DAYANE	LICED	GONZALEZ	QUINTERO	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	18/02/2004	9
NICOL	ELIANA	ORTIZ	GONZALES	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	06/02/2000	13
DANNA	VALENTINA	TEHERAN	CAMACHO	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	08/12/2000	12
HEIDY	DAYANNA	PRADA	ROMERO	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	14/05/2005	8
NICOL	ESTEFANI	LEON	DIAZ	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	29/03/2007	6
DAILER		HERNANDEZ		MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	01/01/2004	9
BRENDA	YUIETH	CADAVID	CRUZ	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	24/03/2002	11
YERSSON	SNEIDER	MARTINEZ	LIZARAZO	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	13/07/2001	11
ANDERSON	DAVID	PINILLA	SAMACA	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	26/07/2003	9
DANIEL	ALEJANDRO	TORRES	BEJARANO	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	25/12/2001	11
JUAN	MANUEL	GAMBOA		MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	14/01/2001	12
ASLY	MARIA	CASTILLO	RUBIANO	MENOR SIN IDENTIFICACION	000000000	09/02/2008	5

Fuente extracto de base de datos Secretaria de Salud (consolidado escolar 2013)

En general se presentan debilidades en el registro de la información que es base para la generación de los indicadores de cumplimiento de las metas, lo que dificulta el reporte de los resultados consolidados del programa, situación que no es ajena al hecho de que a la fecha de esta auditoría (noviembre 21/2014) no se ha realizado el cierre de la información de las bases de datos de 2013. Incumpliendo lo estipulado en los literales a, b, d y e del artículo 2 de la Ley 87 de 1993. Resolución 305 de 2008 de la Comisión Nacional de Sistemas basada en la ISO 27001 y Plan Estratégico de Tecnologías TIC's y la Directiva 005 de 2005 expedida por la Alcaldía Mayor de Bogotá.

2.3.2. Hallazgo Administrativo con presunta incidencia disciplinaria

De acuerdo a la presentación realizada por Salud Pública donde se expuso la estructura programática y los resultados obtenidos del Programa Territorios Saludables, se reporta una población intervenida de 2.038.693, a las cuales se les realizaron intervenciones en los diferentes ámbitos de vida cotidiana de acuerdo a su edad¹². Realizada la verificación a través de las bases de datos de APS en línea, ámbitos de vida cotidiana y ciclo vital entregadas por la Dirección de Salud Pública de la SDS, se pudo evidenciar como se muestra en el cuadro anterior, que el total de personas atendidas fue de 1.155.594 en el año 2013, con corte de

¹² Acta de Visita Administrativa fiscal del 23/10/2014 y Formato de registro, verificación y control de usuarios y usos de la información y bases de datos de fecha 05/11/2014

digitación hasta el 30 de septiembre/2014, presentando una diferencia de 883.099 personas. Las diferencias encontradas demuestran que la información carece de fiabilidad, consistencia y veracidad, lo que impide determinar los resultados reales obtenidos en el Programa Territorios Saludables.

Este análisis permite concluir que la información reportada por la SDS presenta diferencias que ponen en duda la veracidad, lo que insta a la entidad en la obligación de aclarar y certificar los datos entregados a esta Contraloría. Lo que contraviene lo estipulado en el literal d, e y f del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, el artículo 101 de la Ley 42 de 1993, el principio de la calidad de la información contenido en el artículo tercero de la Ley 1712 de 2014 y numeral 1 del artículo 34 de la Ley 734 de 2002.

Por otro lado, en cuanto a las coberturas por estratificación, la SDS realiza una proyección de cobertura por estrato socioeconómico de acuerdo a la base poblacional de hogares reportada por la Secretaría Distrital de Planeación. Se pudo establecer que la SDS-FFDS no realiza seguimiento al cubrimiento del Programa Territorios Saludables por estrato, dado que al solicitar esta información la SDS puntualizó:

“La estratificación de la base APS en línea con acumulado a diciembre de 2013, se efectúa con base en un proceso de geocodificación previa en la herramienta Geo-útil de Secretaría Distrital de Integración Social, la cual consiste en otorgar a cada uno de los registros las coordenadas X-Y con base en la dirección, para así facilitar el procesamiento del análisis espacial en las plataformas de cartografía.

Los registros con los cuales se realiza el ejercicio de estratificación se encuentran en formato Shapefiles y Geodatabase, para la llevar a cabo los procesamientos en la plataforma de cartografía especializada “ArcGIS 10.2.” Cada uno de los mencionados registros, está representado por un punto al cual se le asoció el valor del estrato mediante la herramienta de análisis de unión espacial, por medio de la cual se otorga a cada punto el valor correspondiente al polígono sobre el cual se encuentra. La información correspondiente a la localidad de Sumapaz, que es exclusivamente rural, no posee registros geocodificados suficientes en razón a que el proceso de geocodificación se lleva a cabo mediante la configuración de malla vial urbana.

Finalmente, es importante precisar que la información diligenciada en la tabla adjunta corresponde únicamente a los registros cuya ubicación espacial se hizo posible a través de coordenadas X-Y para el procesamiento cartográfico correspondiente, lo anterior considerando la importancia de la calidad del dato de la dirección en el proceso de geocodificación.”

De acuerdo a la información suministrada por la SDS-FFDS y con base en población de hogares de la Secretaría Distrital de Planeación, la proyección realizada para el 2013; con el fin de establecer una aproximación de la cobertura por estrato en las diferentes localidades del Distrito Capital, se realizó el siguiente cuadro:

Cuadro 19
COBERTURAS DEL PROGRAMA TERRITORIOS SALUDABLES
POR ESTRATO SOCIO-ECONOMICO

LOCALIDAD	BASE POBLACIONAL PLANEACION DISTRITAL (HOGARES)				Familias caracterizadas 2013				Familias activas 2013			
	Sin estrato	ESTRATO 1	ESTRATO 2	ESTRATO 3 MAS VULNERABLE	Sin estrato	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Sin estrato	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3
Usaquén	1.602	7.510	10.742	44.436	827	5.849	12.428	20.753	523	4.897	9.630	19.484
Chapinero	123	1.950	5.681	3.551	377	1.296	2.483	18	263	986	2.054	12
Santa Fe	532	2.69	21.272	8.928	660	3.320	19.082	1.847	397	2.072	12.635	1.422
San Cristóbal	452	8.883	91.768	17.655	3.032	8.202	52.567	1.631	1.958	5.661	36.282	1.497
Usme	2.359	49.368	56.093	6	5.186	40.570	30.311	0	3.720	28.050	21.108	0
Tunjuelito	287	0	35.405	25.449	347	3	28.159	11.184	300	3	21.501	9.499
Bosa	7.540	8.149	142.483	5.704	2.824	10.504	111.101	2.684	2.649	9.909	102.377	2.585
Kennedy	2.017	1.894	146.509	139.330	1.834	1.321	72.709	10.101	1.432	862	51.557	9.335
Fontibón	2.192	4	21.876	53.254	1.908	1	21.811	29.830	1.423	0	15.344	25.719
Engativá	2.654	1.919	59.224	179.619	923	1.321	30.731	22.385	679	830	22.426	18.102
Suba	5.070	711	102.753	106.975	2.427	761	67.875	40.585	1.743	635	56.543	33.966
Barrios Unidos	109	0	0	36.394	48	0	0	3.510	29	0	0	2.862
Teusaquillo	89	0	0	7.863	31	0	0	395	20	0	0	370
Mártires	53	0	2.605	25.085	401	0	4.169	17.259	257	0	2.324	11.022
Antonio Nariño	512	0	1.523	27.976	263	0	2.150	8.993	212	0	1.139	7.404
Puente Aranda	824	0	249	78.094	625	2	10	12.441	498	2	7	10.045
La Candelaria	58	37	4.421	3.778	327	17	4.333	2.482	227	8	2.862	1.727
Rafael Uribe Uribe	1.214	9.212	52.245	48.326	2.695	11.517	50.942	17.465	1.799	7.114	30.925	13.944
Ciudad Bolívar	2.085	111.133	61.990	6.756	3.772	82.335	33.171	392	3.035	62.774	30.936	367
Sumapaz	0	923	472	167								
TOTAL	29.770	204.385	817.311	819.346	28.507	167.019	544.032	203.955	21.164	123.803	419.650	169.362

Fuente: Base Poblacional Hogares Planeación Distrital (30 Junio de 2011) – Familias Programa Territorios Saludables 2013 (digitación hasta el 30 de abril de 2014).

2.3.3. Hallazgo Administrativo

Con el cruce realizado entre la base de datos poblacional de Planeación Distrital (hogares) y la base de Familias caracterizadas 2013, se pudo evidenciar que las proyecciones realizadas por la SDS-FFDS para el año 2013 presentan diferencias significativas que ponen en duda los resultados logrados por el programa. Así las cosas, se encontró que en Ciudad Bolívar en el estrato 1 se caracterizaron 82.335 familias de 111.133 hogares para un promedio de 0.7 familias por hogar, situación similar se observa en San Cristóbal en donde el promedio es de 0.9 (8.202 familias caracterizadas de 8.883 hogares), en general para Bogotá, en el estrato 1 de obtuvo un promedio de 0.8, es decir 167.019 familias caracterizadas en 204.385 hogares, de lo que se puede concluir que al parecer los equipos de territorios saludables no caracterizan a todas las familias que hacen parte del hogar visitado. Además, se encontraron debilidades en el cubrimiento de los diferentes estratos del porcentaje proyectado para cada una de las localidades, con relación a las familias activas se observaron las mismas inconsistencias

descritas, situaciones que evidencian falta de seguimiento y control, poniendo en duda la veracidad y confiabilidad de la información presentada por la SDS-FFDS, incumpliendo lo establecido en los literales e, f y h del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

De la información entregada por la SDS-FFDS y los hospitales que conformaron la muestra de auditoría se elaboró el siguiente cuadro en el que se observa la falta de coherencia en los datos obtenidos. Es así como en el Hospital San Cristóbal se reportan 43.440 familias activas, mientras que solo se reporta la atención de 54.738 personas, de lo que se puede concluir que de cada familia se intervino 1.2 personas, lo que difiere de la información entregada por la SDS en la que se establece que con la caracterización de la familia se realiza una intervención a todos los miembros de la misma.

Cuadro 20
ARTICULACION INFORMACION HOSPITALES

HOSPITAL	LOCALIDAD	FAMILIAS CARACTERIZADAS (Acumulado 2004)	FAMILIAS ACTIVAS 2013	POBLACION ATENDIDA 2013	PROM. (PERSONAS ATENDIDAS POR FAMILIA)
HOSPITAL SAN CRISTOBAL	SAN CRISTOBAL	65.432	43.440	54.738	1,3
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	RAFAEL URIBE URIBE	82.619	53.782	114.240	2,1
	ANTONIO NARIÑO	11.406	8.755	20.079	2,3
HOSPITAL VISTA HERMOSA	CIUDAD BOLIVAR	119.670	97.112	244.778	2,5
HOSPITAL NAZARETH	SUMAPAZ	814	719	2.145	3,0

Fuente: Papeles de Trabajo

Por otra parte, en el cuadro relacionado a continuación se observan coberturas de población intervenida por los hospitales según base de datos de APS en Línea (corte septiembre 2014), y boletín de resultados Programa Territorios Saludables (corte marzo 2014), veamos:

Cuadro 21
POBLACION INTERVENIDA POR LOS HOSPITALES SELECCIONADOS

HOSPITAL	LOCALIDAD	PROYECCION POBLACIONAL DANE 2013	Población Intervenida según APS en Línea	% CUBRIMIENTO APS en línea	Población Intervenida Según Boletín de Resultados	% CUBRIMIENTO Boletines
SAN CRISTOBAL	SAN CRISTOBAL	408.477	82.403	20.2	54.738	13,4
RAFAEL URIBE URIBE	RAFAEL URIBE URIBE	376.767	85.065	23.1	114.240	30,3
	ANTONIO NARIÑO	108.607	12.971	11.9	20.079	18,5
VISTA HERMOSA	CIUDAD BOLIVAR	663.397	166.176	25.0	244.778	36,9
NAZARETH	SUMAPAZ	6.340	661	10.4	2.145	33,8

Fuente: Proyección poblacional DANE 2013 – APS en línea – Boletín de resultados hospitales

A fin de establecer el porcentaje de cubrimiento del programa en la población de las localidades cubiertas por los hospitales seleccionados, se evidenció que el Hospital San Cristóbal tiene una cobertura del 13.4% de acuerdo a los datos proporcionados en el boletín de resultados y del 20.2% en datos de la base de APS en línea. El Hospital Rafael Uribe Uribe que cubre las Localidades de Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño muestra una cobertura en los boletines del 30,2% y 18.5% respectivamente, y en APS en línea de 23.1% y 11.9% en las dos localidades mencionadas.

Para la Localidad de Ciudad Bolívar (Hospital Vista Hermosa) se reportó una cobertura del 36.9% en el boletín y según base de datos es de 25%, situación similar se observa en los datos reportados por el Hospital Nazareth, que en el boletín muestra un cubrimiento del 33.8% y en APS solo es del 10.4%.

Como se puede concluir, y habiendo hecho claridad sobre las diferentes fechas de corte de la información, se observan inconsistencias en la misma, lo que genera incertidumbre en la veracidad de los resultados obtenidos en el programa Territorios Saludables para la vigencia 2013.

Seguimiento a metas seleccionadas muestra

Para efectos de la evaluación al Programa de Intervenciones Colectivas (PIC) que se ejecuta a través del Proyecto 869 “Salud para el Buen Vivir” de la SDS-FFDS, se seleccionaron las metas relacionadas con la Línea de Salud Sexual y Reproductiva, dada su importancia dentro de la Salud Pública del Distrito Capital, como se indica en el siguiente cuadro:

Cuadro 22
METAS SELECCIONADAS – PROYECTO 869

METAS	LINEA BASE	CHIP	NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR MAGNITUD		% Cumplim.	VALOR APROPIACION	VALOR PRESUPUESTO
				PROG. 2013	EJEC. 2013		DEFINITIVA	EJEC.
Reducir la mortalidad perinatal a 15 por mil nacidos vivos en coordinación con otros sectores de la administración distrital, al 2016.	18.1 por 1.000 nacidos vivos.	769	Tasa de mortalidad perinatal	17	14.6	100%	1.394.433.506	1.394.433.506
Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.	39.1 por 100.000 nacidos vivos	428 769	Razón de mortalidad materna	36	23.5	100%	4.313.979.421	4.313.979.421
Alcanzar coberturas de vacunación al 95%, contra el Virus del Papiloma Humano, en las veinte localidades del Distrito Capital, al 2016.	57.000 niñas de 10 años.	457	Porcentaje de niñas adolescentes entre 10 años vacunadas contra el virus de papiloma humano (VPH) en las 20 localidades del DC	95%	VACUNACION CON VPH SDS: NIÑAS ESCOLARIZADAS QUINTO GRADO DE PRIMARIA DE 10 AÑOS: Primeras dosis aplicadas 2.669, con un cumplimiento del 44% Segundas dosis: 3239 con un cumplimiento del 52,2% Terceras dosis : 1875 con un cumplimiento del 31,1%	La SDS solo logrará coberturas útiles de vacunación contra VPH en el 2018 dado que el esquema de vacunación dado por el Ministerio de Salud es 0 , 6, 60 meses	8.345.199.735	8.345.199.735
Reducir en 20% la transmisión materno- perinatal del VIH, al	2.5 por 100.000 nacidos vivos en el Régimen Subsidiado y	769	Tasa de transmisión materno-perinatal de VIH	5%	2 casos	Ni se puede evaluar ya	210.569.874	170.000.000

METAS	LINEA BASE	CHIP	NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR MAGNITUD		% Cumplim.	VALOR APROPIACION	VALOR PRESUPUESTO
				PROG. 2013	EJEC. 2013		DEFINITIVA	EJEC.
2016.	participantes vinculados.		por 100000 NV			que no se está registrando el valor del indicador (tasa), si no el número de casos.		
Evaluar y optimizar el protocolo en salud para la detección y la atención del virus VIH en los centros de prestación de servicios de salud del Distrito Capital, al 2016.	Protocolo sin evaluar.	769	Instituciones que atienden personas con VIH con protocolo evaluado	3	Enero a diciembre 31 EAPB y 29 IPS con asistencia técnica acumulado en 2013	100%	210.569.874	170.000.000
Aumentar en un 50% el número de pruebas de tamizaje voluntarias, para detección del VIH, al 2016	24.000 pruebas de tamizaje en el Régimen Subsidiado y participantes vinculados.	769	Porcentaje de pruebas de tamizaje voluntario para detección de VIH	15%	7.6%	51%	523.886.073	483.316.198
Diseñar e implementar una estrategia de promoción y prevención sobre la importancia de la detección temprana del VIH en el Distrito Capital, al 2016.	Estrategia de Comunicación Mi Cuerpo Territorio Seguro.	769	Estrategia diseñada e implementada	0.4	0.4%	100%	210.569.874	170.000.000
Reducir al 30% los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016.	19.003 nacidos en Bogotá DC	769	Porcentaje de reducción en los embarazos en las adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años	14%	0.0%	Los resultados muestren una disminución del 5.3% con relación a la línea base	1.721.720.647	1.253.264.747
Disminuir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por 1.000 nacidos vivos, al 2016.	2.1 x 1000 nacidos vivos	769	Tasa de Incidencia de Sífilis Congénita	1.8	2.1 X 1000 nacidos vivos (218 casos)	0%	369.264.603	0
Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud del al 100% de las personas en ejercicio de trabajo sexual, que participan en las acciones colectivas, al 2016.	0	776	Porcentaje de las personas en ejercicio de trabajo sexual canalizadas efectivamente a los servicios sociales identificados en los territorios	100%	100% (695 personas canalizadas)	En bases de datos se evidenciaron 75 personas canalizadas	1.527.439.328	1.527.439.328

Fuente: Matriz de Seguimiento Proyecto 869. Área de Salud Pública SDS.

En la ejecución de las actividades programadas en virtud de las metas de la matriz 869 seleccionadas se encontró que la SDS reportó los siguientes indicadores y resultados para la vigencia 2013:

1. “Reducir la mortalidad perinatal a 15 por mil nacidos vivos en coordinación con otros sectores de la administración distrital, al 2016.”

En la matriz de seguimiento para el año 2013 se reportaron 1.494 muertes perinatales y 1.880 para el año 2012, disminuyendo en 386 casos en el año 2013. Sin embargo en la información reportada para el cálculo del indicador en estos mismos años en el Análisis de la Situación de Salud – Indicadores 2014¹³, los datos correspondientes a los casos de mortalidad perinatal son 1.637 y 1.519 casos respectivamente para las vigencias, con una disminución de 118 casos.

Cuadro 23
INDICADOR TASA DE MORTALIDAD PERINATAL - VIGENCIAS 2007-2013

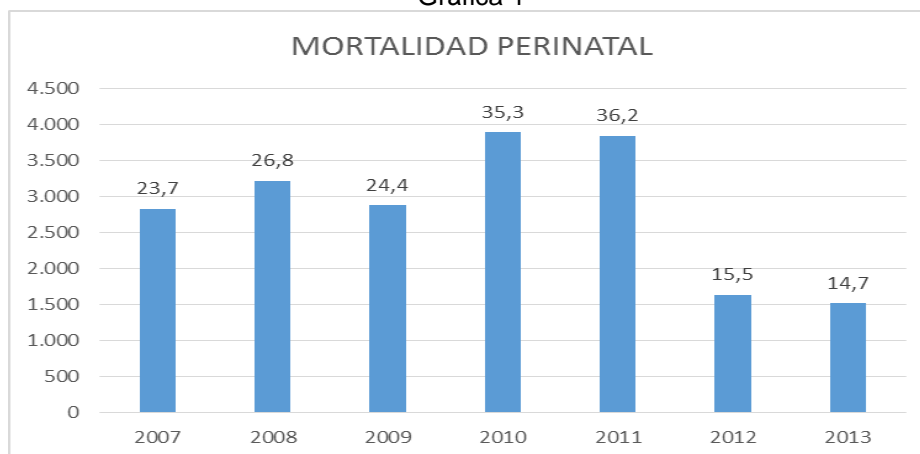
INDICADOR	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CASOS	2.837	3.218	2.877	3.887	3.843	1.637	1.519

¹³ FUENTE 2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Definitivos
FUENTE 2008-2012: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales SDS.
Ajustado 2012 el 25-08-2014,

TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	23,7	26,8	24,4	35,3	36,2	15,5	14,7
------------------------------	------	------	------	------	------	------	------

Fuente: Análisis de la Situación de Salud de Bogotá – Indicadores 2014¹⁴

Gráfica 1



Fuente: Análisis de la situación de salud de Bogotá. Indicadores – Julio de 2014

Cuadro 24

VARIACION INDICADOR TASA DE MORTALIDAD PERINATAL VIGENCIAS 2007-2013

INDICADOR	VARIACION 2007-2008	VARIACION 2008-2009	VARIACION 2009-2010	VARIACION 2010-2011	VARIACION 2011-2012	VARIACION 2012-2013
TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	13,08	-8,96	44,67	2,55	-57,18	-5,16

Fuente: Papeles de trabajo

Como se observa en la gráfica, la tasa de mortalidad perinatal ha presentado una variación entre los años 2007 – 2013, es así como, entre el 2007 y 2008 se presenta un incremento del 13.08%, mientras que entre el 2008 y el 2009 hay un decrecimiento del 8.9%, en el año 2010 se presenta un incremento del 44.67% muy significativo y con relación al 2011 el incremento es del 2.55%, llama la atención la reducción del 57.18% que se presenta entre el 2011 y el 2012 al pasar de 36.2 a 15.5, diferencia que se debe al cambio de criterio de inclusión de casos de acuerdo con el protocolo desarrollado por el grupo materno perinatal para el 2012 y 2013, lo que no significa una disminución real del indicador.

2. “Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016.”

Cuadro 25

¹⁴ FUENTE 2013-2014: Bases de datos SDS y RUAF. Actualizado 2013 29-08-2014-Preliminares. NOTA: Se esperan enmiendas de Medicina Legal y además se está recuperando información para ser incluida en el aplicativo RUAF y los datos pueden variar.

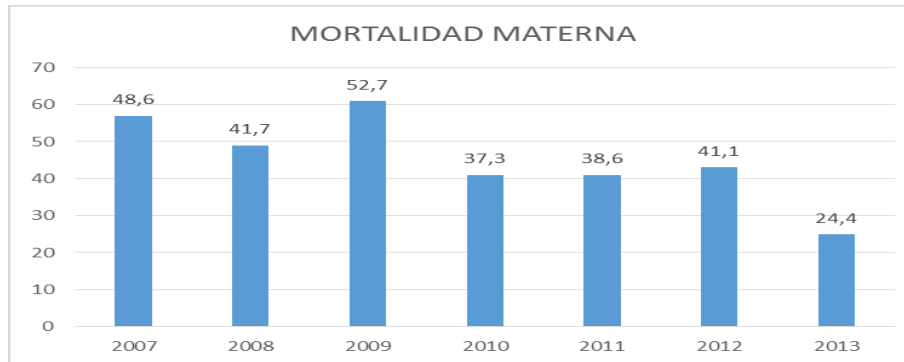
Nota: Cambio de criterio de inclusión de casos de acuerdo con el protocolo desarrollado por el grupo materno perinatal. 2012 y 2013.

INDICADOR RAZON DE MORTALIDAD MATERNA - VIGENCIAS 2007-2013

INDICADOR	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
RAZON DE MORTALIDAD MATERNA	48,6	41,7	52,7	37,3	38,6	41,1	24,4

Fuente: Análisis de la Situación de Salud de Bogotá – Indicadores 2014¹⁵

Gráfica 2



Fuente: Análisis de la situación de salud de Bogotá. Indicadores – julio de 2014

Cuadro 26

VARIACION INDICADOR RAZON DE MORTALIDAD MATERNA VIGENCIAS 2007-2013

INDICADOR	VARIACION 2007-2008	VARIACION 2008-2009	VARIACION 2009-2010	VARIACION 2010-2011	VARIACION 2011-2012	VARIACION 2012-2013
RAZON DE MORTALIDAD MATERNA POR 100000 NACIDOS VIVOS	-14,20	26,38	-29,22	3,49	6,48	-40,63

Fuente: Papeles de trabajo

Este indicador presenta una gran variación entre los años 2007 al 2013, es así como, se observa una reducción de la razón de mortalidad materna entre los años 2007 y 2008 del 14.2%, entre el 2008 y el 2009 hay un incremento del 26.38%, mientras que entre 2009 y 2010 se observa un decrecimiento del 29.2%, en los años 2011 y 2012 vuelve a presentarse incremento del 3.4% y 6.48% respectivamente y para el 2013 se presenta una reducción del 40.63% (41.1 en 2012 y 24.4 en 2013). Cabe aclarar que los datos reportados por la SDS corresponden a información preliminar del Sistema de Estadísticas Vitales del 2012 con corte del 25/08/2014.

Llama la atención que en la matriz de seguimiento proyecto 869 se reportó una razón mortalidad materna de 23,5, presentando diferencia en la información

¹⁵ FUENTE 2007: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Definitivos
FUENTE 2008-2012: Certificado de defunción - Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Ajustado 2012 el 25-08-2014,
FUENTE 2013-2014: Bases de datos SDS y RUAF. Actualizado 2013 29-08-2014-Preliminares. NOTA: Se esperan enmiendas de Medicina Legal y además se está recuperando información para ser incluida en el aplicativo RUAF y los datos pueden variar.

reportada frente al análisis presentado en la Situación de Salud de Bogotá, arriba mencionado.

3. “Reducir al 30% los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años, en coordinación y con el apoyo de los demás sectores de la administración distrital, a 2016.”

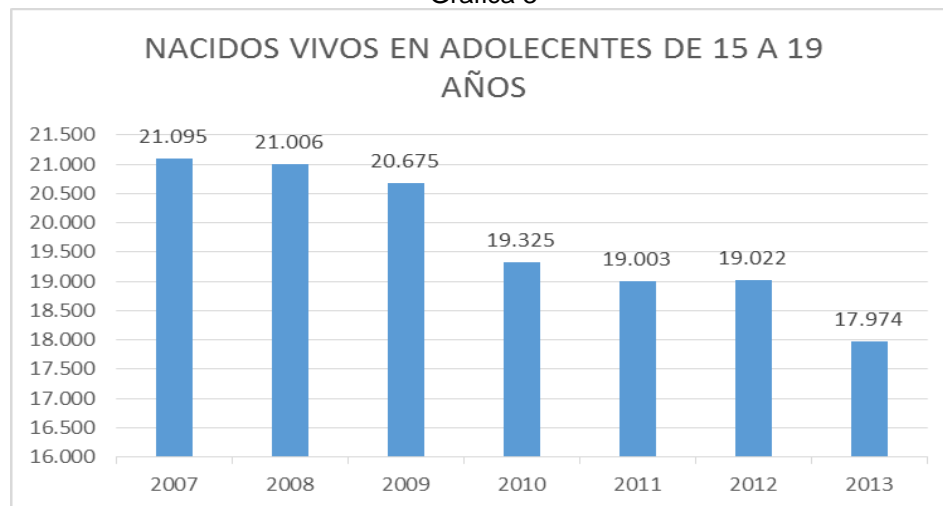
En la matriz de seguimiento 869, para el año 2013, se reporta una ejecución frente a lo programado de 0%, sin embargo en la columna resultados se registra un acumulado de enero a noviembre de 17.974 nacimientos, siendo este un dato preliminar, aunque es el mismo reportado para el año 2013 en el análisis de la situación de salud de Bogotá.

Cuadro 27
INDICADOR NACIDOS VIVOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS
VIGENCIAS 2007-2013

INDICADOR	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS	21.095	21.006	20.675	19.325	19.003	19.022	17.974

Fuente: Análisis de la Situación de Salud de Bogotá – Indicadores 2014

Grafica 3



Fuente: Análisis de la situación de salud de Bogotá. Indicadores – julio de 2014

Cuadro 28
VARIACION INDICADOR NACIDOS VIVOS EN ADOLESCENTES
DE 15 A 19 AÑOS - VIGENCIAS 2007-2013

INDICADOR	VARIACION 2007-2008	VARIACION 2008-2009	VARIACION 2009-2010	VARIACION 2010-2011	VARIACION 2011-2012	VARIACION 2012-2013

EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS	-0,42	-1,58	-6,53	-1,67	0,10	-5,51
---	-------	-------	-------	-------	------	-------

Fuente: Papeles de Trabajo

De la revisión de la información de las diferentes fuentes se estableció que el indicador presentó decrecimiento entre los años 2007 al 2011, siendo más significativa entre el 2009 y el 2010 con 6.53%, entre los años 2011 y 2012 se presentó un incremento del 0.1%, mientras que en la vigencia 2013 se evidenció una disminución del 5.51% con relación al año anterior al pasar de 19.022 casos a 17.974, cabe aclarar que el resultado del indicador esta dado en número de nacimientos en niñas de 15 a 19 años y no en número de embarazos en las adolescentes de este grupo de edad.

2.3.4. Hallazgo Administrativo

Dadas las diferencias encontradas en la información reportada por la SDS con respecto al cumplimiento de los indicadores de las metas 1, 2 y 3 mencionadas en los párrafos anteriores, así como las significativas variaciones entre los años 2007 a 2013, surge el interrogante sobre el modelo estadístico aplicado y por consiguiente, sobre la veracidad de los resultados obtenidos. Por lo dicho, se colige la presencia de fallas en el sistema de control de calidad aplicado en la entidad y en lo estipulado en el literal e del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

4. “Alcanzar coberturas de vacunación al 95%, contra el Virus del Papiloma Humano, en las veinte localidades del Distrito Capital, al 2016.”

Se estableció que la SDS-FFDS inició en el año 2011 con la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) a niñas de quinto de primaria de Instituciones Educativas Públicas y Privadas de tres localidades del Distrito Capital (Engativá, Fontibón y San Cristóbal), para lo cual la SDS elaboró el lineamiento, se realizaron socializaciones y sensibilizaciones con los rectores, directores, coordinadores y docentes con el fin de darles a conocer el lineamiento y la metodología a desarrollar; posteriormente con padres de familia de las niñas a vacunar y se estableció el censo de la población seleccionada. El esquema de la vacuna del VPH que se inició fue 0, 1 y 6 meses.

De otra parte, de acuerdo a los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social, se incluye la vacuna contra el VPH a partir de agosto de 2012, para las niñas escolarizadas en cuarto de primaria de las instituciones públicas y privadas, con un esquema de 0, 2, y 6 meses. A partir de mayo de 2013 se amplía la cobertura de la vacunación a niñas escolarizadas desde el grado 4 a 11 en

todas las instituciones educativas (públicas y privadas) y no escolarizadas de 9 a 17 años de edad, variando a su vez el esquema de vacunación a 0, 6, y 60 meses.

En la información entregada por la SDS se evidenció que ésta se presenta en los tres periodos o fases de la inclusión de la vacuna en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), es decir, Fase I de Agosto de 2012 a Marzo de 2013, Fase II de Abril de 2013 a Diciembre de 2013 y Fase III de Enero de 2014 a la fecha.

Consolidando la información entregada por la Dirección de Salud Pública del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), se encontró que las cohortes para la vacunación del VPH variaron entre las Fases I y II, es así como para la Fase I se establecieron niñas escolarizadas en cuarto de primaria de las instituciones públicas y privadas, con un esquema de 0, 2, y 6 meses con una meta de 52.240 niñas, de las cuales se vacunaron con primera dosis 49.838 que equivale a una cobertura del 95.4%. De las niñas vacunadas, el 94.9% recibió la segunda dosis y solo el 88.2% de la población completó el esquema establecido en esta cohorte.

Cuadro 29
CONSOLODADO FASE I y II

LOCALIDAD	TOTAL FASE I				% CUMP. 3 DOSIS	TOTAL FASE II				% CUMP. 3 DOSIS
	META	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS		META	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	
Usaquén	2.746	2.425	2.355	2.349	85,5	21.368	17.360	15.786	0	0
Chapinero	516	508	463	312	60,5	3.632	3.632	1.701	17	0
Santafé	599	501	539	605	101,0	4.810	4.494	3.794	0	0
San Cristóbal	3.221	3.094	3.067	2.913	90,4	21.526	15.290	12.675	0	0
Usme	3.720	3.720	3.709	3.280	88,2	22.827	21.641	18.186	7	0
Tunjuelito	1.968	1.968	1.840	1.775	90,2	15.375	15.412	13.411	0	0
Bosa	5.511	5.320	5.144	4.922	89,3	45.787	39.189	34.711	90	0
Kennedy	6.939	6.593	6.395	5.496	79,2	44.999	44.973	33.309	0	0
Fontibón	1.991	1.900	1.900	1.921	96,5	15.721	12.968	9.997	193	1
Engativá	4.612	4.028	3.443	3.324	72,1	35.882	27.661	23.990	0	0
Suba	6.526	6.295	5.177	5.145	78,8	47.385	41.921	29.790	133	0
Barrios Unidos	983	983	961	846	86,1	7.678	6.618	5.052	2	0
Teusaquillo	602	479	506	463	76,9	6.253	5.234	4.098	2	0
Los Mártires	873	793	810	785	89,9	7.706	6.287	5.272	0	0
Antonio Nariño	773	761	756	691	89,4	7.183	7.183	6.098	0	0
Puente Aranda	1.893	1.796	1.882	1.667	88,1	12.943	12.949	10.809	0	0
La Candelaria	286	210	214	212	74,1	2.107	1.936	1.672	0	0
Rafael Uribe	3.632	3.615	3.485	3.148	86,7	27.580	26.503	20.902	0	0
Ciudad Bolívar	4.818	4.818	4.639	4.089	84,9	39.407	39.407	26.901	1	0
Sumapaz	30	31	31	28	93,3	70	69	50	1	1
TOTAL	52.240	49.838	47.316	43.971	84,2	390.239	350.727	278.204	446	0

Fuente: Dirección de Salud Pública – SDS-FFDS – Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Con relación a la Fase II, de la meta establecida (390.239 niñas escolarizadas desde el grado 4 a 11 en todas las instituciones educativas oficiales y privadas y no escolarizadas de 9 a 17 años de edad), se les aplicó la primera dosis de la vacuna del VPH al 89.9%, de las cuales el 79.3% recibió la segunda dosis de acuerdo al esquema establecido, y el 0.1% ha recibido la tercera dosis, esto debido al cambio del esquema de vacunación que estableció el Ministerio de Salud desde Abril de 2013.

2.3.5. Hallazgo Administrativo

Para la Dirección de Salud Pública de la SDS, el Programa Ampliado de Inmunizaciones contempla la aplicación de todas las vacunas que hacen parte del esquema que exige el Ministerio de Salud. El reporte por separado de la vacuna contra el VPH se realiza debido a que el proyecto de inversión 869 estableció una meta para esta vacuna. Así las cosas, esta Dirección define el presupuesto total para el PAI por vigencia, que para el 2013 fue de \$17.878.042.430, que sale por el chip (código de gasto) 457 y lo distribuye en los 14 hospitales que ejecutan el PIC. No se evidenció documento alguno en el que se establezcan los criterios de distribución de los recursos a ejecutar en cada una de estas metas por parte de la SDS-FFDS como ente rector: *“Lograr 95% de cobertura en vacunación para cada uno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, a 2016”* y *“Alcanzar coberturas de vacunación al 95%, contra el Virus del Papiloma Humano, en las veinte localidades del Distrito Capital, al 2016”*, que para la vigencia 2013 ascendieron a 53.3% (\$9.821 millones) y 46.7% (\$8.345 millones) respectivamente. Las falencias evidenciadas contravienen lo establecido en los literales a, d, e y f del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

5. *“Reducir en 20% la transmisión materno perinatal del VIH, al 2016.”*

Para el seguimiento al indicador como lo muestra la matriz, se evidencia que los datos de lo programado frente a lo ejecutado se expresan con variables diferentes, toda vez que se programa reducir en 5% para el 2013, y se muestra una ejecución en número de casos sin describir el porcentaje de cumplimiento frente a lo programado.

6. *“Evaluar y optimizar el protocolo en salud para la detección y la atención del virus VIH en los centros de prestación de servicios de salud del Distrito Capital, al 2016.”*

Con los resultados reportados en la matriz de seguimiento, se da cumplimiento a esta meta de gestión, con protocolo evaluado desde el año 2012, y adelantando la

asistencia técnica en centros de prestación de servicios de salud, como se indica en los resultados anteriores 31 EAPB y 29 a IPS.

Se verificaron los Formatos de Asistencia Técnica adelantados por la SDS, en las IPS, EPS, y ESEs, que evidencian la optimización del protocolo, así como los planes de mejora; *Formatos de Asistencia Técnica a EAPB e IPS, para evaluación y optimización del Modelo de Gestión Programática en VIH*. Lo que da muestra de acciones encaminadas al cumplimiento de la meta.¹⁶

7. *“Aumentar en un 50% el número de pruebas de tamizaje voluntarias, para detección del VIH, al 2016.”*

Para esta meta se programó una ejecución del 15% para la vigencia 2013, reportando la matriz una ejecución real del 7.6% por lo que no se cumple en esta vigencia la meta programada.

8. *“Disminuir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por 1.000 nacidos vivos, al 2016.”*

Según la matriz esta meta no se cumplió, toda vez que se programó 1.8 y la ejecución fue de 2.1 X 1000 nacidos vivos.

9. *“Diseñar e implementar una estrategia de promoción y prevención sobre la importancia de la detección temprana del VIH en el Distrito Capital, al 2016.”*

Para esta meta se han realizado diferentes actividades a través de un convenio firmado con Liga Colombiana; en la matriz reportan un cumplimiento del 100% frente a lo programado; sin embargo esta Contraloría solicitó información relacionada con dicho convenio como se describe a continuación.

Para las cinco metas mencionadas anteriormente relacionadas con VIH y Sífilis y que tienen que ver con Salud Sexual y Reproductiva se encontró que la SDS suscribió Convenios de Asociación N° 1541 de 2013 con la LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA, el cual tuvo por objeto *“Aunar esfuerzos para crear e implementar una estrategia distrital encaminada a la prevención integral y el diagnóstico oportuno del VIH en el distrito capital”*¹⁷ y 1542 de 2013 con la Corporación RED SOMOS que tuvo por objeto *“Aunar esfuerzos para fortalecer la Vigilancia en Salud Pública de las prácticas sexuales diversas que puedan modificar la dinámica de la epidemia por VIH, así como las coinfecciones que puedan afectar la calidad de vida de las personas que viven con VIH o SIDA en el Distrito Capital.”* con una vigencia de 12 meses, comprendidos entre el 11 de septiembre de 2013 y 10 de septiembre de 2014.

¹⁶ Prueba de Recorrido de fecha 20 de octubre de 2014. Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS

¹⁷ Convenio 1541-2013

El convenio 1541 de 2013, fue revisado en su cumplimiento, toda vez que dentro de sus consideraciones numeral 7, menciona: *“convenio que valga resaltar brindará respuesta directa a las siguientes metas del Plan de Desarrollo: A. Diseñar e implementar una estrategia de promoción y prevención sobre la importancia de la detección temprana del VIH en el distrito capital, al 2016. B. Aumentar en un 50% el número de pruebas de tamizaje voluntarias, para detección del VIH, al 2016. C. Reducir en 20% la transmisión materna perinatal del VIH, al 2016. D. Disminuir la incidencia de Sífilis Congénita a menos de 0.5 por 1000 nacidos vivos, al 2016”*.¹⁸ Las anteriores metas corresponden al Proyecto 869 “Salud Para el Buen Vivir” dentro del Plan de Desarrollo, y hacen parte de las metas seleccionadas dentro de la muestra de auditoría.

En prueba de recorrido adelantada durante la auditoría se reportó lo siguiente por el Área de Vigilancia en Salud Pública de la SDS *“Cabe mencionar que el convenio aporta a las metas, mas no es el responsable del cumplimiento total de las metas, hay tres vías de respuesta que se relacionan con el avance de las metas: 1. Laboratorio centralizado de VIH : Es una estrategia que funciona desde 2006 y busca eliminar barreras de acceso al proceso de asesoría y Pruebas de VIH a población pobre no asegurada, es parte del Plan Obligatorio de Salud, por tanto funciona con recursos propios para la prestación de servicios, es coordinado por el laboratorio de salud pública distrital y funciona en instalaciones del hospital Simón Bolívar. 2. Estrategia Distrital Ponte a Prueba: Ejecutado mediante convenio de Asociación 1541 de 2013, 3. Acciones Propias de los Prestadores: (Ejecución del POS).”*¹⁹

Dentro de las actividades adelantadas por los hospitales en aras de dar cumplimiento a las metas seleccionadas como muestra de auditoría, la SDS reporta lo siguiente; *“Dentro de las acciones tendientes a aportar a las metas se realizan: Actividades de promoción en salud, y prevención del VIH e ITS, las cuales incluyen la oferta de la prueba del tamizaje para VIH e ITS, canalización a casos prioritarios en salud sexual y reproductivas que incluyen casos de sífilis gestacional, congénita y transmisión materno infantil de VIH. Estas actividades están incluidas en los lineamientos técnicos de los profesionales locales, tanto de las áreas de acciones en salud como de vigilancia en salud pública. Una segunda actividad corresponde a el proceso de implementación de la estrategia distrital Ponte a Prueba, donde las instituciones reciben la capacitación para realizar asesoría en VIH e ITS y pruebas rápidas, también reciben los insumos para la realización de las mismas, por parte del convenio Ligasida, para el caso de estas dos instituciones las actividades de uso de pruebas rápidas se hacen mediante jornadas específicas, o los proyectos de énfasis distrital operados por estas, para el caso del Hospital San Cristóbal es el proyecto de personas privadas de la libertad, y para Rafael Uribe Uribe, en el CAMAD. A las instituciones, el convenio les entrega las pruebas rápidas y los formatos de reporte de uso de las mismas, los cuales deben ser remitidos mensualmente a Ligasida, para el seguimiento (Formato de Consolidado de Pruebas y Formato Individual de Asesoría). Por otro lado se complementa esta actividad con la prestación de servicios en el marco del POS”*.²⁰

¹⁸ Ibidem

¹⁹ Prueba de Recorrido de fecha 20 de octubre de 2014. Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS

²⁰ Ibidem

El convenio 1541 de 2013 inició el 13 de septiembre de 2013, con la ejecución de la estrategia Ponte a Prueba, y a la fecha está en curso el cumplimiento de lo pactado con relación a la adquisición, bodegaje y distribución de pruebas rápidas de VIH y Sífilis en coordinación con la SDS, por lo que se hace necesario para este caso la evaluación de soportes a fecha 24 de octubre de 2014.

Cabe mencionar que dentro de las metas (A,B,C,D) arriba descritas a las que se les pretendió aportar desde el convenio; se pudo evidenciar la existencia de la Estrategia de Promoción y Prevención sobre la importancia de detección temprana de VIH, la cual se denominó “Estrategia Ponte a Prueba”, verificando la implementación de la misma, con respecto a la meta “Aumentar en un 50% el número de pruebas de tamizaje para detección de VIH y “Disminuir la incidencia de Sífilis Congénita a menos de 0.5 por 1000 nacidos vivos, al 2016” se menciona que el convenio 1541 de 2013 en su modificación No. 1 convino dentro de los compromisos y/o productos del asociado Clausula Primera: “Hacer el proceso de adquisición de pruebas rápidas (7.800 VIH Y 4.409 Sífilis), bodegaje y distribución estratégica en coordinación con la SDS.” Con respecto a este tema, con el objeto de cruzar la información de las pruebas rápidas que realmente fueron entregadas y usadas en virtud del convenio, se solicitó al área de Vigilancia en Salud Pública de la SDS, la relación de pruebas entregadas a los hospitales, pruebas rápidas que realmente fueron entregadas por la Liga Colombiana de la Lucha contra el SIDA y efectivamente recibidas y/o usadas por los hospitales seleccionados, encontrándose lo siguiente:

Cuadro 30
Cuadro control reporte de pruebas de VIH y Sífilis entregadas a ESE, SCA y otras. LIGASIDA
CONVENIO 1541-2013. Actualizado 24 de octubre de 2014

Institución	Fecha de Reporte	Cantidad Entregada Vih	Total Reporte Pvih	PG	Trans	TS	HC	HSH	Reactivas	Cantidad Entregada Sífilis	Total Reporte Psif	PG	Trans	TS	HC	HSH	Reactivas
Hospital Rafael Uribe Uribe - CAMAD	09- 2014 /	500	392				392		4	400	317				317		1
Hospital Rafael Uribe Uribe - SSR	13-08-2014/ 29-09-2014 /	260	153	153						186	153	153					2
Hospital San Cristóbal - 1 de diciembre 2013		40	35				33	2	0		0						
Hospital San Cristóbal - Proyecto Cárceles		450	450					450	16	1360	1341					1242	71
Hospital San Cristóbal - Salud Plena Mujeres		210	132	131		1				60	41	41					5
Hospital Nazareth		250	135	135						100	50	50					
Hospital Vista Hermosa - CAMAD osa - CAMAD	29-07-2014 / 30-07-2014/ 31-07-2014/	200	100	100						150	100	100					

	TOTAL	1910	1397	519	0	1	425	452	20	2256	2002	344	0	0	317	1242	79
--	--------------	------	------	-----	---	---	-----	-----	----	------	------	-----	---	---	-----	------	----

Fuente: Cuadro Control Reporte de Pruebas de VIH y Sífilis entregadas a las ESE, SCA, y otras. Actualizado 24 de Oct. de 2014. Vigilancia Salud Pública SDS.

Es de aclarar que esta información corresponde al periodo comprendido de diciembre de 2013 al 24 de octubre de 2014, teniendo en cuenta que a través del convenio se inició la entrega de pruebas rápidas desde diciembre del año 2013.

De otra parte se suscribió el convenio 1542 de 2013 entre el FFDS-SDS y la Corporación RED SOMOS cuyo objeto es “*Aunar esfuerzos para fortalecer la Vigilancia en Salud Pública de las prácticas sexuales diversas que puedan modificar la dinámica de la epidemia por VIH, así como las coinfecciones que puedan afectar la calidad de vida de las personas que viven con VIH o SIDA en el Distrito Capital.*”

Teniendo en cuenta lo anterior para la SDS este convenio, “...permitirá adelantar acciones de interés público encaminadas al cumplimiento de la estrategia Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad.”, dando respuesta directa a las siguientes metas del Plan de Desarrollo; “Garantizar atención con enfoque diferencial a la población LGBTI, en el 100% de los servicios de salud del Distrito al 2016 b) Aumentar la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva 85% o más, al 2016 c) Aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70%, al 2016 d) Diseñar e implementar una estrategia de promoción y prevención sobre la importancia de la detección temprana de VIH en el distrito capital, al 2016 e) Aumentar en un 50% el número de pruebas de tamizaje voluntarias, para detección de VIH al 2016 f) Reducir en 20% la transmisión 20% la transmisión materna perinatal del VIH al 2016 g) Disminuir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por 1000 nacidos vivos, al 2016.”

Como se señala en el párrafo anterior, dentro de las metas a las cuales se pretende aportar a través de este convenio, se encuentran cuatro de las seleccionadas en la muestra objeto de esta auditoría, relacionadas con la línea de salud sexual y reproductiva.

A través de este convenio se pactaron los siguientes productos, entre otros: *Protocolos de investigación de estudio centinela de Coinfección Tuberculosis/VIH en Bogotá D.C. y estudio exploratorio en torno a los significados de la práctica sexual de Bareback en hombre que tienen sexo con otros hombres en Bogotá D.C; Instrumento de recolección de información para estudios centinela de coinfección Tuberculosis/VIH en Bogotá y estudio exploratorio en torno a los significados de la práctica sexual del Bareback en hombres que tienen sexo con hombres en Bogotá D.C; Sistematización de la información obtenida en el trabajo de campo del estudio exploratorio en torno a los significados de la práctica sexual del Bareback en hombre que tiene sexo con hombres en Bogotá D.C; Base de datos en acces o similares donde con la sistematización de la información del estudio Centinela de coinfección Tuberculosis/TBC en Bogotá D.C.*

Respecto a la entrega de los productos pactados en el convenio se observó que aunque estos fueron entregados de acuerdo a lo estipulado, se presentan algunas

debilidades en el cumplimiento de los objetivos plasmados en los protocolos de investigación de TBC-VIH.

La Dirección de Salud Pública informa que los productos del convenio aportan a las metas relacionadas con VIH y Sífilis, de la siguiente forma: los estudios permiten evaluar prácticas sexuales que modifican la dinámica del VIH en la ciudad, así como, evaluar las diferentes acciones de prevención y atención relacionadas con VIH e ITS en el Distrito, se hace seguimiento a la calidad del servicio de los programas de atención en VIH en la ciudad mediante una muestra institucional, buscando identificar la afectación a la mortalidad asociada a SIDA, específicamente a aquella relacionada con la coinfección TB-VIH que es la principal causa de mortalidad en la ciudad.

Los estudios dan cumplimiento a una de las funciones del área de vigilancia en salud pública generando información e insumos para el ajuste y fortalecimiento a la respuesta distrital de VIH.

Con respecto a Sífilis, esta es una infección de transmisión sexual que se exploró en los estudios del convenio y dado que tiene los mismos mecanismos de transmisión que el VIH comparte las fortalezas y debilidades identificadas en la prevención, diagnóstico y atención.

En cuanto a la meta “*Reducir en 20% la transmisión materno perinatal VIH del Distrito Capital, 2016*”, se estableció que aunque los estudios tienen bajo impacto, permiten hacer un reconocimiento de la percepción de una población en la prevención del VIH.

En el análisis de indicadores de acciones colaborativas TB/VIH adelantado en el estudio objeto del convenio, se observaron datos pendientes de resultados, observaciones de denominadores y observaciones generales en las que indica que se requiere de bases de datos diferentes a las de SIVIGILA, lo que presenta inconvenientes en la recopilación de la información.

En la evaluación y optimización de los protocolos en salud, no se encuentran establecidos los protocolos para atención de VIH en las entidades que hicieron parte del estudio “Capital Salud, Confacundi, Simón Bolívar, Santa Clara, Tunal, VIHONCHO”, para estandarizar la atención de los usuarios y la recolección de información en el manejo de las mismas variables que permitan el seguimiento de datos reales de casos canalizados, diagnosticados, identificados y tratados para la detección y la atención del VIH en los centros de prestación de servicios de salud del Distrito de acuerdo a la información reportada dentro de los informes.

10. *“Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud al 100% de las personas en ejercicio de trabajo sexual, que participan en las acciones colectivas, al 2016”.*

En la matriz de seguimiento al proyecto se reporta la canalización de 695 personas en ejercicio de trabajo sexual que participaron en acciones colectivas, no se evidencia una línea base para esta meta.

Realizada la revisión de la información, se pudo establecer que las canalizaciones son las vinculaciones o remisiones que se realizan por parte de los equipos de territorios (equipo de respuesta inicial o complementario) al identificar poblaciones diferenciales y de inclusión, entre ellas, se establecen discapacidad, situación de protección especial, situación de vulneración, niño trabajador, habitante de calle, niño sin cuidado parenteral al cuidado de terceros, adolescente embarazada, adolescente en el sistema de responsabilidad penal, adolescente trabajador, trabajador informal, reinsertado, población desplazada, víctima de conflicto armado y población de inclusión por oficio; reciclador, carretero, pequeños bodegueros, vendedor ambulante, en **ejercicio de prostitución**, y otros, mediante el diligenciamiento de un formato.

Los tipos de canalización son: a. Canalización a programa de territorios saludables; b. Canalización a servicios POS; c. Canalización a equipo ERI; d. Canalización a equipo ERC; e. Canalización a Sistema de Vigilancia Epidemiológica. d. Canalización a Vigilancia Sanitaria.

La canalización al programa de territorios saludables contempla discapacidad, nutrición, entorno de trabajo saludable, intervención psicosocial – víctimas de conflicto armado, nutrición, salud oral, servicios de salud colectiva, vivienda saludable, entre otros.

La canalización a POS es de 2 tipos:

- Protección específica y detección temprana: Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); Alteraciones del Embarazo; Alteraciones del adulto mayor (mayor de 45 años); Alteraciones de la agudeza visual; Atención preventiva en salud oral; Crecimiento y desarrollo niño de 10 años; Detección temprana de cáncer de seno; Atención en planificación familiar a hombres y mujeres; Alteración del desarrollo del joven (10-29 años); Detección temprana del cáncer de cuello uterino; Prevención consumo de SPA; Programa enfermedades transmisibles; detección de VIH
- Servicios de recuperación en Salud: Urgencia; Servicio de odontología; Sala ERA; Servicio de Medicina General; Atención en Salud Mental Servicio de

Medicina Especializada; Servicio de Odontología; Consulta de nutrición; Atención canguros de bajo peso al nacer; Otro

La Canalización al Sistema de Vigilancia Epidemiológica se realiza a través de SIVIGILA; SIVISTRA; SISVESO; VESPA; DISCAPACIDAD; SIVIM; SISVAN, entre otros.

También se identifica la Canalización para la gestión Transectorial como Alcaldía local, Policía Nacional, SDOS, Secretaria Distrital de Ambiente, ICBF, IDIPROM, Personería, Secretaria Distrital de Desarrollo Económico, De Movilidad, De Integración Social, de Hábitat, Cultural Recreación y Deporte, hogares de paso, y otros.

Se identifica un ítem de SEGUIMIENTO, que contempla: Asistió al servicio al cual fue remitido por el equipo de salud; Si la respuesta es NO señale las razones; No le asignaron la cita en forma oportuna; No le pareció importante asistir al servicio; No contaba con los recursos dinero o tiempo para trasladarse al punto de atención; Respuesta de la entidad espacio en blanco; Procesos pendientes o posteriores; Firma funcionario programa territorios saludables y Firma persona canalizada

Se obtiene un desprendible para el usuario, que contiene: Nombres, Documento; SGSSS; Servicio al que se remite; Fecha; canalización; Diagnóstico remisión 1; Diagnóstico remisión 2; Diagnóstico remisión 3; Antecedentes y/o hallazgos de canalización

De acuerdo con la información suministrada por la SDS, las canalizaciones con fecha anterior a la vigencia 2013 únicamente se registraban mediante el sistema de Información APS Familiar. A partir de la vigencia 2013, se utilizan además del sistema APS, la base de datos de canalización en Excel que se alimenta con los datos del formulario de canalización.

Cuadro 32
DOCUMENTO MATRIZ DE SEGUIMIENTO AL PROYECTO 869

DETALLE DE LA META	DETALLE DE LA ACTIVIDAD	NOMBRE DEL INDICADOR	VALOR MAGNITUD		VALOR APROPIACION		VALOR PRESUPUESTO
			Programado 2013	Ejecutado 2013	INICIAL	DEFINITIVA	Ejecutado o Comprometido

Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud al 100% de las personas en ejercicio de trabajo sexual, que participan en las acciones colectivas, al 2016.	Canalización a servicios de salud y seguimiento de las personas en ejercicio de trabajo sexual identificadas en los territorios	Porcentaje de las personas en ejercicio de trabajo sexual con necesidades en salud canalizadas a servicios y con seguimiento es igual a: Número de personas en ejercicio de trabajo sexual canalizados efectivamente a los servicios salud/Total de personas en ejercicio de trabajo sexual identificados en los territorios	100%	100% (695 personas canalizadas, de enero a diciembre, dato preliminar)	\$1.885.808.469	\$1.527.439.328	\$1.527.439.328
---	---	---	------	--	-----------------	-----------------	-----------------

Fuente: Planeación SDS. Documento Matriz de Seguimiento a Proyectos

Teniendo como referencia la meta; “Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud al 100% de las personas en ejercicio de trabajo sexual, que participan en las acciones colectivas, al 2016”, cuyo indicador es; Porcentaje de las personas en ejercicio de trabajo sexual con necesidades en salud canalizadas a servicios y con seguimiento: Número de personas en ejercicio de trabajo sexual canalizados efectivamente a los servicios salud / Total de personas en ejercicio de trabajo sexual identificados en los territorios, y cuyo resultado presentado por la entidad es del 100% (la SDS reporta 695 personas) y los recursos programados y ejecutados para la meta de \$1.527.439.328, del análisis de lo anterior, se pudo observar:

2.3.6. Hallazgo Administrativo

La Dirección de Salud Pública reporta cumplimiento de la meta del 100% relacionando a 695 personas canalizadas, sin embargo, no se está cumpliendo con el indicador que corresponde al porcentaje de las personas en ejercicio de trabajo sexual que fueron efectivamente canalizadas, porque de acuerdo con la base de datos suministrada por la SDS, que contiene el registro del formato de canalización para identificar cuales usuarios “en ejercicio de prostitución” fueron canalizados; se pudo verificar que fueron canalizadas únicamente 75 personas²¹, canalizadas en el 2013, según base de datos con corte de digitación a 30 de septiembre de 2014. Por otra parte, en las visitas realizadas en los hospitales se pudo verificar que no se está haciendo seguimiento a la canalización.

Lo anterior no garantiza la eficacia, la eficiencia y economía en las operaciones, entendiendo que la canalización es uno de los elementos claves en la operación del Plan de Intervenciones Colectivas que promueve el acceso a los servicios sociales y de salud desde este mismo, siendo un positivo canal de comunicación e interacción, siempre y cuando se haya verificado su efectividad, consolidándose si así fuese en una atención integral, de acuerdo con el principio de la atención primaria en salud. Teniendo en cuenta lo anterior, este Ente de Control ha

²¹ Información de la vigencia 2013 con corte al 30 de septiembre de 2014.

evidenciado que la SDS está registrando un dato que no corresponde a la realidad del indicador, toda vez que se están reportando canalizaciones y no personas efectivamente canalizadas, incumplimiento lo contemplado en el literal b del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Se solicitó información a la Secretaria Distrital de la Mujer sobre las bases de datos de mujeres en ejercicio de prostitución, donde se identificó que esta entidad ha caracterizado a 789 mujeres a través de un trabajo territorial, a quienes se les brinda atención integral individual, encontrándose que de estas ninguna ha sido remitida por la SDS.

ASIGNACION RECURSOS METAS PROYECTO 869

Ante el interés de la Contraloría de identificar como la SDS ha asignado un valor a cada una de las metas y actividades del proyecto 869 y de la misma forma, conocer como ha determinado el monto ejecutado por cada meta, se ha observado, por una parte, que las acciones programadas en los territorios responden a su vez a múltiples metas del proyecto 869 y por otra, que a múltiples metas se les asigna un mismo código de gasto, como es el caso de los equipos de respuesta inmediata, entre otros, identificados con el código de gasto o CHIP 776 *“Contratación del plan de intervenciones colectivas para la gestión del plan territorial de salud en el Distrito Capital”*

Estos equipos realizan la atención inicial en los territorios a todos los miembros de la familia, detectando y atendiendo a las maternas, recién nacidos, personas en condición de discapacidad, niños, jóvenes, adultos y mujeres; en la familia, en el colegio, en el trabajo, en la comunidad, en fin; con los mismos recursos se está aportando a su vez a todas las metas identificadas con el código de gasto 776 que corresponden a las siguientes *“Cubrir a 1.563.093 niños, niñas y adolescentes matriculados en Instituciones Educativas Distritales, ..., al 2016”, “Implementar un modelo de atención integral a través de redes integradas de servicios de salud, ... al 2016”; “Cubrir a 800.000 familias con actividades de promoción y prevención en los centros de salud y desarrollo humano con enfoque diferencial, a través de 1000 equipos territoriales que incluyen el ámbito familiar, escolar, trabajo informal, institucional y comunitario, al 2016.”, “Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de las mujeres que participan en las acciones colectivas, al 2016”, “Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud del 100% de las personas de 60 años y más que participan en las acciones colectivas, al 2016”, “Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud del 100% de los jóvenes que participan en las acciones colectivas, al 2016”, “Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud el 100% de los habitantes de calle que participan en las acciones colectivas, al 2016”, “Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud al 100% de las personas en ejercicio de trabajo sexual, que participan en las acciones colectivas, al 2016”, entre otras.*

Inclusive, hay otras metas identificadas con otros códigos de gasto, a las que también le aportan las actividades realizadas por el mismo equipo, como: *“Reducir la*

mortalidad perinatal a 15 por mil nacidos vivos en coordinación con otros sectores de la administración distrital, al 2016”, “Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna, en coordinación con otros sectores de la Administración Distrital, al 2016”, “Garantizar la atención en salud y atención integral al 100% a personas en condición de discapacidad al 2016”, “Reducir a 8 por 1.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad infantil, en coordinación con los demás sectores de la Administración Distrital, al 2016”, “Reducir a 1 por 100.000 menores de 5 años la mortalidad por enfermedad diarreica, al 2016”, “Disminuir en 5%, las muertes evitables por condiciones crónicas en personas menores de setenta años, a 2016”, entre otras.

Por lo anterior, la Contraloría se pregunta sobre cómo la SDS ha asignado valores a cada una de las metas, toda vez que a varias metas se les asigna un mismo código de gasto o CHIP, como se mencionó arriba.

Dentro de las acciones encaminadas a aclarar esta inquietud, se suscribió acta administrativa del 7 de Octubre/2014, donde la Dirección de Salud pública informa lo siguiente:

- *“Para el componente de territorios el primer paso es programar la conformación de los equipos de operación del componente de territorios y gestión de políticas y programas, a cada perfil según su competencia se establecen asociación de códigos de gasto posibles con los temas a desarrollar, la cantidad de perfiles tiene que ver con el número de territorios asignados a cada hospital.”*
- *“Para el caso del componente de vigilancia epidemiológica la programación de recursos se hace por productos y el componente de PAI se programa por equipo.”*
- *“El segundo paso, para el caso del componente territorios es asociar 184 horas por cada perfil en productos de las unidades operativas que representan acciones operativas de los equipos.”*
- *“El tercer paso es consolidar esa información por códigos de gasto (CHIP), con los cuales se reporta para los trámites de seguimiento financiero presupuestal en el cual se establece en función de unos parámetros de organización de metas y actividades del 869 la distribución que se le asigna a esas actividades.”*
- *“En la armonización del Plan de Desarrollo que en ese momento era Plan Nacional de Salud Pública se definieron unos actividades de carácter estratégico a las cuales se les asignó un criterio porcentual del código de gasto asignado y para procesos específicos en función de acciones de carácter distrital, este monto es diferencial.”*
- *“Los equipos de organizan por códigos de gasto, cada perfil que se contrata corresponde a 184 horas. La programación de productos tiene un abordaje integral de salud familiar y comunitaria, donde se abordan de manera integral distintas situaciones y condiciones de salud de la población.”*
- *“La matriz programática tiene otro componente que organiza el plan de acción por unidades operativas que uno de sus requisitos son, tiempo de perfiles costeados a los equipos y el hospital debe presentar la ocupación de los distintos perfiles 184 horas en ejecución de las unidades operativas desarrolladas de manera integral en los territorios.”*
- *“Se hace un seguimiento de equipos contratados, ejecución de 184 horas en unidades operativas de los ámbitos de vida cotidiana y gestión de políticas y programas. El hospital factura la ejecución del plan de acción en unidades operativas que corresponden a la ejecución de los equipos en cada territorio.”*
- *“Se coge el total del código de gasto asignado en su momento para cada adición y se lleva al parámetro financiero que se estableció para esta armonización.”*

- “Se asigna un porcentaje a cada actividad”

Ante la solicitud al área financiera de Salud Pública, que procediera a explicar cómo se establecían estos valores, la respuesta dada es que esto es determinado por el área Técnica, y el área Técnica mediante acta administrativa fiscal, también informó a este ente de control que correspondía a un parámetro definido por el área Financiera.

La Dirección de Salud Pública finalmente, presenta la Matriz de seguimiento al Proyecto 869 a la que se le han incorporado unos porcentajes que de acuerdo a la explicación dada, corresponden a un porcentaje del valor total del Chip de cada meta.

Se indago sobre la técnica o metodología para determinar dichos porcentajes, a lo que manifestaron que no existe procedimiento documentado al respecto.

Se solicita que se demuestre cómo se establece el monto de los recursos y cómo finalmente se determina el valor ejecutado y girado en la matriz 869 con respecto a la meta “*Canalizar efectivamente a servicios sociales y de salud al 100% de las personas en ejercicio de trabajo sexual, que participan en las acciones colectivas...*”, para lo cual se respondió que es por valor porcentual y con base en lo programado presupuestalmente en el proyecto de inversión inicial. A la fecha a esta contraloría no se le ha entregado el documento donde evidencie el mecanismo por el cual se establecen los valores.

Es así como esta Contraloría, evidencia una ruptura entre lo técnico y lo financiero.

Continuando con la precitada inquietud, se suscribió acta administrativa el 22 de Octubre/2014, con la Dirección de Planeación, donde se indago acerca de los porcentajes informando lo siguiente: “*Esa columna del porcentaje y del CHIP, no está estandarizada en el formato de seguimiento enviado y solicitado por planeación a todas las direcciones...*”; “*La Dirección de Planeación y Sistemas no tiene conocimiento de los porcentajes y esto no se solicitó a ninguna dirección*”.

2.3.7. Hallazgo Administrativo

La matriz programática no se desagrega ni se interrelaciona con las metas del proyecto 869, lo que no permite una evaluación cuantitativa ni cualitativa de las mismas frente a los recursos, evidenciándose una ruptura entre lo técnico y lo financiero.

La asignación de recursos para el cumplimiento de las metas del Proyecto 869, es realizada por la Dirección de Salud Pública sin fundamento metodológico ni

procedimental documentado, lo que no permite identificar cada actividad versus los recursos.

Lo anterior no permite evidenciar la utilización adecuada de los recursos frente al cumplimiento de las metas lo que no garantiza la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones definidas para el logro de la misión institucional, transgrediendo el artículo 2 literal b de la Ley 87 de 1993.

Como es sabido en la muestra objeto de esta auditoría, se seleccionaron metas que apuntan a la Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR); se solicitó información a la Dirección de Salud Pública al respecto donde manifiestan lo siguiente: *“Hay una política en construcción pero está en fase de formulación..., es una política de sexualidad, no reproductiva...”*. Las metas del proyecto 869 se definen *“...de acuerdo a un índice de desarrollo humano, se armonizan metas del nivel internacional como los objetivos de desarrollo del milenio y otras..., el plan nacional, hoy decenal de salud pública y las que se definen en el Plan de Desarrollo Distrital”*, las metas se relacionan a una política de la siguiente forma; *“Desde lo técnico se le asocian del plan territorial de salud, la SSR tiene varios componentes: los asociados a la reproducción como son los eventos maternos, gestación, parto y niño menor de 1 año, embarazo en adolescentes y de esto se generan eventos de morbi-mortalidad, desde la sexualidad se generan riesgos y daños como el riesgo de adquirir ITS, VIH-SIDA, transmisión vertical de la sífilis congénita, el CA de cérvix, el VPH. En el plan Decenal de Salud la salud sexual y reproductiva es una dimensión denominada “sexualidad y derechos sexuales y reproductivos”, dentro de la cual se identifican desafíos, como son embarazos en adolescentes, prevención de riesgos de VIH, CA de cérvix, deficiencia en accesibilidad, calidad, adherencia a programas de SSR, mortalidad materna y perinatal, lo anterior bajo un enfoque de derechos”*

Teniendo en cuenta la información suministrada por la Secretaria, que desde lo técnico las metas se asocian al Plan Territorial de Salud, se procedió a conocer el componente Territorial del proyecto 869, como parte del seguimiento realizado a los resultados obtenidos de las metas seleccionadas, para identificar la vinculación operativa tanto de las actividades, del talento humano y recursos financieros.

Se revisó el componente Territorial del proyecto, teniendo como muestra los 4 hospitales ya mencionados, partiendo de una matriz programática, proceso descrito a continuación.

Matriz Programática – Plan de Intervenciones Colectivas – Componente Técnico

La contratación y programación de las actividades de salud pública es realizada con base a los recursos y perfiles de talento humano establecidos en cumplimiento a los lineamientos técnicos del Plan de Intervenciones Colectivas.

Para ello, La Dirección de salud Pública ha establecido una matriz programática que ha presentado modificaciones con respecto a la programación del recurso

- Para la contratación de los recursos vigencia 2012 comprendida su ejecución de agosto de 2012 a febrero 2013, la metodología de programación de las actividades se sustenta básicamente en los perfiles de talento humano, el N° de personas contratadas para la vigencia, el valor por perfil y el número de meses de operación de esta primera etapa que correspondió a siete meses, estableciendo así los productos a cumplir, con la respectiva programación alterna que obedece a los diferentes procesos, subprocesos, ámbitos establecidos en los lineamientos técnicos y que se ajustan en los planes de acción de las respectivos hospitales. De esta manera, se identifica el valor total por equipo básico y el valor total por equipo integrado que junto a otras jornadas, se obtiene el valor del componente del Plan Territorial. Con los recursos del Plan Territorial, del Plan de Vigilancia en Salud Pública (VSP) y del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), se conforman los recursos del Proyecto 869.

El componente Territorial está constituido así:

- Los equipos básicos; identificados con el Chip 776, conformados por médicos, enfermeras y técnicos en salud pública dedicados a la planeación, gestión y operación en los territorios.
- Los equipos integrados; generalmente constituidos así:
 - Enfermeras y/o profesionales universitarios para el Desarrollo de la prioridad de Salud Infantil en territorios (Chip 768), Salud Sexual y Reproductiva (Chip 769), Prevención de Enfermedades Transmisibles y Zoonosis (Chip 771), prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en los territorios (Chip 772).
 - Odontólogos e Higienistas para el desarrollo de prioridades de salud oral en los territorios (Chip 770)
 - Fisioterapeutas o Terapeutas ocupacionales y fonoaudiología para la Implementación de la política distrital de prevención de la discapacidad (Chip 779) y para incrementar la prevalencia de actividad física en los territorios. (Chip 780)
 - Psicólogos para la Prioridad de Salud Mental y prevención de lesiones violentas evitables. (Chip 789)
 - Trabajo Social para la Intervención de personas en situación de desplazamiento. (Chip 668)
 - Ingeniero ambiental y/o profesional de Ciencias Ambientales para la Prioridad de Entornos Saludables en los territorios (Chip 774)
 - Nutricionista para la Implementación de la Prioridad de Seguridad Alimentaria y Nutricional. (Chip 773)
 - Digitadores, Técnico en sistemas, Profesionales especializados, Profesionales universitarios para apoyo a la gestión de políticas y programas SP y canalizaciones, Coordinación PIC, Coordinación VSP (Chip 776)
 - 778 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad de grupos de poblaciones especiales

- Técnico en Salud Ocupacional, Especialista en Salud Ocupacional para el desarrollo de la prioridad de seguridad en el trabajo y prevención de enfermedades de origen laboral en los territorios. (Chip 775)
- Para el periodo de ejecución de marzo a agosto con recursos de la vigencia 2013 y dando respuesta a la programación por territorios y familias, se observan las siguientes características de la matriz programática:
- La metodología de programación de las actividades se sustenta también en los perfiles de talento humano, el N° de personas contratadas para la vigencia, el valor por perfil, el número de meses de operación que en esta segunda etapa correspondió a seis meses, estableciendo los productos a realizar con una programación de unidades operativas que obedecen a los diferentes perfiles, a los lineamientos y tiempo en horas del talento humano para cada unidad de producto, N° de actividades requeridas para un proceso terminado, nivel de operación, unidades operativas, unidades de medida del producto; pueden ser sesiones de asesoría integral, jornadas colectivas, asesorías individuales, asistencia técnica, asesorías colectivas, valoraciones con identificación de riesgos y canalizaciones; análisis de condiciones, unidades de gestión mensual, entre otras, el tipo de horas; si el producto corresponde a Gestión, Planificación o es Operativa, Código Chip; Valor Unitario del Producto.
- El proceso, que determina si es de planificación y gestión integral de la Salud Pública en los territorios o si es de Respuesta a necesidades de la población en territorios.
- El subproceso o subprograma discrimina: Salud plena de la mujer, salud familiar, territorios saludables, creciendo saludables - juventud para la salud y la vida - adultez saludable y vejez humana e incluyente, planeación participativa, niñez creciendo saludable, ambiente para la salud y calidad de vida, espacio público para la salud y convivencia, planificación territorial, programática y operativa, entre otros.
- Ámbitos o líneas de acción; se identifican los ámbitos escolar, espacio público, servicios de salud colectiva, institucional, laboral, territorios ambientalmente saludables, familiar, comunitario, entre otros.
- Meta y Valor del recurso de la vigencia y reportes de ejecución.

De acuerdo a la descripción anterior de la matriz, se observa que ésta contiene variables ciertamente útiles y justificadas para la operación del talento humano en los territorios, no obstante no se evidencia la articulación de estas acciones con

las metas enmarcadas dentro del proyecto “Salud para el Buen Vivir” fin último del objeto de la ejecución de estas actividades.

Los hospitales de la muestra contrataron con la SDS-FFDS la operación del PIC mediante los contratos relacionados en el siguiente cuadro, cuya ejecución se realizó de agosto de 2012 a febrero de 2013, con recursos de la vigencia 2012 y de marzo a agosto de 2013 con recursos de la vigencia 2013.

En el cambio de una vigencia a la otra, fueron realizadas modificaciones a la matriz programática, por lo cual, a continuación se presentan los resultados de la ejecución de las metas y recursos que la Contraloría de Bogotá ha consolidado con base a la información obtenida de la ejecución de las matrices, distribuidos en los dos periodos de ejecución.

Cuadro 33
COMPONENTE TERRITORIAL HOSPITALES MUESTRA
PROGRAMADO Y EJECUTADO PERIODO AGOSTO 2012 – FEBRERO 2013

CODIGO CHIP	PERFIL	HOSPITAL VISTA HERMOSA				HOSPITAL SAN CRISTOBAL				HOSPITAL NAZARETH				HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE			
		No. TH	\$ Recursos Total	\$ Recursos Ejecutados	%	No. TH	\$ Total Recursos	\$ Recursos Ejecutados	%	No. TH	\$ Recursos Total	\$ Recursos Ejecutados	%	No. TH	\$ Recursos Total	\$ Recursos Ejecutados	%
776 Contratación del Plan de Intervenciones Colectivas para la gestión del Plan Territorial de Salud en el Distrito Capital.	MEDICO RURAL	5	331.315.140	56.875.770	17 %	13	\$861.419.364	\$353.402.784	41%	-	-	-	-	6	397.578.168	172.099.825	43%
	MEDICO	15	579.801.495	122.954.746	21 %	7	\$270.574.031	\$121.482.205	45%	4	190.947.988	190.947.988	100%	15	563.235.738	188.591.946	75%
	ENFERMERA RURAL	11	596.730.816	287.967.826	48 %	15	\$813.723.840	\$406.861.920	50%	-	-	-	-	15	813.723.840	406.861.920	50%
	ENFERMERA	9	284.803.344	185.800.275	65 %	6	\$183.087.864	\$101.715.480	56%	4	156.325.400	156.325.400	100%	6	176.306.832	118.863.958	67%
	TEC.NICO EN SALUD PUBLICA	120	1.449.966.000	1.235.604.063	85 %	120	\$1.449.966.000	\$1.449.966.000	100%	24	358.141.560	358.141.560	100%	122	1.463.775.200	1.285.032.566	88%
	Equipo Respuesta o Equipo básico	160	3.242.616.795	1.889.202.681	59 %	161	\$3.578.771.099	\$2.433.428.389	68%	32	705.414.948	705.414.948	100%	164	3.414.619.778	2.171.450.215	64%
768, 769, 771, 772, 770, 779, 780, 768, 776, 778, 774, 773, 775	complementario o equipo integrado	119	2.001.714.266	1.741.654.939	87 %	113	\$1.954.224.883	1.882.942.583	96%	27	579.330.327	585.778.526	101%	139	2.229.362.992	1.658.747.633	74%
Total Equipos Territorios		279	5.244.331.061	3.630.857.620	70 %	274	\$2.269.167.984	\$2.001.409.104	88%	59	1.284.745.275	1.292.193.474	101%	303	5.643.982.770	3.830.197.848	68%
Total Territorios con equipos + jornadas y proyectos especiales) del proyecto 869		279	5.498.769.227	3.678.798.849	67 %	274	\$5.847.939.083	\$4.434.837.493	76%	59	1.295.784.585	1.302.232.786	101%	303	6.486.358.761	3.952.531.182	61%

Fuente: Matriz programática y de ejecución periodo agosto 2012 – febrero 2013 suministrada por la Dirección de Salud Pública

Hospital San Cristóbal – ESE contrato 1030 de 2012 Recursos vigencia 2012

Para el periodo comprendido entre agosto de 2012 y febrero de 2013 el Hospital San Cristóbal contrató la ejecución del componente territorial del proyecto 869 por un valor total de \$5.847.939.083 para ejecutarse en 7 meses con un equipo de trabajo de 274 personas, de acuerdo con la matriz de contratación. Aunado a los

recursos de Vigilancia en Salud Pública \$890.659.194 y PAI \$591.620.069 se estableció el presupuesto del proyecto 869 para este periodo por un monto de \$7.330.218.346, el cual obtuvo un resultado de \$5.943.262.428 para un porcentaje de ejecución del 81%

Como se observa en el cuadro, este componente territorial, se subdivide en equipos básicos que se ubican en los microterritorios, para lo cual contrataron un total de 161 personas (7 médicos, 13 médicos rurales, 6 enfermeras, 15 enfermeras rurales y 120 técnicos en salud pública) cuya labor corresponde a la planeación, gestión y operación del Plan Territorial, contratado por \$3.578.771.099. De este monto, se ejecutó \$2.433.428.389 de acuerdo con lo relacionado en la malla programática, para un porcentaje de ejecución de los recursos del 68%, identificados con el Chip 776.

Se observan inconsistencias en la programación de los recursos, al encontrar por ejemplo, en el caso de los rurales de medicina y enfermería del equipo básico se asignaron recursos para 12 meses en un periodo de 7 meses.

Se evidencia muy baja participación de los médicos y enfermeras del equipo con respecto a lo programado para estos perfiles, alcanzando porcentajes de ejecución que oscilan entre 41% y 56%

Por otra parte, para conformar el equipo complementario que se distribuyen en los territorios, contrataron 113 profesionales, que programado junto a las jornadas por valor de \$2.269.167.984, se ejecutó un monto de \$2.001.409.104 alcanzando un porcentaje de ejecución del 88%. Los recursos de este equipo lo conforman los siguientes Chip: 768, 769, 771, 772, 770, 779, 789, 668, 776, 778, 774, 773, 775.

Hospital Vista Hermosa ESE contrato 1032 de 2012 Recursos vigencia 2012

Para el periodo comprendido entre agosto de 2012 y febrero de 2013 el Hospital contrató la ejecución del componente territorial del proyecto 869 por un valor total de \$5.498.769.227 para ejecutar en 7 meses con equipos ERI y ERC, de acuerdo con la matriz de contratación. Aunado a los recursos de Vigilancia en Salud Pública \$988.464.916 y PAI \$650.218.501 se establece el presupuesto para la vigencia agosto 2012 a febrero 2013 por un monto total del proyecto 869 de \$7.137.452.644.

Como se observa en el cuadro anterior, 160 personas fueron contratadas por la SDS para conformar el equipo básico (7 médicos, 7 médicos rurales, 7 enfermeras, 12 enfermeras rurales y 120 técnicos en salud pública.) cuya labor corresponde a la planeación, gestión y operación del Plan Territorial, contratado por \$3.242.616.795. De este monto, se ejecutó \$1.889.202.681 de acuerdo con lo

relacionado en la malla programática de ejecución, para un porcentaje de ejecución de 59%, los recursos de este equipo se identifican con el Chip 776. Es crítica la participación del perfil médico rural y médico, llegando a alcanzar un porcentaje de ejecución muy bajo, de 17 y 21% respectivamente, con respecto a lo programado, para este periodo de agosto a febrero.

Se observan inconsistencias en la programación de los recursos, al encontrar por ejemplo, en el caso de los rurales de medicina y enfermería del equipo básico se asignaron recursos para 12 meses en un periodo de 7 meses.

Del equipo complementario, formado por 119 profesionales, contratado por un monto de 2.001.714.266, se ejecutó \$1.741.654.939, alcanzando un porcentaje de ejecución del 87%. Los recursos de este equipo lo conforman los siguientes Chip: 768, 769, 771, 772, 770, 779, 789, 668, 776, 778, 774, 773, 775.

Hospital Nazareth ESE contrato 1033 de 2012 Recursos vigencia 2012

Para el periodo comprendido entre agosto de 2012 y diciembre de 2013 el Hospital Nazareth contrata con la SDS-FFDS la ejecución del componente territorial del proyecto 869 por un valor total de \$1.295.784.585 para ejecutar en 7 meses con un equipo de trabajo de 59 personas, de acuerdo con la matriz de contratación. Con los recursos de Vigilancia en Salud Pública \$313.940.015 y PAI \$85.612.929 se establece el presupuesto para la vigencia agosto 2012 a febrero 2013 por un monto total del proyecto 869 de \$1.695.337.529, del cual fue ejecutado \$1.699.911.011 para un total de ejecución del proyecto en esta vigencia del 100%.

Como se observa en el cuadro, 32 personas fueron contratadas por la SDS para conformar el equipo básico (4 médicos, 4 enfermeras y 24 técnicos en salud pública) cuya labor corresponde a la planeación, gestión y operación del Plan Territorial, contratado por \$705.414.948. De este monto, se ejecutó \$705.414.948 de acuerdo con lo relacionado en la malla programática de ejecución, para un porcentaje de ejecución de los recursos del 100%. Los recursos de este equipo se identifican con el Chip 776.

Del equipo complementario, contratado por 27 profesionales, por valor de \$579.330.327, se ejecutó un monto de \$ 585.778.526 alcanzando una sobre ejecución del 101%. Los recursos de este equipo lo conforman los siguientes Chip: 768, 769, 771, 772, 770, 779, 789, 668, 776, 778, 774, 773, 775.

Estos equipos en conjunto con las jornadas y proyectos especiales constituyen el componente territorial que fue programado por valor de \$1.287.745.275 y sobre ejecutado por un monto de \$1.302.232.784, con un porcentaje de ejecución del 101%

Hospital Rafael Uribe Uribe contrato 1034 de 2012 Recursos vigencia 2012

Para el periodo comprendido entre agosto de 2012 y diciembre de 2013 el Hospital Rafael Uribe Uribe contrata con la SDS-FFDS la ejecución del componente territorial del proyecto 869 por un valor total de \$6.486.358.761 para ejecutar en 7 meses con un equipo de trabajo de 303 personas, de acuerdo con la matriz de contratación. Con los recursos de Vigilancia en Salud Pública \$1.283.076.592 y PAI \$847.059.295 se establece el presupuesto para la vigencia agosto 2012 a febrero 2013 por un monto total del proyecto 869 de \$8.616.494.648, que obtuvo ejecución por monto de \$5.805.836.829 para un porcentaje del 67%

Como se observa en el cuadro, 164 personas fueron contratadas por la SDS para conformar el equipo básico (15 médicos, 6 médicos rurales, 6 enfermeras, 15 enfermeras rurales y 122 técnicos en salud pública) cuya labor corresponde a la planeación, gestión y operación del Plan Territorial, contratado por \$3.414.619.778. De este monto, se ejecutó \$2.171.450.215 de acuerdo con lo relacionado en la malla programática de ejecución, para un porcentaje de ejecución de los recursos del 64%. Los recursos de este equipo se identifican con el Chip 776. Se obtuvo una baja ejecución del 43% con respecto al perfil médico rural de acuerdo a lo programado.

Del equipo complementario, contratado por 139 profesionales, por valor de \$2.229.362.992, se ejecutó un monto de \$1.658.747.633 alcanzando una ejecución del 74%. Los recursos de este equipo lo conforman los siguientes Chip: 768, 769, 771, 772, 770, 779, 789, 668, 776, 778, 774, 773, 775.

Estos equipos en conjunto con las jornadas y proyectos especiales constituyen el componente territorial que fue programado por valor de \$6.486.358.761 y fue ejecutado por un monto de \$3.952.531.182, con un porcentaje de ejecución del 61%, como se puede observar en el siguiente cuadro. Sin embargo, las metas programadas y ejecutadas de unidades programáticas con son concordantes con este resultado.

Cuadro 34
CONSOLIDADO EJECUCION DE METAS Y RECURSOS HOSPITALES
COMPONENTE TERRITORIAL PERIODO AGOSTO DE 2012 A AGOSTO DE 2013

HOSPITAL	Vigencia	meta programada de unidades operativas	meta ejecutada de unidades operativas	%	valor programado	valor ejecutado	%	
SAN CRISTOBAL	Vigencia agosto de 2012 a febrero de 2013 Territorios	No se relaciona en la matriz programática	1.099	-	5.847.939.085	4.434.837.493	76%	
	Vigencia marzo a agosto de 2013 Territorios	108606	92063	85%	5453844915	6171847606	100%	
	Valor total contrato agosto de 2012 a agosto de 2013 Componente Territorial					11301784000	11301784000	94%
	Valor total contrato agosto de 2012 a agosto de 2013 VSP					1.944.064.959	1.944.064.986	100%

HOSPITAL	Vigencia	meta programada de unidades operativas	meta ejecutada de unidades operativas	%	valor programado	valor ejecutado	%	
	Valor total contrato agosto de 2012 a agosto de 2013 PAI					1.200.544.139	1.226.689.771	102%
	Valor total contrato 1030 agosto de 2012 a agosto de 2013 Proyecto 869					14.446.393.098	13.777.439.858	95%
VISTA HERMOSA	Vigencia agosto de 2012 a febrero de 2013 componente territorial	Inconsistencias	Inconsistencias	Sin definir	5.498.769.227	3.678.798.849	67%	
	Vigencia marzo a agosto de 2013 componente territorial	279.733,00	109.109	39%	13.038.454.915	7.744.163.447	59%	
					13.688.865.102	7.538.374.204	55%	
	Valor total contrato agosto de 2012 a agosto de 2013 Componente Territorial					18.537.224.142	11.422.962.296	62%
	Valor total contrato agosto de 2012 a agosto de 2013 VSP					2.224.518.460	2.084.780.361	94%
	Valor total contrato agosto de 2012 a agosto de 2013 PAI					1.380.375.286	1.283.226.065	93%
	Valor total contrato 1032 agosto de 2012 a agosto de 2013 Proyecto 869					22.142.117.888	14.790.968.722	67%
NAZARETH	Vigencia agosto de 2012 a febrero de 2013	Inconsistencias	Inconsistencias	Sin definir	\$1.295.784.585	\$1.302.232.784	101%	
	Vigencia marzo a agosto de 2013	4.897	4.513	92%	\$1.126.438.896	\$1.222.449.046	119%	
	Valor total contrato agosto de 2012 a agosto de 2013 Componente Territorial					\$2.422.223.481	\$2.524.681.832	104%
	Valor total contrato agosto de 2012 a agosto de 2013 VSP					\$677.888.668	\$689.454.804	102%
	Valor total contrato agosto de 2012 a agosto de 2013 PAI					\$167.452.250	\$167.452.249	100%
	Valor total contrato 1033 agosto de 2012 a agosto de 2013 Proyecto 869					\$3.267.564.399	\$3.381.588.885	100%
RAFAEL URIBE	Vigencia agosto de 2012 a febrero de 2013	1.969	1.529	78%	6.486.358.761	3.952.531.182	61%	
	Vigencia marzo a agosto de 2013	184.695	104.601	57%	6.112.743.434	6.155.546.713	101%	
	Valor total contrato agosto de 2012 a agosto de 2013 Componente Territorial					12.599.102.195	10.108.077.895	80%
	Valor total contrato agosto de 2012 a agosto de 2013 VSP					2.458.449.242	3.359.649.068	136%
	Valor total contrato agosto de 2012 a agosto de 2013 PAI					1.495.694.728	2.309.988.515	154%
	Valor total contrato 1034 agosto de 2012 a agosto de 2013 Proyecto 869					16.553.246.165	19.730.246.660	119%

Fuente: Matrices Programática y de ejecución vigencia agosto de 2012 - agosto de 2013 suministrada por la Dirección de Salud Pública

Hospital San Cristóbal – ESE contrato 1030 de 2012 Segundo periodo recursos vigencia 2013

Para el periodo comprendido entre marzo y agosto de 2013 el Hospital contrató la ejecución del componente territorial del proyecto 869 por un valor total de \$5.453.844.915 para ejecutarse en 6 meses con equipos ERI y ERC, que aunado a los recursos de Vigilancia en Salud Pública \$1.053.405.765 y PAI \$608.924.070 se estableció el presupuesto del proyecto 869 para este periodo por un monto de \$7.116.174.750, el cual obtuvo un resultado de \$7.834.177.430 para un porcentaje de sobre ejecución del 110%

En el cuadro anterior, se presenta un consolidado del total de las metas programadas de unidades operativas en los dos periodos del contrato 1030 de 2012 de manera comparativa con las unidades programadas y ejecutadas. Para el primer periodo, se observa que el hospital no diligencia los datos correspondientes

a las metas programadas, lo que no permite establecer un porcentaje de ejecución Vs una programación.

Para este periodo se observa una baja ejecución promedio del 36%, lo cual no es compatible con una ejecución de recursos del mismo periodo de 69% lo que genera incertidumbre en la veracidad de la información.

Del total del Componente Territorial programado por \$11.301.784.000, fueron ejecutados recursos por \$10.606.685.099 que equivale a un 94% de ejecución, como se puede observar en el cuadro anterior.

La contratación del proyecto 869 por un monto total del contrato 1030 de 2012 por valor de \$14.446.393.098, obtuvo una ejecución de recursos por \$13.777.439.858, para un porcentaje de ejecución del 95%.

Hospital Vista Hermosa ESE contrato 1032 de 2012 Segundo periodo recursos vigencia 2013

El Hospital Vista Hermosa contrata con la SDS-FFDS la ejecución del componente territorial del proyecto 869 por un valor total de \$13.038.454.915 ejecutado en 6 meses con equipos ERI y ERC, alcanzando una ejecución de \$7.744.163.447, que representa el 59%, como se puede observar en el cuadro anterior. Sin embargo, también se presentan inconsistencias en los datos reportados en el presupuesto asignado y en la facturación con la matriz programática y de ejecución, como se pueden observar en el cuadro, reportándose un valor programado y una ejecución mayor, para un porcentaje del 55%. Por otra parte, no es compatible con una ejecución de recursos del mismo periodo de 55 o 59% (inconsistencias) que la ejecución de las metas haya alcanzado tan solo el 39%, lo que genera incertidumbre en la veracidad de la información.

A su vez, se presentan inconsistencias en la programación y ejecución de las metas por parte del hospital en este periodo, en donde cada unidad operativa, conformada por un N° de talento humano por perfil y el tiempo de ejecución establecido debe ser igual a 1, encontrándose tantas diferencias entre las múltiples unidades programáticas, que se genera incertidumbre de los resultados.

Con los recursos del componente Territorial, de este segundo periodo, aunados a los de Vigilancia en Salud Publica para el mismo periodo por \$1.236.053.544 y PAI por \$730.156.785 se establece el presupuesto para la vigencia marzo a agosto de 2013 por un monto total del proyecto 869 de \$15.004.665.244. De este total se ejecutaron recursos por un monto de \$9.576.895.138, obteniendo el 64% de ejecución.

Finalmente, del total del Componente Territorial de la vigencia total del contrato agosto de 2012 a febrero de 2013, conformado por los recursos del equipo territorial, jornadas y proyectos especiales, programado por \$18.537.224.142 fueron ejecutados recursos por \$11.422.962.296 que corresponde a un 62% de ejecución, como se puede observar en el cuadro anterior.

La contratación del proyecto 869 por un monto total del contrato 1032 de 2012 por valor de 22.142.117.888, obtuvo una ejecución de recursos por 14.790.968.722, para un porcentaje de ejecución del 67% por no disponer del total de talento humano contratado.

Hospital Nazareth ESE contrato 1033 de 2012 Segundo periodo recursos vigencia 2013

Para el periodo comprendido entre marzo y agosto de 2013 el Hospital contrata con la SDS-FFDS la ejecución del componente territorial del proyecto 869 por un valor total de \$1.126.438.896 para ejecutar en 6 meses con equipos ERI y ERC, de acuerdo con la matriz de contratación. Con los recursos de Vigilancia en Salud Publica para el mismo periodo por \$363.948.653 y PAI por \$81.839.321 se establece el presupuesto para la vigencia agosto 2012 a febrero 2013 por un monto total del proyecto 869 de \$1.572.226.870, del cual fue ejecutado \$1.681.677.874 para un total de sobre ejecución del proyecto en esta vigencia del 107%.

Para la segunda vigencia del contrato, el componente territorial programado por \$1.126.438.896 y ejecutado por \$1.222.449.046 en 6 meses con equipos ERI y ERC, obtuvo un porcentaje de sobre ejecución de 119%.

Se presentan inconsistencias en la programación y ejecución de las metas por parte del hospital en este periodo, lo que genera incertidumbre en la veracidad de la información.

Para el periodo completo de ejecución del contrato 1033 de 2012, entre agosto de 2012 y agosto de 2013, se programaron recursos del proyecto 869 por un monto total de \$3.267.564.399, siendo facturado un monto de \$3.381.588.885, para una sobre ejecución del 104%

Se observa sobrefacturación en todos los componentes del proyecto 869 durante toda la ejecución del contrato 1033 de 2012, de acuerdo con la información contenida en la matriz.

Hospital Rafael Uribe Uribe contrato 1034 de 2012 Segundo periodo recursos vigencia 2013

Para la segunda vigencia del contrato, el componente territorial programado por \$6.112,743.434 y ejecutado por \$6.155.546.713 en 6 meses con equipos ERI y ERC, obtuvo un porcentaje de ejecución de 101%. No es compatible con una ejecución de recursos de 101% que la ejecución en las metas haya alcanzado tan solo el 57%.

Para el periodo comprendido entre marzo y agosto de 2013 el Hospital contrata con la SDS-FFDS la ejecución del componente territorial del proyecto 869 por un valor total de \$6.112.743.434 para ejecutar en 6 meses con equipos ERI y ERC, de acuerdo con la matriz de contratación. Con los recursos de Vigilancia en Salud Publica para el mismo periodo por \$1.175.372.650 y PAI por \$648.635.433 se establece el presupuesto para la vigencia agosto 2012 a febrero 2013 por un monto total del proyecto 869 de \$7.936.751.517, que obtuvo ejecución por monto de \$13.924.409.831 para un porcentaje del sobre ejecución del 175%

Se presentan inconsistencias en la programación y ejecución de las metas, lo que genera incertidumbre en la veracidad de la información.

Para el periodo completo de ejecución del contrato 1034 de 2012, entre agosto de 2012 y agosto de 2013, se programaron recursos del proyecto 869 por un monto total de \$16.553.246.165 y fueron ejecutados por valor de \$19.730.246.660 para un promedio de sobre ejecución del 119%, que se presenta con base a los componentes de VSP y PAI.

2.3.8. Hallazgo Administrativo

En la ejecución de las matrices programáticas de la vigencia agosto de 2012 a agosto de 2013, con base en la muestra evaluada, se pudo observar:

- Se presentan diferencias con respecto al diligenciamiento y seguimiento en la ejecución de las metas de esta matriz entre los diferentes hospitales, a pesar de estar estandarizado un formato de programación y de seguimiento a la ejecución por parte de la Secretaria.
- No se documentan ni cuantifican los resultados por unidades operativas de la respectiva matriz para el debido conocimiento, seguimiento y análisis de la gestión y los resultados

Lo anterior evidencia falta de control y no garantiza la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; ni asegura la oportunidad y confiabilidad

de la información y de sus registros. Incumpliendo los literales a, d, e y f del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Cuadro 35
CONSOLIDADO DEL TALENTO HUMANO DE LOS EQUIPOS ERI
PROGRAMADO POR HOSPITALES PERIODO AGOSTO DE 2012 A AGOSTO DE 2013

HOSPITALES DE LA MUESTRA	TERRITORIO	MICROTERRITORIOS	LINEAMIENTO DOCUMENTO MARCO "MODELO HUMANO DE ATENCION EN SALUD EN BOGOTA"			Talento humano contratado ago12/ feb13	%	Talento humano contratado mar-ago13	%
			ERI	PERFIL	No. TH				
VISTA HERMOSA CONTRATO 1030 DE 2012	12	144	144	MEDICO RURAL - ERI	144	5	21%	1	39%
				MEDICINA ERI		15		55	
				ENFERMERA RURAL - ERI	144	11	14%	10	38%
				ENFERMERIA ERI		9		45	
TEC.NICO EN SALUD PUBLICA	288	120	42%	336	117%				
NAZARETH CONTRATO 1033 DE 2012	1	4	4	MEDICO RURAL - ERI		-		2	50%
				MEDICINA ERI	4	4	100%	-	
				ENFERMERA RURAL - ERI		-		2	50%
				ENFERMERIA ERI	4	4	100%	-	
TEC.NICO EN SALUD PUBLICA	8	24	300%	8	300%				
RAFAEL URIBE URIBE CONTRATO 1034 DE 2012	6	63	63	MEDICO RURAL - ERI	63	6	33%	6	35%
				MEDICINA ERI		15		16	
				ENFERMERA RURAL - ERI	63	15	33%	15	38%
				ENFERMERIA ERI		6		9	
TEC.NICO EN SALUD PUBLICA	126	122	97%	144	114%				
SAN CRISTOBAL CONTRATO	5	61	61	MEDICO RURAL - ERI	61	13	33%	12	50%
				MEDICINA ERI		7		18	
				ENFERMERA RURAL - ERI	61	15	34%	10	41%
				ENFERMERIA ERI		6		15	
TEC.NICO EN SALUD PUBLICA	122	120	98%	122	100%				

Fuente: Elaborado por equipo auditor con base a información suministrada por la Dirección de Salud Pública - "MODELO HUMANO DE ATENCION EN SALUD EN BOGOTA", y Matrices Programáticas y de ejecución vigencia agosto de 2012 - agosto de 2013 suministrada por la Dirección de Salud Pública

2.3.9. Hallazgo Administrativo

De conformidad con la información reportada por la SDS se establece que los hospitales deben contar con un equipo ERI por cada microterritorio.

En el cuadro anterior se puede observar que a través de los hospitales de la muestra no se contrató el talento humano requerido para dar cumplimiento a estos lineamientos, encontrando porcentajes de cumplimiento para el perfil médico que oscilan entre 21% y máximo 50% y para el perfil de enfermera entre el 14% y el 50%.

A esta situación, se aúna el gran porcentaje de subejecución de estos equipos, que ha sido evidenciado en los cuadros anteriores, lo que cuestiona cómo se está llevando a cabo esta labor primordial de los equipos de respuesta inmediata quienes son el eje central que operativiza el programa a través de los territorios, generando incertidumbre sobre los resultados obtenidos del programa, teniendo en cuenta que la SDS ha reportado casi en su totalidad el cumplimiento de los indicadores, sin contar con el número de equipos programado. Por lo anterior, surge el interrogante sobre el proceso de planeación llevado a cabo para programar recursos y por consiguiente las metas, en contravención de lo establecido en el literal e del artículo 2 de la ley 87 de 1993.

3. ANEXOS

3.1. CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR \$	REFERENCIACION				
			2.1.1	2.1.2	2.2.1	2.2.2	
1. ADMINISTRATIVOS	17		2.2.3	2.2.4	2.2.5	2.2.6	
			2.3.1	2.3.2	2.3.3	2.3.4	
			2.3.5	2.3.6	2.3.7	2.3.8	
			2.3.9				
			2.2.1	2.2.3	2.3.2		
2. DISCIPLINARIOS	3						
3. PENALES	0						
4. FISCALES	1	\$2.571.100.000	2.2.3				
<ul style="list-style-type: none"> Incumplimiento de las obligaciones de la firma interventora (UDEA) 		\$2.571.100.000					