

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

HOSPITAL DEL SUR - I NIVEL E.S.E.

VIGENCIA AUDITADA 2001

DIRECCIÓN TÉCNICA SECTOR SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

NOVIEMBRE 2002

AUDITORIA INTEGRAL AL HOSPITAL DEL SUR - I NIVEL E.S.E.

Contralor de Bogotá	Juan Antonio Nieto Escalante
Contralor Auxiliar	Miguel Angel Morales Russi
Directora Sectorial	Nancy Patricia Gómez Martínez
Subdirectora de Fiscalización	María Teresa Trujillo Tovar
Subdirectora de Análisis Sectorial	Olga Lucía Jiménez O.
Asesor Jurídico	Ricardo Rodríguez Gamma
Responsable Subsectorial	Fabio Borbón Chaparro
Equipo Auditoría	Oscar Emerio Sánchez Valenzuela Líder Myriam León Mayorga Gladys Villate Monroy Gerlein Adán Beltrán Delgado

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	
1.	ANÁLISIS SECTORIAL 5
2.	HECHOS RELEVANTES EN EL PERIODO AUDITADO 27
3.	DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL MODALIDAD REGULAR. 30
4.	RESULTADO DE LA AUDITORIA. 39
4.1.	EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO. 40
4.2.	EVALUACIÓN A LOS ESTADOS CONTABLES. 45
4.3.	EVALUACIÓN PRESUPUESTAL. 57
4.4.	EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN. 60
4.5.	EVALUACIÓN AL PLAN DE ACCIÓN. 71
	ANEXOS 88

INTRODUCCIÓN

La Contraloría de Bogotá, D. C., en desarrollo de su función constitucional y legal y en cumplimiento del Plan de Auditoría Distrital, adelantó el Programa de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral – Modalidad Regular, al Hospital del Sur, I Nivel, E. S. E.

El presente informe contiene el resultado de la evaluación de la gestión de la vigencia 2001, sobre los Estados Contables, Plan de Desarrollo, Contratación, Ejecución y Cierre Presupuestal, Balance Social y Evaluación al Sistema de Control Interno mediante la realización de pruebas selectivas y en consideración a su representatividad o importancia estratégica.

Los hallazgos determinados en desarrollo del proceso auditor fueron debidamente comunicados a la administración conforme a los parámetros establecidos, y sus respuestas fueron analizadas y evaluadas. Igualmente con radicación No. 016058 del 15 de Noviembre de 2002, la administración del Hospital del Sur recibió el Informe preliminar del Programa de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral sobre el examen a la cuenta anual de 2001 y allí quedó consignado el deber de la administración de dar respuesta para dentro de los tres (3) días hábiles siguientes; periodo dentro del cual, la Gerente del Hospital del Sur mediante comunicación No. 11606 del 22 de Noviembre de 2002, dio respuesta; la cual fue radicada con el No. 15895 de la misma fecha, respuesta esta, que se incorpora dentro del cuerpo del presente informe. Los hallazgos contenidos en el presente informe deberán ser objeto de incorporación el Plan de Mejoramiento, al cual este ente fiscalizador le efectuará seguimiento.

Dada la importancia que el Hospital del Sur tiene para el Sector Salud en el Distrito Capital, la Contraloría de Bogotá, D. C., espera que este informe contribuya a su mejoramiento continuo y con ello a una eficiente administración de los recursos públicos, lo cual redundará en el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos.

1. ANÁLISIS SECTORIAL

~~229~~ 229

PRESENTACION

El presente capítulo es el resultado del análisis sectorial, el cual fue enfocado hacia la gestión de las Empresas Sociales del Estado en los procesos de participación social y gestión en algunas actividades del Plan de Atención Básica, especialmente el Programa Ampliado de Inmunizaciones, por ser este de vital importancia y alta efectividad en salud pública.

Así mismo incluye el análisis sobre el desarrollo de las instituciones después del proceso de fusión, contemplando indicadores que permiten observar la situación financiera de las entidades a lo largo de dicho proceso, así como los niveles de ahorro alcanzados en el proceso de fusión y el impacto en la producción de servicios de salud.

1. ANÁLISIS SECTORIAL

La Región de América Latina ha atravesado en los últimos años por múltiples transformaciones en estrecha relación con el proceso de globalización. Las reformas del Estado y de los diferentes sectores que conforman los gobiernos, han generado la revisión de antiguas modalidades que aborden las problemáticas locales. Es así como, claramente se observa en diferentes países, que los gobiernos no son el único actor en materias sociales, políticas, económicas y culturales que posteriormente se traducen en políticas y/o programas públicos. Las organizaciones ciudadanas están cada vez más cerca de los procesos de toma de decisiones, tanto a nivel nacional como internacional.

En junio de 1997, en Porto Alegre (Brasil), los ciudadanos estaban discutiendo las prioridades para su presupuesto municipal, tal como llevaban haciendo hacía ya varios años. En junio concretamente se estaban celebrando 21 asambleas plenarias, 16 de base territorial y 5 sectorial, abiertas a todo el mundo y encargadas de fijar las prioridades presupuestarias que luego serían trasladadas al gobierno municipal y negociadas entre los representantes de las distintas asambleas. Los habitantes del Distrito Centro, con mayor presencia de clases medias, decidieron priorizar para aquel año las políticas de vivienda y las culturales, mientras el popular distrito de Lomba Pinheiro asignó la máxima prioridad a políticas sanitarias y de saneamiento básico.

En el municipio El Bosque (Chile), surgió desde la misma comunidad una necesidad urgente de defender el sistema de salud público profundamente deteriorado. La participación se inició con un encuentro comunal de salud, en el que la comunidad organizada convocó a las instancias estatales y sociales a discutir, analizar y elaborar un diagnóstico de la realidad comunal, dentro del cual se abordó el tema de la salud. Se organizó con la ayuda y la participación de las municipalidades, de ONG, del Ministerio y el Servicio de Salud Área Sur. En esta ocasión, se logró negociar con el Ministerio de Salud un plan de salud para la comuna.

La existencia de experiencias tan diversas en lugares tan alejados cultural y políticamente como los citados, dejan ver la importancia de los esfuerzos de las personas en organizaciones de la sociedad civil para resolver problemas colectivos o influir en la deliberación de estos asuntos.

De igual forma, la discusión sobre participación en las políticas públicas de salud, se ha dado desde 1978, cuando la conferencia internacional sobre Atención

Primaria a la salud (APS) de Alma Ata¹ concedió especial importancia a la participación comunitaria como una estrategia de atención primaria y como fundamento para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

Posteriormente, en diferentes escenarios mundiales ha sido reconocido el papel de la sociedad en las políticas de salud. En el debate sobre “Los sistemas de Salud y la Equidad en el Nuevo Milenio”², se declaró el reto de los sistemas de salud para el siglo XXI en Ibero América, orientado a alcanzar y mejorar el acceso, participación social y fiscalización ciudadana sobre la calidad, oportunidad y alcances de los servicios. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud trabaja actualmente en el desarrollo de planes de acción multi-ciudades para los temas prioritarios globales; incluidos SIDA, saneamiento, envejecimiento y salud, salud en las mujeres; fortaleciéndolos a un alto nivel en participación comunitaria.

En Colombia, la participación de la comunidad en el desarrollo del sector salud ha estado presente desde 1970 como una necesidad del sistema, una intención de los legisladores o como la acción de los ciudadanos y las comunidades organizadas que espontáneamente o al amparo de la legislación han intervenido en el desarrollo de políticas, programas y proyectos del sistema de salud colombiano³.

En Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud ha buscado la participación de la comunidad en salud desde 1976, en concordancia con las normas nacionales en la materia. En 1981 se expidió la Resolución de creación de los comités de salud en todos los hospitales de primer nivel de atención, centros y puestos de salud, llegándose a conformar ochenta y cinco comités. Algunos de ellos lograron una excelente movilización de recursos comunitarios para mejorar los servicios de

¹ Efectuada en septiembre de 1978, también se estableció que para el logro de mejores condiciones de salud se requiere la intervención de diferentes sectores sociales y económicos; se planteó que la promoción y protección de la salud es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido; y que la población tiene derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de programas de salud.

² Declaración Final de los Ministros y Ministras de salud de Ibero América reunidos en la Habana, Cuba, en Octubre de 2001.

³ Los Decretos 056 de 1975, ordena que en las juntas asesoras seccionales y regionales haya un representante de la comunidad y el 350 del mismo año, ordena la creación de los comités comunitarios de salud, rurales y urbanos, en las unidades regionales y locales, es decir, en hospitales, centros y puestos de salud del país. Estos comités tenían la misión de colaborar en el desarrollo de programas de salud y mejoramiento de la infraestructura hospitalaria y fueron considerados como una forma primaria de participación comunitaria en salud, donde se organizaron y funcionaron en la mayoría de organismos de salud del país.

De otra parte, el decreto 1216 de 1989 crea los comités de participación comunitaria en puestos, centros de salud y hospitales y reguló la participación de la comunidad en el cuidado de su salud.

Con la expedición de la Ley 10 de 1990, se da una nueva dimensión a la participación comunitaria: se pasa de la *colaboración* a la posibilidad de *intervenir en la toma de decisiones* en los hospitales, hoy empresas sociales del estado, ESE. De otra parte con la expedición de la Ley 100 de 1993 y su Decreto reglamentario 1757³ de 1994, se abren nuevas perspectivas a la participación comunitaria en salud, dado que se convierte en *principio rector* del sistema general de seguridad social en salud y del sistema de seguridad social en su conjunto. Aparecen nuevos espacios y mecanismos que facilitan la participación ciudadana y comunitaria en el sistema. De otra parte los comités de participación comunitaria – Copaco, trabajan localmente y se orientan a la planeación participativa, la promoción de la salud y el desarrollo local.

salud mediante la creación y puesta en funcionamiento de boticas y laboratorios comunitarios y el mejoramiento de la infraestructura de los organismos de salud⁴.

Actualmente, existen en Bogotá dieciocho Copaco 5, veintidós asociaciones de usuarios de Empresas Sociales del Estado (ESE), once asociaciones de usuarios de Administradoras de Régimen Subsidiado, veintidós comités de ética hospitalaria⁶ y un número impreciso de mecanismos no formales de participación social que se han ido organizando en las diferentes localidades por iniciativa de las comunidades, especialmente en torno a programas de promoción y prevención.

Es así como, durante el año 2001, la gestión en el fortalecimiento de los procesos de Participación Comunitaria de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la Secretaría Distrital de Salud fue aceptable; sin embargo, debe reconocerse que puede ser mejorada; situación observada en tres líneas de acción para la intervención⁷, las cuales son ejes articuladores de los procesos, procedimientos y proyectos de participación social:

1. LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL PROCESO DE PLANEACIÓN

En Bogotá, con la expedición del Decreto 739 de 1998⁸ se crearon nuevos espacios, mecanismos y estrategias de participación, y se logró la consecución de recursos locales para fortalecer programas y proyectos sectoriales. Así mismo, el acuerdo 13 de 2000⁹ ratifica *los encuentros ciudadanos*¹⁰, como estrategia de participación social en los procesos locales de planeación.

⁴ Secretaría Distrital de Salud. Oficina de Participación Social.

⁵ Algunos Copaco de Bogotá tienen su representante en las juntas directivas de las ESE, en virtud del derecho que les otorga el decreto 1757, cuando no se cuenta con representantes de los gremios de la producción y por la fusión de las ESE, acuerdo 11 de 2000, mediante el cual se aumentó el número de miembros que integran las juntas de estos organismos.

⁶ Los comités de ética hospitalaria deben impulsar programas de Promoción y Prevención en el cuidado de la salud individual, familiar, ambiental y los dirigidos a construir una cultura del servidor público; deben divulgar entre los funcionarios y la comunidad usuaria de servicios los derechos y deberes en forma ágil y oportuna, proponer las medidas que mejoren la calidad técnica y humana de los servicios de salud preservando su menor costo y vigilando el cumplimiento de dichas medidas; deben atender y canalizar las veedurías teniendo en cuenta su calidad en la prestación de los servicios de salud; atender y canalizar las inquietudes y demandas sobre prestación de servicios de la respectiva institución.

⁷ Las líneas de acción para la intervención son: Participación de la comunidad en el proceso de planeación, Participación de la comunidad en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, Participación de la comunidad en el mejoramiento de la calidad de la oferta de servicios de salud.

⁸ Mediante el cual se regularon los procesos y procedimientos de planeación local, se definieron instrumentos y mecanismos de planeación, se incorporaron los responsables, ampliando la función a la comunidad organizada, se crearon los encuentros ciudadanos como instancias que permiten a la comunidad ser protagonista de la gestión local a partir de su participación en procesos de planeación.

⁹ Reglamentó la participación ciudadana en la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Desarrollo Económico y Social para las diferentes localidades que conforman el D. C..

¹⁰ Encuentros Ciudadanos se define como la oportunidad para que la comunidad, en diálogo con las autoridades y las instancias de planeación local, defina los planes y programas de interés público en su respectivo sector para ser tenidos en cuenta en la elaboración del plan de desarrollo local.

Dentro de las formas de intervención en el proceso de la planeación local se encuentran: la elaboración, actualización y divulgación del diagnóstico local de salud, la elaboración de los planes de desarrollo local, la elaboración y gestión de proyectos de inversión en salud, la difusión del plan de desarrollo local y de salud a la comunidad, la vigilancia y control del plan de desarrollo local y los proyectos de inversión de la salud.

Como resultado de la evaluación, se pudo establecer que en todas las Empresas Sociales del Estado cuentan con un diagnóstico local de salud, donde se detectan los problemas, sus condiciones socioeconómicas y ambientales.

Así mismo, la comunidad participa en diferentes mecanismos como son los Comités de Participación Comunitaria – COPACO, Asociación de Usuarios y los encuentros ciudadanos, donde se llevan a cabo actividades que recogen las propuestas de la comunidad las cuales son tenidas en cuenta para la formulación de los proyectos en beneficio de la misma. Su divulgación se hace a través de folletos, carteleros o videos.

Como mecanismos operativos y estrategias, se capacita a la comunidad en participación social, planeación y en normas referentes a diagnósticos locales, temas que en algunas ocasiones son sugerencias de los integrantes de los mecanismos de participación social.

2. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Dentro de las formas de intervención social, se encuentran la planeación, divulgación, ejecución, vigilancia y control del Plan de Atención Básica – PAB.

En cuanto a las acciones de intervención en el proceso de planeación, se observan fallas en los mecanismos de convocatoria a la comunidad, dificultando la participación activa de la misma, pues es la que tiene la información y experiencia para concertar las acciones en cada localidad.

Sin embargo, se observó una óptima gestión de los hospitales en cuanto a los procesos de divulgación de programas de promoción y prevención. Los cuales fueron realizados en encuentros ciudadanos, por medio de folletos y reuniones con la comunidad donde se socializa el portafolio de servicios. Así mismo, la comunidad participó en jornadas de vacunación y en veedurías personalizadas a los servicios prestados.

Si bien las ESE, vienen desarrollando actividades de intervención en el proceso de Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad con los integrantes de los mecanismos de participación social, no se observa una participación activa de ambas partes, pues la comunidad como herramienta útil para lograr el mejoramiento de la salud individual y colectiva debe ser tenida mas en cuenta en la gestión de las entidades. Se deben crear nuevas estrategias de motivación y participación en la comunidad con el fin de fomentar nuevas actitudes frente a los procesos de participación social salud – enfermedad. De otra parte, los integrantes de los mecanismos de participación social, se deben convertir en promotores del auto cuidado de la salud y en multiplicadores de las actividades de Promoción y educación con sus vecinos.

Por otro lado, es importante, que los hospitales para incentivar y apoyar el control social sobre los proyectos PAB, desarrollen actividades como dar a conocer a toda la comunidad los proyectos de promoción y prevención, organizar las veedurías por cada uno, crear mecanismos que permitan llevar un seguimiento de los mismos, realizar visitas de campo, y lo fundamental dar las herramientas e instrumentos a los veedores ciudadanos para manejar adecuadamente la información durante su recolección y análisis. Lo anterior facilita el ejercicio del seguimiento y vigilancia sobre la ejecución de los planes, programas o proyectos en salud.

Se destaca la gestión de los Hospitales del Sur y Tunjuelito en los procesos de veedurías que desarrollan los integrantes de los diferentes mecanismos de participación social, donde se llevan registros del seguimiento realizado a los diversos proyectos o programas, se llevan registros fotográficos, se establecen reuniones y se elaboran informes con el fin de hacer los ajustes respectivos y correcciones necesarias. Por otra parte, llama la atención la deficiencia en la gestión realizada por el Hospital de Engativá, en el cual la administración no desarrolla procesos de planeación en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como tampoco la divulgación de los mismos.

3. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD.

El Plan de Desarrollo, Bogotá para vivir todos del mismo lado, define como uno de sus proyectos “salud con calidad”; la Secretaria Distrital de Salud en el plan de gestión determina como una línea de acción el mejoramiento de la cobertura y de la calidad de la oferta de salud, buscando mayores niveles de eficiencia y eficacia en la gestión y calidad en la atención en los establecimientos del sector a través de la conformación, fortalecimiento y mejoramiento de la operación de redes distritales, locales y zonales de apoyo social.

Es así como se observa la existencia de veedurías ciudadanas para los proyectos ejecutados por las entidades, las cuales contribuyen al fortalecimiento de los principios de la gestión administrativa, velando por la transparencia y eficiencia, así como en la formulación de acciones correctivas.

La participación social, debe ser entendida como una estrategia dinamizadora, con la intervención fundamental de los actores sociales como protagonistas de las decisiones relacionadas con acciones necesarias para mejorar la salud y alcanzar las metas de bienestar que reflejan sus intereses y expectativas.

En general se observa que los hospitales fusionados en Bogotá, han desarrollado mecanismos y estrategias de fortalecimiento del control social y participación activa de la comunidad en la problemática local.

Así mismo, se puede calificar de satisfactoria la experiencia participativa de la Comisión de Seguimiento a las 4 subredes distritales¹¹ en las ESE fusionadas¹² en Bogotá. En lo referente a las de primer nivel de atención¹³, dicha comisión logró obtener durante el año 2001 resultados en cuanto a mejoramiento en infraestructura y en equipos, así como mejoramiento en la oportunidad de servicios y en el trabajo articulado con líderes de la comunidad. De igual forma, ha identificado problemas de tramitología, demoras en facturación y recepción de pacientes, barreras de acceso a los servicios y fallas en el suministro de medicamentos.

En cuanto a las ESE fusionadas de Segundo Nivel¹⁴, se han logrado resultados en el mejoramiento en la atención de usuarios en los servicios de hospitalización. Así mismo, la comunidad ha identificado algunos aspectos negativos, tales como la excesiva tramitología, demora en facturación, suspensión de algunos servicios, falta de información al usuario, incumplimiento de horario por parte de algunos profesionales de la salud, la falta de insumos y medicamentos así como deterioro de equipos y ambulancias en algunos centros.

¹¹ Creada para realizar seguimiento a los hospitales fusionados. Se encuentra conformada por 10 miembros de la comunidad, 3 de la Secretaría Distrital de Salud y el gerente de cada entidad fusionada.

¹² Con la expedición del Acuerdo 11 de julio de 2000 emanado del Concejo de Bogotá, se fusionaron algunas empresas sociales del estado (ESE) adscritas a la Secretaría Distrital de Salud así: 1) Los Hospitales de Engativá II nivel, La Granja II nivel y Garcés Navas I nivel, fueron fusionados para formar el hospital de Engativá Empresa Social del Estado. 2) Los hospitales Guavio II nivel, Candelaria I nivel, Samper Mendoza I nivel y Perseverancia I nivel, fusionados para formar el hospital centro Oriente Empresa Social del Estado. 3) Los hospitales Juan XXIII I nivel y hospital Chapinero I nivel, fusionados para formar el hospital Chapinero Empresa Social del Estado. 4) Los hospitales el Carmen II nivel y hospital Tunjuelito I nivel, para formar el hospital de Tunjuelito Empresa Social del Estado. 5) Los hospitales Olaya I nivel y hospital San Jorge I nivel, fusionados para formar el hospital Rafael Uribe Uribe Empresa Social del Estado. 6) Los hospitales Fontibón II nivel y San Pablo Fontibón I nivel, formaron el hospital Fontibón Empresa Social del Estado y 7) Los hospitales Trinidad Galán I nivel y Kennedy I nivel, fusionados para formar el hospital del Sur Empresa Social del Estado.

En las ESE fusionadas se reglamentó la existencia de oficinas de participación social y atención al usuario, como apoyo adicional a los procesos de participación en el Distrito y como herramienta fundamental en la evaluación de calidad de los servicios.

¹³ Hospital es de Chapinero, Rafael Uribe Uribe y hospital del Sur.

¹⁴ Hospitales de Engativá, Centro Oriente, Fontibón y Tunjuelito

Las apreciaciones efectuadas por la Comisión de Seguimiento, acompañada siempre por la Secretaría Distrital de Salud, en las entidades fusionadas, han sido soporte para las decisiones gerenciales de las ESE, pues han contribuido en el mejoramiento de las debilidades detectadas.

Sin embargo, las entidades fusionadas presentan otras dificultades que escapan al alcance y al análisis realizado por la comunidad. Estas dificultades no son diferentes a las de otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del país y del continente. Es así como uno de los principales retos de los países latinoamericanos en lo referente a la sostenibilidad de sus sistemas de salud, es la producción eficiente de sus servicios de salud¹⁵, y las críticas más serias y comunes entre estos sistemas hacen referencia a la producción pública y sus altos costos, la falta de fármacos e insumos hospitalarios, el pobre mantenimiento, el uso inadecuado de equipos, etc. Por esto en países como Chile y Brasil se está tratando de producir una combinación óptima de servicios considerando sus costos, probándose reformas como pagar por caso diagnosticado, en lugar de mediante presupuesto fijo, introduciendo competencia en la compra de servicios y descentralizando los servicios al nivel de la región o el municipio.

En este mismo sentido, producir servicios eficientemente también es una gran preocupación para los países europeos. De igual forma se han lanzado en grandes estrategias de reforma, entre las cuales se encuentran: establecer “paquetes básicos” de prestaciones, sistemas de copago que desanimen la demanda de servicios y usar sistemas de pago ligado a rendimiento, entre otros.

Otro elemento clave en las reformas sanitarias europeas ha sido la reestructuración hospitalaria, tendiente a reducir el número de camas y usarlas más eficientemente; el resultado ha sido un aumento en el número de ingresos simultáneo a una reducción en la estancia media.

En cuanto a la evidencia sobre el cierre de hospitales en diferentes países del mundo, conviene destacar tres aspectos fundamentales que han sido tenidos en cuenta¹⁶: 1) Dado el papel del hospital en la sociedad, cerrar uno constituye un proceso tanto político como técnico; aquí juega un papel primordial el manejo de la política, dependiendo su éxito o fracaso ha dependido de la habilidad para negociar con los distintos actores sociales y profesionales. 2) Análisis de los mecanismos de mercado, que incluya sistemas de evaluación y planificación y 3) Análisis de reasignación de recursos hacia políticas de sustitución tales como desarrollar programas de atención primaria y domiciliaria.

¹⁵ J. Figueras et al. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿Qué puede aprenderse de la experiencia Europea?

¹⁶ Edwardes N, Hensher M, Werneke U et al. Changing hospital systems. 1999.

En Bogotá, una de las estrategias utilizadas para optimizar la producción de servicios y disminuir sus costos ha sido la **fusión de hospitales**¹⁷, proceso que inició el 30 de septiembre de 2000, y que comienza a observar resultados con cierta claridad a partir del año 2001.

El elemento más evidente de la crisis hospitalaria del Distrito Capital durante los años anteriores a la fusión, estuvo dado por los deficientes resultados mostrados por los indicadores económicos, financieros y presupuestales, esto hacía prioritaria la reestructuración de las fuentes de financiación y liquidez del sistema, y la necesidad de fortalecer los mecanismos para lograr una mayor generación de ingresos, equilibrar las necesidades operacionales, y permitir el establecimiento de todo un esquema de sostenibilidad financiera para atender la creciente demanda en salud de la población pobre y vulnerable de la Capital.¹⁸

Es así como, las entidades de I y II nivel presentaban déficit presupuestal significativo equivalente a \$9.143.8 millones y \$5.264 millones respectivamente al cierre de la vigencia de 1999. Debido en parte, a la disminución del servicio en un 17% en consulta externa y 7% en urgencias en dicho período¹⁹, situaciones que conllevaron a la fusión de las ESE²⁰.

Al finalizar la vigencia 2001, en el estado de Actividad Económica, financiera y social, se observa que los hospitales ESE fusionados del primer nivel de atención presentan pérdida operacional de \$9.212 millones superiores en 93.42% con respecto al 2000 que registraron pérdidas operacionales por \$4.762 millones. No obstante la pérdida neta del ejercicio fue del orden de los \$573 millones por efecto de otros ingresos no operacionales de \$12.166 millones y gastos no operacionales en menor cuantía por \$3.527 millones.

Caso contrario se observó en las entidades de segundo nivel de atención fusionadas, que presentaron pérdida operacional en 2001 de \$3.466 millones, que sumados a los ingresos no operacionales de \$2.322 millones y deducidos los

¹⁷ La administración Distrital determinó que las Empresas Sociales del Estado en el Distrito no contaban con un nivel de desarrollo uniforme, lo que ponía en riesgo su autosostenibilidad y viabilidad en el mercado sectorial. Ante este panorama, la administración Distrital vio la necesidad de implementar estrategias de mejoramiento para favorecer la gestión institucional de los hospitales de la red adscrita dentro de las cuales estaba la fusión de instituciones. Esta estrategia busca alcanzar el fortalecimiento y mejoramiento de la eficiencia institucional de los hospitales, el beneficio social, el incremento de la calidad de los servicios que prestan y el mejoramiento de las condiciones de salud de la población pobre y vulnerable

¹⁸ Secretaría Distrital de Salud. Antecedentes proyecto de acuerdo de Fusión.

¹⁹ Contraloría de Bogotá. Informe de Auditoría al proceso de fusión año 2000.

²⁰ La determinación acerca de la fusión de hospitales se basó en criterios, de orden jurídico, legal, organizacional y estructural, de orden técnico-científico, económico y financiero, entre otros. La estrategia de la fusión se encontraba orientada a mejorar la baja capacidad de entonces para dar respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios, disminuir las dificultades financieras que afrontaban dichas entidades las cuales afectaban su competitividad en el mercado sectorial. Igualmente se orientaba a solucionar la deficitaria relación entre los ingresos por venta de servicios y los costos de operación, aumentando la posibilidad de que algunos hospitales ESE logran un punto de equilibrio y autosostenibilidad.

gastos no operacionales de \$4.873, se obtuvo una pérdida casi del doble de la operacional al ubicarse en \$6.017 millones.

En la anterior situación se percibe la delicada situación financiera que continúa en las entidades fusionadas, toda vez que a la fecha no han alcanzado la autosostenibilidad y equilibrio financiero que se pretendía con la fusión. Las siete entidades muestran al cierre de la vigencia 2001 un déficit del ejercicio de \$ 6.593 millones.

De los siete hospitales fusionados tres habían presentado estado crítico en su liquidez en el año 2000, pasando a cuatro un año más tarde. El hospital Tunjuelito mejoró su posición, pero Engativá cayó de estado satisfactorio a crítico y los hospitales de Chapinero y Del Sur deterioraron su posición.

En general, la liquidez de los hospitales fusionados que en total en el año 2000 se podía calificar de satisfactoria con 1.33, se convirtió en crítica con 0.92 al finalizar el año 2001; es decir que mientras en el 2000 contaban con 1.33 pesos en el activo corriente por cada peso de obligaciones a corto plazo, al finalizar el 2001 sólo contaban con 92 centavos.

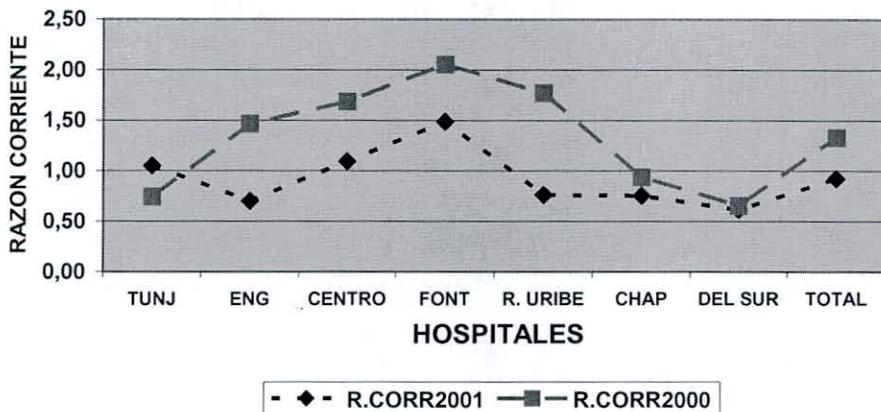
Cuadro No. 1
RAZON CORRIENTE ESE FUSIONADAS 2000-2001

HOSPITAL	NIVEL	R.CORR 2001	CALIF	ESTADO	R.CORR 2000	CALIF	ESTADO	CAIDA
TUNJUELITO	II	1.05	2	SATISF	0.74	1	CRITICO	0.31
ENGATIVA	II	0.70	1	CRITICO	1.47	2	SATISF	-0.77
CENTRORIENTE	II	1.09	2	SATISF	1.69	2	SATISF	-0.59
FONTIBON	II	1.49	2	SATISF	2.06	3	SATISF	-0.57
RAFAEL URIBE	I	0.76	1	CRITICO	1.77	2	SATISF	-1.01
CHAPINERO	I	0.75	1	CRITICO	0.94	1	CRITICO	-0.18
DEL SUR	I	0.61	1	CRITICO	0.66	1	CRITICO	-0.04
TOTAL	I	0.92	1.4	CRITICO	1.33	1.7	SATISF	-0.41

Fuente: Información reportada por las ESE en las cuentas vigencia 2000 y 2001

Ahora bien, únicamente el hospital de Tunjuelito creció en su razón corriente, disponiendo al finalizar el año 2001 de 31 centavos adicionales para pagar sus deudas de corto plazo. No así sucedió con los demás hospitales fusionados. El estado de todos ellos empeoró al caer su razón corriente, es decir disponer en 2001 de menos centavos por cada peso adeudado para respaldar sus deudas exigibles en el corto plazo.

GRAFICO No. 1
ESE FUSIONADAS.
EVOLUCION DE LA RAZON CORRIENTE AÑO 2000-2001



Si adicionalmente se deducen los inventarios de los activos corrientes, por ser considerados los de menor liquidez de estos activos, así como la alta probabilidad de pérdidas, la liquidez de los hospitales se reduce en promedio en siete centavos. Por esto es necesario entonces realizar esta medición para mostrar la capacidad empresarial para liquidar obligaciones a corto plazo, sin tener que recurrir a la realización de los inventarios.

Cuadro No.2
PRUEBA ACIDA ESE FUSIONADAS 2000-2001

ESE	NIVEL	P ACIDA 2001	CALIF 2001	ESTADO	P ACIDA 2000	CALIF 2000	ESTADO	CAIDA
TUNJUELITO	II	0.87	1	CRITICO	0.62	1	CRITICO	0.25
ENGATIVA	II	0.65	1	CRITICO	1.37	2	SATISF	-0.72
C. ORIENTE	II	1.03	2	SATISF	1.64	2	SATISF	-0.61
FONTIBON	II	1.37	2	SATISF	1.88	2	SATISF	-0.51
R URIBE	I	0.71	1	CRITICO	1.71	2	SATISF	-1.00
CHAP	I	0.73	1	CRITICO	0.90	1	CRITICO	-0.17
SUR	I	0.56	1	CRITICO	0.61	1	CRITICO	-0.05
TOTAL	FUS	0.85	1	CRITICO	1.25	2	SATISF	-0.40

Fuente: Información reportada por las ESE en las cuentas vigencia 2000 y 2001

En el marco de la prueba ácida, de los siete hospitales fusionados igualmente tres habían presentado estado crítico en su liquidez en el año 2000, presentándose en este caso cinco hospitales en este estado un año después. El hospital Tunjuelito

fue el único que no disminuyó su posición, la cual se mantuvo como crítica de un año al otro.

La liquidez de los hospitales fusionados se ve disminuida al descontar los inventarios. Ya que, si en el año 2000 se podía calificar su estado de satisfactorio, con 1.25, al finalizar 2001 había caído a 0.85, es decir siete centavos menos que la razón corriente para el mismo año.

Así mismo, al finalizar el año 2001, los hospitales fusionados se encontraban en situación de muy escasa solvencia por cuanto en su patrimonio solo contaban con 59 centavos para responder por cada peso del total de los pasivos. Todos los hospitales fusionados registraron esta calificación por cuanto su índice de solvencia se situó por debajo de 1.50²¹.

Cuadro No. 3
INDICADOR DE SOLVENCIA ESE FUSIONADAS 2000-2001

ESE	NIVEL	SOLV2001	CALIF 2001	ESTADO	SOLV2000	CALIF 2000	ESTADO	DIFERENCI
TUNJUELITO	II	1.30	1	MUY ESCASA	0.82	1	MUY ESCASA	0.48
ENGATIVA	II	0.04	1	MUY ESCASA	0.36	1	MUY ESCASA	-0.32
C. ORIENTE	II	1.11	1	MUY ESCASA	1.62	2	ESCASA	-0.52
FONTIBON	II	1.23	1	MUY ESCASA	1.69	2	ESCASA	-0.46
R URIBE	I	0.07	1	MUY ESCASA	0.73	1	MUY ESCASA	-0.66
CHAPINERO	I	0.37	1	MUY ESCASA	0.45	1	MUY ESCASA	-0.08
SUR	I	0.02	1	MUY ESCASA	-0.10	1	MUY ESCASA	0.12
TOTAL	FUS	0.59	1	MUY ESCASA	0.80	1	MUY ESCASA	-0.21

Fuente: Información reportada por las ESE en las cuentas vigencia 2000 y 2001

En general, el indicador de solvencia de las ESE fusionadas, decayó en veintiún centavos (21), entre los años 2000 y 2001.

Es de anotar que el Hospital Del Sur para el año 2000 presentó un indicador de solvencia negativo, dado que, según el balance general presentado por la entidad, el patrimonio institucional es de \$-1.342 millones, luego el total de los activos de esta entidad se encuentra respaldado por acreedores. Sin embargo debe anotarse que para el año 2001 este mismo hospital mejoró su indicador, aunque aún el nivel de solvencia es muy escaso.

De igual forma, las razones de orden económico y financiero, relacionadas con la necesidad de mejorar la eficiencia en el gasto de los recursos asignados a la salud

21 Con este indicador se establece el nivel de recursos con que cuenta el hospital respectivo para responder por las obligaciones. La calificación está dada por la metodología entregada por Gustavo Malagón Londoño y otros en el libro Auditoría en Salud para una gestión eficiente de editorial panamericana, página 89. Según esta metodología los criterios son: menos de 1.5 = 1; de 1.5 a 1.99 = 2; de 2.0 a 2.49 = 3 y más de 2.5 = 4.

pública del Distrito Capital, presentados en la justificación y antecedentes del proyecto de fusión, estimaron ahorros en cada una de las empresas fusionadas, para el año 2000 de \$ 16.662 millones²², sin embargo el ahorro real para esta vigencia fue de \$ 8.978 millones, representando un ahorro real del 53% sobre lo esperado²³, como se observa en el cuadro No. 4.

Cuadro No. 4
CONSOLIDADO AHORRO PROGRAMADO Y AHORRO REAL 2000, 2001 Y 2002

Cifras en millones de pesos

ESES FUSIONADAS	VALOR AHORRO ESPERADO			VALOR AHORRO REAL				DIFERENCIA AHORRO PROGRAMADO MENOS AHORRO REAL	
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
ESE ENGATIVA	3,965	3,937	3,341	1,762	1,792	1,208	2,203	2,145	2,133
CENTRO ORIENTE	3,039	3,019	2,561	1,844	4,237	6,200	1,195	1,218	3,639
CHAPINERO	1,806	1,794	1,522	1,305	2,453	3,800	501	659	2,278
TUNJUELITO	2,147	2,132	1,809	827	2,172	3,493	1,320	40	1,684
RAFAEL URIBE URIBE	2,297	2,281	1,936	657	1,691	2,366	1,640	590	430
DEL SUR	3,409	3,385	2,872	2,790	531	2,418	619	2,854	454
FONTIBON	2,285	2,269	1,925	785	286	1,120	1,500	1,983	805
TOTAL	18,948	18,817	15,966	9,970	13,162	20,605	8,978	5,655	4,639

Fuente: Información remitida por la Secretaría Distrital de Salud

(*) Entidades que efectuaron un ahorro real mayor al programado

(**) Las cifras corresponden al ahorro programado frente al real en: Gastos de funcionamiento, de Inversión y Materiales y Suministro administrativos y asistenciales

Las cifras consolidadas, muestran que en términos globales para las vigencias 2000 y 2001 no se alcanzó el ahorro programado inicialmente con la fusión, es decir que al compararlo con el reporte de ahorro real, este fue menor para las siete (7) ESE fusionadas, unas en mayor proporción que otras.²⁴

Las cifras globales reflejan que para el año 2000 las entidades no lograron el ahorro en los ítems analizados en aproximadamente \$8.978. Para la vigencia 2001 el ahorro esperado fue menor en cuantía de \$5.655 millones. Sin embargo se observa que el ahorro real efectuado por las siete entidades muestra una tendencia creciente, siendo importante el comportamiento presentado por las

²² Para este análisis se incluyeron: gastos de funcionamiento, gastos de inversión y materiales y suministros.

²³ Secretaría Distrital de Salud. Proyecto Acuerdo de Fusión -Exposición de motivos

²⁴ Para los años 2000 y 2001 se tomó la ejecución presupuestal, sin incluir el pago de indemnizaciones

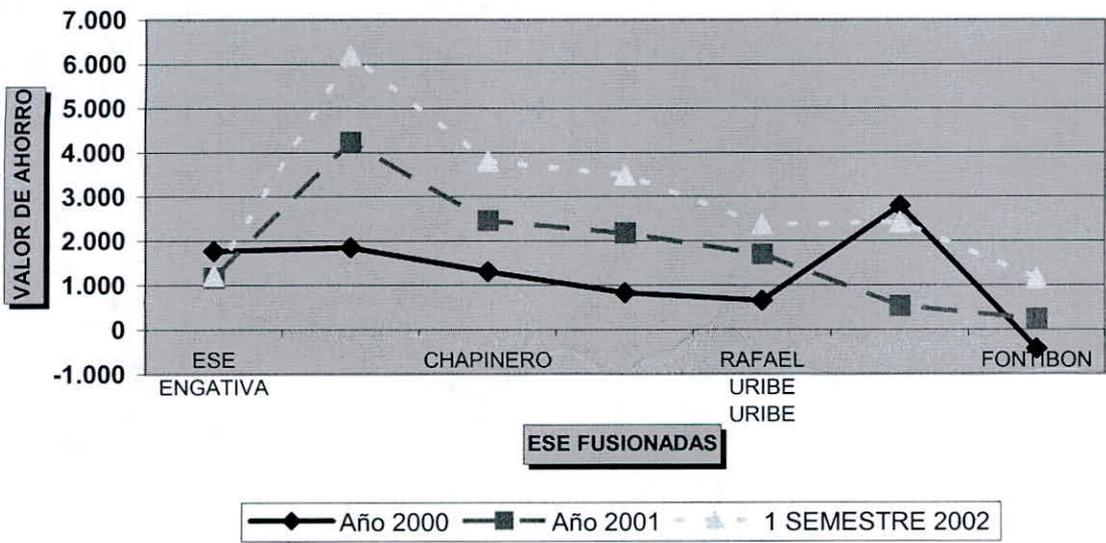
Para el año 2002 se toma el presupuesto vigente a junio 30 para ser comparable con los años 2000 y 2001

Para todos los años se toman materiales y suministros administrativos y asistenciales.

216

entidades a junio 30 de 2002, observándose que aumentó en 29.05%, pasando de \$15.966 millones a \$ 20.605 millones, como se observa el gráfico No. 2.

GRAFICO No. 2
AHORRO REAL DE LAS ESE FUSIONADAS EN BOGOTA.
PERIODO 2000 A PRIMER SEMESTRE DE 2002



Vale la pena destacar que a junio de 2002, los hospitales Centro Oriente, Chapinero y Tunjuelito han efectuado un ahorro mayor al programado.

Los recursos resultantes del ahorro logrado en el proceso de fusión, debían dirigirse a planes de inversión en infraestructura física, tecnológica y adquisición de medicamentos y suministros²⁵.

Sin embargo el porcentaje de participación en inversión de medicamentos de las ESE fusionadas, respecto al resto de entidades de I y II Nivel de atención adscritas a la Secretaría de salud, aumentó muy poco durante el año 2001, respecto al año inmediatamente anterior, aunque se observa una leve tendencia creciente.

²⁵ Consejo de Bogotá, acuerdo 11 de 2000, artículo 11.

Cuadro No. 5
INVERSION EN MEDICAMENTOS EN LAS ESE FUSIONADAS

NOMBRE ESE	INVERSION AÑO 2000	INVERSION AÑO 2001	INVERSION ENERO-MAY 2002
Hospital de Engativá	\$ 1,421,979	\$ 1,782,183	\$ 2,256,726
Hospital de Fontibón	\$ 111,987	\$ 983,523	\$ 1,201,651
Hospital Centro Oriente	\$ 715,481	\$ 731,229	\$ 754,250
Hospital de Tunjuelito	\$ 553,677	\$ 758,669	\$ 950,000
Hospital de Chapinero	\$ 342,784	\$ 208,338	\$ 370,000
Hospital del Sur	\$ 710,242	\$ 724,893	\$ 1,016,000
Hospital Rafael Uribe Uribe	\$ 169,997	\$ 0	\$ 446,009
TOTAL FUSIONADOS	\$ 4,026,147	\$ 5,188,835	\$ 6,994,636
TOTAL ESE I y II NIVEL	\$ 36,483,378	\$ 46,172,568	\$ 51,098,809
% PARTICIPACION	11.03556529	11.23791728	13.68845211

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Oficio remisorio 310-74837 del 02-oct.2002

Otro aspecto importante de análisis en el proceso de fusión es el referente a las plantas de personal de las entidades. Es así como fueron suprimidos 1.176 cargos de las diferentes Empresas Sociales del estado²⁶, medida con la cual se esperaba minimizar la carga prestacional y costos de nómina de las ESE fusionadas. Sin embargo a junio 30 de 2002, estas entidades han efectuado 864 contratos, de los cuales 261 son administrativos y 603 asistenciales, observándose una inadecuada planeación del requerimiento de personal con que funcionarían óptimamente dichas instituciones.

Pese a la disminución de cargos, las cifras de la producción de servicios de los hospitales fusionados de primer nivel de atención²⁷ reflejan en general una tendencia creciente en los servicios prestados en consulta médica general, tratamientos odontológicos terminados, egresos y partos ocurridos entre el segundo semestre de 2000, segundo semestre de 2001 y primer semestre de 2002.

²⁶ Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.

²⁷ Hospital es de Chapinero, Rafael Uribe Uribe y el Sur.

~~2004~~
2140

Cuadro No. 6
PRODUCCION DE SERVICIOS ESE FUSIONADAS PRIMER NIVEL

ESES FUSION	CHAPINERO					RAFAEL URIBE URIBE						DEL SUR				TOTALS POR SEMESTRE
	2o. semes 2000	1o. semes 2001	2o. semes 2001	1o. semes 2002	2o. semes 2000	1o. semes 2001	2o. Semes 2001	1o. Semes 2002	2o. semes 2000	1o. semes 2001	2o. semes 2001	1o. Semes 2002	2o. semes 2000	1o. semes 2001	2o. Semes 2001	
CONSULTA MEDICA GENERAL	7,235	14,376	17,817	16,224	27,566	32,825	40,312	73,049	54,098	70,080	77,629	113,682	88,899	117,281	135,758	202,955
TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS	1,732	1,865	2,821	2,522	2,460	2,834	5,432	7,775	7,455	7,734	10,249	14,803	11,647	12,433	18,502	25,100
EGRESOS	428	442	573	359	159	205	639	1,052	1,222	1,240	1,337	2,191	1,809	1,887	2,549	3,602
PARTOS	130	106	143	92	163	124	301	402	721	805	837	854	1,014	1,035	1,281	1,348
TOTAL	9,525	16,789	21,354	19,197	30,348	35,988	46,684	82,278	63,496	79,859	90,052	131,530	103,369	132,636	158,090	233,005

Fuente: Información suministrada por las ESES y la SDS Dirección Desarrollo de Servicios

Al comparar el primer semestre de 2002 y el primer semestre de 2001, se observa un incremento en términos globales de 100.369 consultas, pasando de 132.636 a 233.005 para una variación del 75,6%, siendo la consulta médica general la más representativa con un aumento de 85.674 atenciones, pasando de 117.281 a 202.955, con una variación del 73%; En segundo lugar los tratamientos odontológicos presentan una variación del 101.8%, aumentando de 12.433 a 25.100, así mismo el número de partos atendidos presentó un incremento del 16.09%, aumentando de 1014 a 1281, en cuanto a los egresos hospitalarios presenta una variación de 90.8% equivalente a un aumento de 1.887 a 3.602 egresos durante el primer semestre de 2002 frente al primer semestre de 2001 en las ESE de primer nivel.

Así mismo, las cifras de producción de servicios en las ESE de Segundo nivel, en general muestran un comportamiento creciente.

Cuadro No. 7
PRODUCCION SERVICIOS EN LAS ESE FUSIONADAS DE II NIVEL

ESES II-NIVEL	CENTRO ORIENTE		ENGATIVA		FONTIBON			TUNJUELITO		TOTALES
TIPO DE SERVICIO	1o. semes 2001	1o. semes 2002								
ATMG	24,147	29,993	69,103	77,712	18,580	40,558	25,344	39,288	113,027	157,558
TOT	2,366	7,776	6,976	28,378	3,351	11,764	1,898	3,902	12,225	44,044

~~203~~

~~213~~

213

ESES II- NIVEL	CENTRO ORIENTE		ENGATIVA		FONTIBON			TUNJUELITO		TOTALES
	1o. semes 2001	1o. semes 2002	1o. semes 2001	1o. semes 2002	1o. Semes 2001	1o. Semes 2002	1o. Semes 2001	1o. semes 2002	1o. semes 2001	1o. Semes 2002
ATME	4,200	3,488	8,341	16,334	4,336	6,784	3,764	10,210	16,441	33,328
EGRES	1,474	2,014	3,876	7,369	1,023	2,972	1,289	1,060	6,188	11,401
PARTOS	358	408	1,030	1,577	560	739	640	928	2,230	3,244
CESAREA	24	24	247	383	134	324	215	508	596	1,215
QX26	281	262	815	2,150	365	1,554	763	204	1,943	3,908
QX13	167	155	646	1,655	166	695	12	2	824	2,352
TOTAL	33,017	44,120	91,034	135,558	28,515	65,390	33,925	56,102	153,474	257,050

Fuente: Secretaría Distrital de Salud

Al comparar la producción de estos servicios durante el primer semestre de 2001 y el mismo periodo de 2002, se observa una variación del 67.4%, correspondiente al aumento de 153.474 a 257.050 consultas.

En lo referente a la Atención de Medicina General (ATMG) se observa un aumento de 44.531 consultas durante el primer semestre de 2002 frente al primer semestre de 2001, pasando de 113.027 a 157.558 respectivamente.

Los Tratamientos Odontológicos Terminados (TOT) muestran una variación de 260.28%, equivalente a un aumento considerable de 31.819 tratamientos, pasando de 12.225 a 44.044 durante el primer semestre del 2002 frente al primer semestre de 2001. Comportamiento similar se observa en la Atención de Medicina Especializada, durante el mismo período muestra un incremento de 16.887 atenciones para una variación de 102.71%.

Las Cirugías de los grupos quirúrgicos 2 al 6 y cirugías de los grupos 7 al 13, muestran una variación de 101.13% y 185.44% incrementándose el servicio en 1.965 y 1.528 respectivamente.

El anterior análisis lleva a concluir que la prestación de servicios de salud en las entidades fusionadas, no se vio afectada en forma negativa por el proceso de fusión, por el contrario las cifras muestran una tendencia creciente, beneficiando a la población demandante de servicios de salud.

En este mismo sentido, la cobertura de servicios en estas entidades va en aumento y se observa un alto porcentaje de cumplimiento en la meta propuesta por las mismas instituciones.

CUADRO No. 8
COBERTURA DE SERVICIOS DE LAS ESE FUSIONADAS DEL PRIMER NIVEL

ENTIDAD	VARIABLE	AÑO 2001	AÑO 2000	VARIACION	
				%	\$
HOSPITAL DE CHAPINERO	Poblac. Que demanda el servicio	578.779	464.824	**	113.955
	Población que se propuso atender	163.548	31.107		132.441
	Población atendida	146.775	31.107		115.075
	Cobertura General	25,36%	6.7%		
	Cumplimiento de cobertura	89,74%	100%		
HOSPITAL RAFAEL URIBE	Poblac. Que demanda el servicio	492,106	482,978	1.89%	9,128
	Población que se propuso atender	149,979	138,596	8.21%	11,383
	Población atendida	102,700	86,324	18.97%	16,376
	Cobertura General	20.87%	17.87%	16.76%	0
	Cumplimiento de cobertura	68.48%	62.28%	9.94%	0
HOSPITAL DELSUR	Poblac. Que demanda el servicio	269.648	180.287	-83.84%	-1.399.419
	Población que se propuso atender	267.859	178.536	-83.94%	-1.399.608
	Población atendida	253.322	175.036	-84.72%	-1.404.440
	Cobertura General	93,95%	99.32%		
	Cumplimiento de cobertura	94,57%	99.42%		

Fuente: Información Eses Balance Social 2001 remitido a la Contraloría de Bogotá

Sin embargo, pese a lo anterior y al aumento en la producción de servicios, la cobertura general a la población que demanda el servicio en el período analizado, fue muy baja. Los hospitales Chapinero y Rafael Uribe Uribe sólo dieron cobertura a una cuarta parte de la población que demanda servicios, mostrando un bajo impacto social en cuanto a la cobertura general de los servicios.

Por el contrario, las entidades fusionadas de segundo nivel alcanzaron una cobertura general de servicios bastante importante en términos de beneficio social, exceptuando el Hospital Centro Oriente que presentó una cobertura general del 23.99%, y Tunjuelito con el 34.09%. Las demás instituciones alcanzaron una cobertura promedio de 106.8%. (Cuadro No.9).

Cuadro No. 9
COBERTURA DE SERVICIOS ESE FUSIONADAS
SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

ENTIDAD	VARIABLE	AÑO 2001	AÑO 2000	VARIACION	
				%	\$
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	Poblac. Que demanda el servicio	230.037	230.037	0,00%	0
	Población que se propuso atender	56.201	59.800	-6,02%	-3.599
	Población atendida	55.196	59.783	-7,67%	-4.587

ENTIDAD	VARIABLE	AÑO 2001	AÑO 2000	VARIACION	
				%	\$
	Cobertura General	23,99%			
	Cumplimiento de cobertura	98,21%	99,97%		
HOSPITAL DE ENGATIVA	Poblac. Que demanda el servicio	291.379	145.604		145.775
	Población que se propuso atender	302.054	296.132	2,00%	5.922
	Población atendida	321.633	191.155	68,26%	130.478
	Cobertura General	110,38%	131,28%		
	Cumplimiento de cobertura	106,48%	64,55%		
HOSPITAL DE FONTIBON	Poblac. Que demanda el servicio	114.348	114.944	-0,52%	-596
	Población que se propuso atender	120.444	129.459	-6,96%	-9.015
	Población atendida	113.906	114.944	-0,90%	-1.038
	Cobertura General	99,61%	100,00%		
	Cumplimiento de cobertura	94,57%	88,79%		
HOSPITAL TUNJUELITO	Poblac. Que demanda el servicio	746.471	703.087		66.93%
	Población que se propuso atender	237.112	142.042		41.39%
	Población atendida	254.475	179.985		
	Cobertura General	34.09%	25.60%		
	Cumplimiento de cobertura	107.32%	126.71%		

Fuente: Información Eses Balance Social 2001 remitido a la Contraloría de Bogotá

En este mismo sentido, las Empresas Sociales del Estado de primer y segundo nivel de atención, juegan un papel predominante en el Sistema General de Seguridad Social en Salud del distrito, debido a su importancia estratégica en el desarrollo de políticas de salud pública²⁸.

La salud pública está ligada a conceptos como calidad de vida y bienestar y constituye el eje fundamental de las acciones de salud. Se relaciona también con los procesos vitales del hombre como tener un empleo digno, acceso a los diferentes servicios sociales, la equidad de género, el buen trato y en general, respeto a todas las esferas del ser humano, asociado esto, con la capacidad de respuesta del Estado frente a las necesidades y requerimientos de la población.

Las grandes modificaciones demográficas acompañadas de los cambios en las condiciones de vida, los aspectos socioeconómicos y culturales, los avances tecnológicos y la implantación y desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, inciden notablemente en el diseño de políticas de salud pública.

²⁸ Pareciera que salud pública y medicina son sinónimos, pero no es así. La salud pública es un postulado social y busca el bienestar de una sociedad o comunidad. La medicina, es más bien un postulado individual y busca el alivio y el bienestar de esa unidad. La salud pública se concentra en la población, en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, sin dejar de lado el individuo.

A pesar de la participación de diversas disciplinas y sectores que contempla el accionar de salud pública, el sector salud tiene unas responsabilidades claras en el desarrollo de medidas que eviten la aparición de enfermedad, para detectar o curar prematuramente problemas de salud o modificar estilos de vida que tienen un efecto adverso sobre la salud de la comunidad.

Es así como las Empresas Sociales del Estado, son las responsables de la problemática de salud en el nivel local y a través de ellas, la administración distrital debe proteger los grupos más vulnerables no solo desde el punto de vista social y económico sino también desde el riesgo a factores biológicos y físicos, a través del incremento de intervenciones costo eficientes en salud y de gran impacto en el largo plazo.

Sin embargo, durante el año 2001, algunas ESE observaron una reducción promedio del 37.4²⁹% en la contratación del Plan de Atención Básica (PAB) por parte de la Secretaría Distrital de Salud, lo cual en parte es resultado del proceso de fusión, con el cual Bogotá pasó de tener 22 ESE que ejecutaban actividades del PAB en el año 2000 a 16 para el 2001. Por tanto se pasó de contar con tres equipos de salud pública (antes de la fusión) a un solo equipo y la optimización del talento humano para intervenir dos o más localidades³⁰.

Ligada a la anterior justificación de cambio de escenario presupuestal para el PAB, se observó una baja cobertura de algunas actividades de impacto para la salud pública en Bogotá, establecidas en el Plan de Desarrollo 2001-2004, donde se programó una cobertura del 95% en vacunación para polio y sarampión y cobertura del 85% en vacunación para DPT, haemophilus, rubeola, parotiditis y hepatitis B. Es así como la cobertura de vacunación distrital alcanzada durante la vigencia 2001 para la vacuna contra el polio fue de 74,3%, para DPT fue del 73%, para hepatitis B del 75,3% y para Haemophylus influenzae de 61%, observándose en este último biológico una notable disminución de cobertura respecto al año 2000³¹.

Similar comportamiento se observa en los hospitales fusionados, los cuales obtuvieron coberturas de vacunación en sus localidades muy por debajo de lo proyectado. Es así como por ejemplo, el hospital de Engativá, logró coberturas de vacunación tan sólo del 50% aproximadamente frente a la meta propuesta.

²⁹ Balance social, Empresas Sociales del Estado. Cuenta vigencia 2001.

³⁰ Antes del proceso de fusión una ESE respondía por el PAB de su respectiva localidad. Después de la fusión una ESE debe responder por el PAB de dos o tres localidades como es el caso de los hospitales del Sur, Centro Oriente y Chapinero.

³¹ Para el año 2000, Bogotá alcanzó coberturas de vacunación del 73% para polio (3 dosis), 71% para DPT (3 dosis), 91% para BCG (única dosis), 71% para hepatitis B (3 dosis), 73% para haemophylus (3 dosis) y 71% de triple viral (dosis única). Las coberturas alcanzadas en el país para este mismo año fueron las siguientes: 82% para polio (3 dosis), 78% para DPT (3 dosis), 90% para BCG (única dosis), 77% para hepatitis B (3 dosis), 65% para haemophylus (3 dosis) y 79% para triple viral (única dosis). Ministerio de Salud, situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2001.

~~209~~

209

Sin embargo llama la atención, el comportamiento tan disímil en cuanto a coberturas alcanzadas entre las diferentes entidades. Por citar un ejemplo se observa que el hospital de Chapinero en la localidad de Teusaquillo, alcanzó una cobertura para BCG de 734,9%, mientras que el hospital del Sur en la localidad de Kennedy alcanzó tan sólo una cobertura del 38, 1% para Haemophilus.

Cuadro No. 10
ESE FUSIONADAS.
COBERTURA DE VACUNACION POR BIOLÓGICO 2001

ESE	LOCALIDAD	COBERTURAS POR BIOLÓGICO %					
		POLIO	DPT	BCG	HEPATITIS B	HAEMOPHILUS	TRIPLE VIRAL
Centro Oriente	Santa fe	80,1	78,7	75,4	94,7	64,9	120,3
	Martires	156,9	154,3	408,7	158,0	115,8	98,5
	Candelaria	241,3	255,5	200,2	246,0	156,0	226,7
Chapinero	Chapinero	300,1	292,2	292,8	280,8	159,1	270,4
	Barrios Unidos	121,1	111,1	83,9	115,1	69,0	113,6
	Teusaquillo	564,0	621,8	734,9	517,5	301,1	502,1
Engativá	Engativá	50,3	50,0	48,1	50,3	42,2	55,9
Fontibón	Fontibón	114,8	116,4	107,0	120,1	81	143,5
Rafael Uribe Uribe	Rafael Uribe	72,0	74,2	110,2	81,0	40,9	103,8
	Antonio Nariño	141,2	139,0	189,3	148,8	102,8	142,1
Del Sur	Kennedy	73,1	72,5	81,4	69,5	38,1	83,8
	Puente Aranda	90,7	87,0	65,9	94,1	53,9	85,8
Tunjuelito	Tunjuelito	107,2	100	186,1	112	90,1	105,4

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Coberturas de vacunación por biológico según localidades.

De igual forma se observa que los datos de coberturas reportados, corresponden a número de dosis aplicadas y no a esquemas de vacunación completos, con los cuales efectivamente se podría hablar de coberturas útiles de vacunación, contando con información veraz para la adecuada evaluación de indicadores de impacto en la aplicación de políticas de salud pública que contribuyan a la toma de decisiones frente a las intervenciones indicativas de prevención de la enfermedad.

Como se observa a lo largo de este análisis, el proceso de fusión ha contribuido a favorecer aspectos tales como aumento en la producción de servicios, cobertura y fortalecimiento de los procesos de participación social, entre otros. Sin embargo, debe señalarse que el efecto en los aspectos financieros de las entidades fusionadas, no ha sido positivo, lo cual pone en riesgo los factores mejorados así como la sostenibilidad de dichas entidades.

2. HECHOS RELEVANTES EN EL PERIODO AUDITADO

2. HECHOS RELEVANTES EN EL PERIODO AUDITADO

Existió una alta rotación de la jefatura del área de Facturación y cartera creando crisis en el cobro de las deudas a favor del Hospital y por ende afectando los ingresos de la Entidad.

La oficina de Contabilidad no realizó análisis y depuración de saldos de las cuentas que afectan el Balance General a diciembre 31 de 2001.

En lo referente al situado fiscal ya se realizaron algunos cruces para el período 1996-2000, con diferentes entidades.

Se observó desequilibrio económico soportado en los ingresos ordinarios, vía facturación de venta de servicios. Aunque la facturación se ha incrementado, los niveles de recaudo no permitió el equilibrio económico final para vigencia.

Se adelantó la implementación de Planes de mejoramiento en las diferentes áreas evaluadas por la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol.

La aprobación de los procesos y procedimientos ajustados a las circunstancias de la fusión realizada mediante la Resolución Número 0180 de 2001.

El hospital de Kennedy tenía en su planta un total de 320 funcionarios, el 34% correspondía al nivel administrativo esto es 110 funcionarios y en el área asistencial 210 funcionarios o lo que es lo mismo el 66%.

En el hospital Galán la planta estaba conformada por 197 funcionarios, de los cuales 310 o sea el 16%, eran de la parte administrativa, mientras que los 166 restantes pertenecían al área asistencial.

Una vez adelantada la fusión del hospital la planta pasó de 517 a 423 funcionarios, presentándose una disminución del 18%, quedando a 31 de diciembre d 2001, la distribución de la planta de la siguiente manera: Area administrativa 70 funcionarios (17%) y Area asistencial 353 funcionarios (83%).

La misión de la entidad esta definida como la interacción de un equipo de trabajo multidisciplinario que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios a través de la prestación de servicios en promoción y protección de la salud.

En cumplimiento de este postulado, el presupuesto de la entidad para la vigencia del 2001, presentó la siguiente ejecución: Gastos de inversión 62.15%, y Gastos

de Funcionamiento 37.85%, o lo que es lo mismo \$11.544.100.0 miles y \$7.029.200.0 miles respectivamente, con un cumplimiento respecto a lo presupuestado al comienzo de la vigencia del 95.9%.

Con el presupuesto de la vigencia 2001, se cancelaron cuentas por pagar en la cuantía de \$2.557.300.0 miles que correspondió al 13.76% de la ejecución total.

Al revisarse la ejecución del año 2000, las cuentas por pagar reflejaban una cifra de \$766.300.0 miles, que al ser comparadas con la ejecución real presenta una diferencia de \$ 1.791.000.0 miles. Esta cifra es casi la misma que pasó como cuentas por pagar para la vigencia 2002 y la cual ascendió a la suma de \$1.766.300.0 miles.

Las cantidades anteriores nos muestran las consecuencias de no reportar las cifras correspondientes en su debido momento, originando un desfase en las respectivas programaciones de los recursos de la Entidad.

En cuanto corresponde al ingreso de los recursos, el cumplimiento de los mismos presentó un índice del 91.37%, presentándose el desfase en el cálculo de los ingresos corrientes en la suma de \$1.781.600.0 miles, cifra que si se compara nuevamente con las cuentas por pagar se podría establecer que son equivalentes.

**3. DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON
ENFOQUE INTEGRAL – MODALIDAD REGULAR**

Señores
MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA y
Doctora
ALEXANDRA RODRÍGUEZ GÓMEZ
Gerente.
Hospital Del Sur - I Nivel E.S.E.

La Contraloría de Bogotá D.C., con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política, la Ley 42 de 1993 y el decreto 1421 de 1993, practicó Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral - Modalidad Regular al Hospital del Sur I Nivel E.S.E. a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad con que se administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión, el examen del Balance General a 31 de diciembre de 2001, y el Estado de Actividad Financiera Económica y Social por el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2001; los Estados Contables del año 2000, igualmente fueron auditados por este Ente. La comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizó conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables y de la evaluación del Sistema de Control Interno.

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

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

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

control incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la gestión de la entidad, las cifras y la presentación de los Estados Contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implantación y funcionamiento del Sistema de Control Interno.

Concepto sobre la gestión y los resultados.

Las deficiencias presentadas en los procesos de facturación, radicación de cuentas y contestación de glosas, falta de radicación de facturación dentro de los términos, así como el alto nivel de glosas parciales que se tiene por contestar, obedece en gran parte a los deficientes sistemas de información con que cuenta el Hospital.

Al relacionar los ingresos con los gastos en el año 2000 desde el punto de vista presupuestal, su relación fue de \$1.11, esto es por cada \$1.00 de gasto existía \$1.11 para cubrirlo, pero en el año 2001 esta relación pasó a \$0.95, presentándose una disminución del 16.84%. Lo anterior permite establecer que la gestión realizada por la administración, en cuanto corresponde a los ingresos corrientes no fue eficaz generando desfases económicos.

Como consecuencia del cambio de Administración Distrital, en el Hospital del Sur durante el año 2001, se manejaron dos Planes de Acción, los cuales básicamente se mantuvieron salvo los ajustes correspondientes producto de la armonización.

En el Hospital del Sur se definieron claramente 4 objetivos estratégicos: Calidad, Servicios, Rentabilidad y Supervivencia y Desarrollo, definiéndose para cada uno de ellos las estrategias las cuales tenían determinadas sus metas correspondientes.

En la estrategia "Servicios" el indicador correspondiente al cumplimiento de la meta de suministro de medicamentos y elementos medico quirúrgicos, refleja un cumplimiento del 84%, por cuanto se presentó la formulación de medicamentos NO POS (Plan Obligatorio de Salud), debido a la poca difusión a los diferentes profesionales sobre la necesidad de racionalizar no sólo los recursos del Hospital sino también los de los usuarios.

En otra de las metas de ésta estrategia esta focalizada directamente a la atención a usuarios con discapacidad, pero se pudo establecer por parte del hospital que las personas con estas características centran sus expectativas más en situaciones económicas y laborales que las mismas de salud.

En la estrategia " Rentabilidad", una de las metas se refiere directamente con el establecimiento del centro de Costos del Hospital, no obstante haberse cumplido con lo proyectado (50%), su implementación total es urgente, para efectos de la toma de decisiones.

Una de las metas en la estrategia se define como el establecimiento en un 100% de un sistema contable confiable y oportuno para el Hospital durante el trienio, pero se presentaron inconvenientes en la oportunidad de la interfase de la facturación y cartera; con relación a los activos fijos esta pendiente la revisión de los faltantes y las cuentas del situado fiscal relacionadas con algunas empresas prestadoras de salud y fondos de pensión están pendientes de conciliar.

Otra de las metas de la estrategia, hace referencia directamente con lograr un nivel de glosa inferior al 2% para otros pagadores y menor al 5% para el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), al efectuarse la validación de esta situación se encontró que no se cumplió con las metas establecidas, toda vez que el comportamiento fue el siguiente: ARS=11%, EPS=15%, ASEGURADOS=10%, VINCULADOS=35% y PAB=5%.

Con respecto a la glosa definitiva, los resultados fueron los siguientes: ARS=ND (No Datos), VINC=6%, PAB=3.5%. Estableciéndose que las principales causas en los vinculados fueron la falta de soportes tales como: Carta de desafiliación del régimen contributivo, falta de diagnósticos, fallas en la estructura de la cuenta, fallas en el diligenciamiento de la historia clínica. Situaciones anteriores que corresponden directamente al manejo administrativo de los funcionarios partícipes en el proceso.

Meta bien importante para la gestión de la Entidad hace referencia con "Recaudar mínimo el 80% de la cartera existente en el siguiente orden: Más de 180 días, 120, 90, 60 y menor a 60días".

El indicador utilizado nos señala una cifra de 330 días, cuando el estándar es de 30 días después de radicadas las cuentas. Como puede verse la recuperación de cartera es demasiada lenta, afectando la capacidad de pago y liquidez del Hospital; se relaciona así mismo en los diferentes indicadores, la cartera por edades y pagadores, observándose que el 68% de la cartera \$799.900.0 miles corresponde a una edad mayor a 180 días y de esta cantidad se pasaron \$304.000.0 miles de difícil cobro por corresponder a cuentas con ARSs. en liquidación.

Al efectuarse un análisis de las causales de glosa, se encontraron debilidades internas relacionadas con el proceso en especial lo referente a la alta rotación de

los responsables del manejo de facturación y cartera sin el debido proceso de entrega y seguimiento.

En cuanto se refiere a la contratación, la Junta Directiva del Hospital del Sur adoptó mediante la Resolución No. 012 de Noviembre 7 de 2000, el Reglamento Interno de Contratación, en él se establecen procedimiento y requisitos para determinados contratos en atención a sus cuantías. No obstante, se observó que la administración paulatina y reiteradamente omitió el cumplimiento de la plenitud de los requisitos exigidos en dicho estatuto; lo anterior denota una falla en el sistema de control Interno; toda vez, que dichos procesos se encuentran regulados por el órgano máximo de Dirección como instrumento para evitar potencial daño frente al incumplimiento parcial o retardo injustificado de las obligaciones de los contratistas.

De la misma manera, los procesos de Selección Objetiva, no han sido claros en primer lugar porque en las convocatorias públicas para presentar cotizaciones no se establecen con claridad y no se hacen públicos los factores de ponderación, no se determinan con claridad los elementos a adquirir cuando de celebrar contratos de compra y suministro se trata.

No se adjudican en un alto porcentaje los contratos a quienes hayan obtenido el mayor puntaje, los informes de evaluación no son conocidos por los proponentes; lo anterior transgrede lo establecido en los Arts. 25, numeral 3 del 26 y 29 de la Ley 80/93, art. 3º del Decreto 855/93, además de los numerales 3, 4, y 6 del art. 2º del Acuerdo No. 12 de 2000 proferido por la Junta Directiva del Hospital del Sur; normas estas que se refieren al deber de la administración de utilizar mecanismos objetivos para la selección objetiva de los contratistas por lo cual el hospital puede verse avocado a demandas de los proponentes no beneficiarios con la adjudicación que verían lesionado su derecho a la igualdad, con las consecuencias de la acción de Nulidad y Restablecimiento del derecho de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 1º del Art. 77 de la ley 80/93.

La mayoría de los contratos no son precedidos de estudios de conveniencia y oportunidad, hechos que incumplen lo dispuesto en los Arts. 25 (numerales 7 y 8) 26 (numerales 2, 3, 4, 7 y 12) de la Ley 80/93, lo anterior denota desobedecimiento de las normas por parte del (os) funcionarios encargados del desarrollo precontractual.

El hospital no está liquidando sus contratos de tracto sucesivo con formalidades plenas de acuerdo a lo dispuesto en el numeral 1º del artículo 1º de la Resolución No. 02 del 2 de Enero de 2001, proferida por la Gerente General, transgrediendo en esta forma lo dispuesto en los Arts. 60 y 61 de la Ley 80/93, que establece esta

función para los supervisores de los contratos; esta omisión acarreo la sobre ejecución del contrato No. 189 de 2001, Celebrado con Becton Dickinson, en una suma aproximada a \$1.987.1 miles lo cual evidencia faltas de control y seguimiento que colocan en riesgo los recursos del hospital ante posibles demandas.

Efectuada la evaluación final del Sistema de Control Interno, de acuerdo con los resultados obtenidos en cada una de las líneas de auditoría, y los correctivos implementados en los diferentes avances de la auditoría informados a la administración, se obtiene una calificación definitiva de 2.86, con Riesgo Mediano, lo que nos permite conceptuar que el Sistema de Control Interno es medianamente eficiente y garantiza un regular nivel de confianza y seguridad para el logro de los objetivos misionales.

Por lo anteriormente expuesto y de las acciones adelantadas por la administración en subsanar las deficiencias que presenta en su control interno y procesos administrativos se emite concepto con observaciones a la Gestión fiscal realizada por el Hospital del Sur en la vigencia examinada.

Opinión sobre los estados contables.

La opinión emitida por este Ente de Control sobre los Estados Contables del año 2000 fue Negativa, es decir no presentaron razonablemente la situación financiera del Hospital. Sobre los Estados Contables del año 2001 se observó:

Se observaron movimientos que no han sido registrados en libros desde diciembre de 2000 por valor de \$19.406.4 miles, correspondientes a consignaciones o depósitos en efectivo o cheques, transferencias de fondos, abonos en cuenta por pago de nómina, intereses y retenciones.

En la cuenta Deudores existe una diferencia de \$131.663.1 miles entre los registros que presenta contabilidad (\$960.832.7 miles) y Cartera (\$829.169.6 miles), lo cual conlleva a que la información no sea comparable y confiable.

A diciembre 31 de 2001 existe un inventario de glosas que asciende a la suma de \$67.197.7 miles y corresponden a los años: 1999 (\$19.813.0 miles), 2000 (\$7.504.1 miles) y 2001 (\$36.880.6 miles) y en su gran mayoría han sido devueltas por falta de soportes, no se han contabilizado, debido a que únicamente existe como procedimiento contabilizar las glosas definitivas.

Al efectuar el análisis al "Resumen de depuración de cartera años 2000-2001" por Empresa, se observa una diferencia de \$433.334.6 miles que no se encuentra

contabilizada, entre el valor total de la glosa (\$769.576.5 miles) y el valor de la glosa aceptada (\$336.241.9 miles).

En el año 2001 existe una diferencia de \$812.870.0 miles en la facturación física (\$9.880.214.4 miles) con respecto al módulo (\$9.067.344.4 miles), lo cual conlleva a que la información del sistema presentada no sea confiable.

Existen letras por cobrar por valor de \$19.730.9 miles aproximadamente, de los años 1998 y 1999 que se encuentran vencidas, es decir que ya prescribieron y la acción ejecutiva que de esto se podría emanar se encuentra caducada, porque los títulos valores prescriben a los tres años como lo establece el Código de Comercio.

En las carpetas que contienen la información de cada una de las ARS y EPS se observo que los documentos se encuentran desorganizados; no hay un control cronológico de las actividades realizadas ni tampoco se identifica un seguimiento de los saldos por cobrar a cada una de ellas; lo cual, conlleva a que el Hospital no identifique cuales son los valores que le adeudan y por lo tanto existe incertidumbre en el saldo real de la cartera.

En la cuenta de Inventarios existe una diferencia de \$80.809.3 miles entre los registros que presenta contabilidad (\$356.224.9 miles) y el Almacén (\$275.415.6 miles), lo cual conlleva a que la información no sea comparable y confiable.

Esta cuenta se encuentra subvaluada en más de \$137.000.0 miles aproximadamente, cifra que corresponde a los medicamentos valorizados de las farmacias de la Entidad, que no se encuentran registrados en la cuenta de inventarios sino en la cuenta de gastos, por lo tanto afecta el Estado de Resultados de Hospital en igual valor.

En la subcuenta bienes muebles en bodega se presentan saldos contables contrarios a los de la naturaleza de la cuenta, que ascienden a \$33.064.9 miles, lo cual conlleva a una subestimación de la cuenta Propiedad, Planta y Equipo.

Los Bienes inmuebles se encuentran reflejadas en las Cuentas de Orden Deudoras por valor de \$2.715.006.6 miles, debido a que no se ha legalizado la transferencia de estos bienes al Hospital, por lo tanto no se encuentran incorporados en la cuenta de Propiedad, Planta y Equipo.

En la cuenta otros activos subcuenta cargos diferidos (código 1910) hay una diferencia de \$83.555.7 miles, entre los registros contables (\$55.236.3 miles) y los del Almacén (\$138.792.0 miles), por falta de conciliación entre las áreas, lo cual conlleva a que la información no sea confiable.



198

Se estableció una diferencia en las cuentas por pagar de \$962.092.3 miles al comparar los registros contables (\$1.998.173.9 miles) con los saldos de tesorería (\$1.036.081.6 miles), por lo tanto la cuenta se encuentra sobrevaluada y no se ha realizado la depuración y conciliación de saldos entre dos áreas.

Se detectó que existen saldos contrarios a su naturaleza que ascienden a \$316.351.2 miles y que están subestimando las cuentas por pagar, hecho que ratifica la falta de análisis y depuración de saldos a nivel auxiliar.

En los Gastos Provisión para Deudores, cartera de más de 90 - 120 días (código 53040503) se presenta un saldo contrario a la naturaleza de la cuenta, por valor de \$39.940.1 miles, conllevando a una subestimación en los gastos y por lo tanto la utilidad del ejercicio se ve afectada en dicha cantidad.

Cuentas de Orden, registra una diferencia de \$24.008.1 miles al comparar los Comodatos que tiene el Hospital (\$1.003.465.4 miles), con los reflejados en las oficinas de Activos Fijos (\$1.003.465.4 miles) más el Almacén (\$24.008.1), por lo tanto no existe conciliación y depuración de cifras. De otra parte, no se están revelando los compromisos contractuales que ha realizado el Hospital del Sur a diciembre 31 de 2001, solamente se registran en la medida que se van ejecutando.

En nuestra opinión y por lo expuesto en los párrafos precedentes, los Estados Contables no presentan razonablemente la situación financiera del Hospital del Sur - I Nivel E.S.E. a 31 de diciembre de 2001 y los resultados de las operaciones por el año terminado en esa fecha, de conformidad con las Normas de Contabilidad Generalmente Aceptadas, expedidas por la Contaduría General de la Nación.

En desarrollo de la presente auditoria y tal como se detalla en el anexo No. 1 se estableció 59 **hallazgos administrativos**. En él capitulo de resultados se presentan descritos y numerados estos hallazgos.

Concepto sobre el fenecimiento.

Por el concepto de Gestión con observaciones, el nivel de riesgo que presenta el Sistema de Control Interno calificado en 2.86 con un nivel de riesgo mediano, y la opinión Negativa a los Estados Contables, la cuenta rendida por el Hospital correspondiente a la vigencia de 2001, **no se fenece**.

A fin de lograr que la labor de auditoría conduzca a que se continúen las actividades de mejoramiento de la Gestión Pública, la entidad debe diseñar un nuevo plan de mejoramiento que permita solucionar las deficiencias puntualizadas,

en el menor tiempo posible, documento que debe ser remitido a la Contraloría de Bogotá, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de recibo del presente informe de conformidad con lo estipulado en la Resolución Reglamentaria No 053 del 8 de noviembre de 2001, expedida por el Contralor de Bogotá D.C.

El Plan de Mejoramiento debe recoger y armonizar los compromisos planteados por el Hospital del Sur con base en la Evaluación Preliminar del Sistema de Control Interno con el fin de garantizar su continuidad y términos establecidos, detallar las medidas que se tomarán respecto de cada uno de los hallazgos identificados, cronograma en que implementarán los correctivos, responsable de efectuarlos y del seguimiento a su ejecución.

Bogotá, D.C. Noviembre de 2002.

NANCY PATRICIA GOMEZ MARTÍNEZ
Directora Técnica Sector Salud y Bienestar Social

~~196~~

196

4. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

4.1. EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

4.1.1. Seguimiento a la evaluación preliminar del Sistema de Control Interno.

La administración en su Plan de Mejoramiento planteado como respuesta al informe preliminar de la evaluación del Sistema de Control interno, respondió la totalidad de las diferentes observaciones enunciadas.

Las acciones más inmediatas como correctivos a las deficiencias observadas, se empezarán a ejecutar en el mes de octubre del año en curso y la más inmediata plantea como mínimo 1 mes para su ejecución, razón por la cual la administración deberá incluir en el Plan de Mejoramiento de la evaluación final de la cuenta del año 2001, todas y cada una de las acciones en el correspondiente Plan, las cuales serán objeto de seguimiento.

**Cuadro No. 11
OBSERVACIONES ENCONTRADAS EN LA EVALUACIÓN PRELIMINAR AL
SISTEMA DE CONTROL INTERNO Y SU PLAN DE MEJORAMIENTO.**

ACCIONES CORRECTIVAS	ACCIONES ADELANTADAS
Realización del Código de Ética.	Pendiente
Resocialización de los principios y Valores Corporativos.	Pendiente
Destinación de mayor número de horas a los profesionales de los diferentes grupos de calidad del área de salud, para la realización de las actividades de control y asesoría.	Pendiente
Realización de auditorías conjuntas con los directores y coordinadores funcionales.	Pendiente
Informes sobre evaluación del SCI por parte de Subgerentes, Jefes de Oficina y Oficinas Asesoras.	Pendiente
Socialización del SCI	Pendiente
Mantener actualizado a todo el personal de los diferentes acontecimientos y actividades desarrolladas por la institución.	Pendiente
Levantamiento del Mapa de Riesgo Institucional y dependenciales.	Pendiente
Levantamiento del Plan de Manejo de Riesgos Institucional y dependenciales.	Pendiente
Contar con un cronograma de seguimiento del Plan de Manejo del Riesgo.	Pendiente
Desarrollo de un Programa de reinducción.	Pendiente
Socialización del Plan de Desarrollo y direccionamiento estratégico a nivel operativo.	Pendiente
Entregar y dar a conocer los procesos y procedimientos a todos los funcionarios.	Pendiente
Identificación y priorización de las necesidades de la institución.	Pendiente

ACCIONES CORRECTIVAS	ACCIONES ADELANTADAS
Continuar la unificación, actualización y seguimiento de los softwares de información en las UPAs. CAMIs. y sede Administrativa.	Pendiente
Desarrollar el proyecto de interconectividad.	Pendiente
Dar continuidad al Plan de Mantenimiento Integral y repotenciación a los diferentes equipos de computo.	Pendiente
Proveer de puntos de Internet a oficinas priorizadas.	Pendiente
Socialización de los diferentes mecanismos de participación ciudadana a la parte operativa.	Pendiente
Socialización y sensibilización sobre SCI y autocontrol y sistema obligatorio de garantía de la calidad a las diferentes áreas.	Pendiente
Dar lineamientos para la organización del archivo central y de gestión para las distintas áreas.	Pendiente
Socializar los procesos y procedimientos ajustados y actualizados entre los diferentes equipos.	Pendiente
Entrega y socialización oportuna de las diferentes normas.	Pendiente
Socializar los Planes de Mejoramiento.	Pendiente
Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento.	Pendiente
Realizar acompañamiento y asesoría de la OGPA según requerimientos.	Pendiente

Fuente: Informe Preliminar de Control Interno y Plan de Mejoramiento.

4.1.2. Evaluación final al sistema de control interno.

Como resultado de la presente auditoría y con base en las diferentes pruebas practicadas, se concluye que en el Sistema de Control Interno se presentan deficiencias en las diferentes fases, componentes y factores así:

4.1.2.1. Ambiente de control.

La divulgación sobre los principios y valores que son el soporte y sirven de base como horizonte de los objetivos de la administración del hospital, se ha venido implementando o desarrollando durante esta vigencia con más énfasis que en situaciones anteriores, y si bien es cierto que la entidad tiene unos documentos en los cuales se definen claramente los componentes del Código de Ética, se espera que en la siguiente auditoría, éste ya se haya consolidado y su divulgación se haya efectuado a todos los niveles.

En cuento corresponde al compromiso y respaldo de la alta dirección con el sistema de Control interno, se plantea por parte de la administración la conformación de un equipo, acorde con los recursos de la entidad, a efectos de fortalecer la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol (OGPA).

Respecto a la cultura del autocontrol, y una vez adelantado el proceso de auditoría, se pudo evidenciar que se está implementando por cada uno de los funcionarios y a nivel de grupos de trabajo, una mayor cultura o concientización respecto a las actividades que se desarrollan a nivel individual ya que estas actividades o productos son insumos necesarios para la siguiente actividad, y de su calidad y confiabilidad depende el insumo inmediatamente siguiente.

En el componente Cultura del Diálogo, si bien se plantean unas acciones en el plan de mejoramiento y que el componente en su evaluación preliminar presentó una calificación de 3.35 que la ubica en un rango de bueno y riesgo mediano, lo importante es que el diálogo y la comunicación de las diferentes actividades que adelanta la entidad sean conocidas e interiorizadas por cada uno de los funcionarios.

Esta fase obtiene una calificación final de 3.26

4.1.2.2. Administración del riesgo.

Entendiendo la interacción de las diferentes fases en el Sistema de Control Interno, la identificación y análisis de riesgo es una de las razones más importantes y válidas que deben ser comprendidas por cualquier funcionario para ejecutar actividades de control que propendan a su minimización y en el mejor de los casos su control total.

En el Hospital del Sur al momento de la evaluación preliminar del SCI, el mapa de riesgos como tal no existe, ya que se está adelantando la evaluación de los procedimientos por áreas, y el riesgo se tiene establecido a nivel de procedimiento.

La calificación de esta fase se mantiene, esto es 2.68.

4.1.2.3. Operacionalización de los elementos.

Esta fase hace relación directa con los diferentes elementos que se articulan o interrelación en el esquema organizacional de cualquier entidad. Su funcionalidad u operatividad esta directamente relacionada con la integridad en el manejo de cada uno de ellos.

En el esquema organizacional de la entidad, están definidas claramente las líneas de autoridad, pero como consecuencia de la fusión se detectó que existe cierta resistencia por parte de algunos funcionarios a los nuevos esquemas y circunstancias que conllevó la fusión.

Se observó que existía desconocimiento por parte de algunos integrantes de la organización, de la planeación que adelanta la entidad, a pesar de que se efectúa evaluación y control permanente por parte de la administración.

Los procesos y procedimientos, si bien existen, se esta en el proceso de reformularlos dadas las circunstancias de fusión presentadas en la entidad. Por lo cual algunos integrantes de la organización desconocen las actividades y procesos que adelanta la institución y en especial los inherentes o propios del área, y las tareas, limitando que lo procesos y procedimientos sean ejecutados de acuerdo a lo establecido en el procedimiento.

En cuanto hace relación con el desarrollo del talento humano, a nivel operativo se observó inconformismo por la falta de capacitación, ante lo cual la administración manifiesta que la falta de recursos dificulta este tipo de actividades, por tanto las mismas se realizarán en la medida que los recursos lo permitan y de acuerdo a las necesidades de la entidad.

La unificación de los Software que se manejan en el hospital es una necesidad apremiante, por cuanto sí bien es cierto en algunos casos y dada la variedad de Software manejados (Gestor, Hipócrates, Sigma) requiere el reproceso de datos, aspecto que genera de una parte desgaste administrativo y de otra información inoportuna o no confiable que garantice una adecuada toma de decisiones.

Se observo que en el nivel operativo del hospital falta claridad o conocimiento respecto a las acciones que adelanta el hospital en conjunto con la comunidad o de manera general el portafolio de servicios que permita una mejor orientación a los usuarios sobre los mismos.

En las actividades, procesos y procedimientos, debido al proceso de fusión los mecanismos o herramientas de autocontrol no están claramente definidos y no permiten su adecuada validación y evaluación.

La calificación obtenida en esta fase, presenta una variación negativa respecto a la obtenida en la evaluación preliminar, al pasar de 3.10 a 2.40.

4.1.2.4. Documentación

El control interno en las entidades públicas se da en la medida que sus integrantes reconocen la importancia, existencia y bondades. La constancia de su materialización y el mecanismo ideal para su verificación es la documentación, entendida esta como la recopilación de lo ejecutado, ya sea mediante manuales de funciones, procesos, procedimientos ya que se convierte en el elemento unificador de los demás componentes.

Como deficiencia notoria, se señala la carencia de un centro único de archivo, donde se conserve la memoria institucional de la entidad.

Con relación a los manuales, estos existen en las diferentes áreas, para los respectivos procedimientos.

La calificación obtenida finalmente en esta evaluación se mantiene a la obtenida en la evaluación preliminar esto es 2.98.

4.1.2.5. Retroalimentación

La efectividad de las acciones implantadas como producto de las recomendaciones efectuadas por la oficina de gestión pública y autocontrol, señala la importancia de la existencia de esta oficina. Estas recomendaciones y hallazgos deben contar con el compromiso y responsabilidad de cada uno de los funcionarios de la entidad en el acatamiento y ejecución de las acciones correspondientes ya que los mismos obedecen a un plan de mejoramiento pactado entre las partes.

El seguimiento a los diferentes planes de mejoramiento, en algunos casos no se efectúa de una manera oportuna, limitando la adopción de los ajustes necesarios.

La calificación dada a esta fase, se mantiene en 3.17.

Cuadro No. 12
CALIFICACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO
HOSPITAL DEL SUR. ESE. I NIVEL

FASE	CALIFICACION	RIESGO
AMBIENTE DE CONTROL	3.26	MEDIANO
ADMINISTRACION DEL RIESGO	2.68	MEDIANO
OPERACIONALIZACION DE LOS ELEMENTOS	2.40	MEDIANO
DOCUMENTACION	2.98	MEDIANO
RETROALIMENTACION	3.17	MEDIANO
TOTAL PROMEDIO	2.86	MEDIANO

Fuente: Papeles de Trabajo.

Como resultado de la metodología implementada, el grupo auditor estableció que la calificación promedio obtenida por la entidad en la evaluación definitiva del Sistema de Control interno es de 2.86 ubicándolo en el rango de Regular con un nivel de riesgo mediano.

4.2. EVALUACIÓN A LOS ESTADOS CONTABLES

El Hospital del Sur en su oficio 0165-2642 de marzo 5 de 2002 informó a la Contraloría la modificación de los Estados Contables según radicación de marzo 6 de 2002, y para la presente auditoría se evaluó con el presentado en última instancia.

En nuestro examen se detectaron los siguientes hallazgos que inciden en la razonabilidad de los Estados Contables:

4.2.1. Efectivo.

A diciembre 31 de 2001 la cuenta de efectivo presenta un saldo de \$345.432.0 miles.

4.2.1.1. Registros:

En los libros contables de caja y bancos los hechos económicos no se registran en orden cronológico, primero se contabilizan los egresos y posteriormente los ingresos, reflejando durante el mes saldos acumulados contrarios a la naturaleza de la cuenta y solo al final del periodo se muestra su saldo real. Lo anterior transgrede lo que establece el Principio de Registro de la Contabilidad Pública, numeral 1.2.6.3 del Plan General de Contabilidad Pública, PGCP.

4.2.1.2. Conciliaciones Bancarias

4.2.1.2.1. Cuenta Corriente del Banco de Bogotá N° 060-02994-9. Se observo consignaciones locales pendientes de registrar en libros desde el 2 febrero de 2001 por valor de \$2.529.7 miles, debido a que no se tienen identificados los consignatarios, situación que afecta en igual cuantía el saldo de la cuenta deudores. De otra parte, no se ha causado el 3 por mil de los cheques girados durante el mes de diciembre de 2001, valor que asciende a la suma de \$781.3 miles e incide en el saldo de gastos financieros.

4.2.1.2.2. Cuenta de Ahorros del Banco de Bogotá N° 060-09491-9. Se determinaron movimientos no registrados en libros desde el mes de octubre de 2001 por valor de \$100.9 miles. Transgrediendo el principio de registro de la Contabilidad Pública, numeral 1.2.6.3 del PGCP, y el reconocimiento de la totalidad de las operaciones dispuestas en la Circular Externa 013 de la Contaduría General de la Nación.

4.2.1.2.3. Cuenta de Ahorros de Davivienda N° 0075-0069-3770. Se observaron movimientos que no han sido registrados en libros desde diciembre de 2000 por valor de \$19.406.4 miles, correspondientes a consignaciones o depósitos en



efectivo o cheques, transferencias de fondos, abonos en cuenta por pago de nómina, intereses y retenciones. Transgrediendo las normas enunciadas en el numeral 1.2.2 del presente informe.

4.2.2. Deudores.

El saldo que presenta esta cuenta según el balance general a diciembre 31 de 2001 es de \$4.333.212.3 miles. Se reflejan los siguientes hallazgos:

4.2.2.1. En esta cuenta existe una diferencia de \$131.663.1 miles entre los registros que presenta contabilidad (\$960.832.7 miles) y Cartera (\$829.169.6 miles), lo cual conlleva a que la información no sea comparable y confiable, transgrediendo características de la información contable pública numeral 1.2.4.4. - Comparable, del Plan General de Contabilidad Pública, numeral 8.11. - Conciliación entre las diferentes áreas de la Circular Externa No. 035 emanada del Contador General de la Nación, como también lo establecido en el literal (e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, relacionado con la confiabilidad de la información.

4.2.2.2. En los libros contables aparecen registrados saldos por depurar débitos \$288.981.8 miles y créditos por \$191.850.2 miles, de una gran cantidad de entidades, de los cuales no se conoce los actos administrativos o soportes que dieron origen a esas transacciones, por lo tanto se está incumpliendo con lo establecido en el numeral 1.2.7.2. - Documentos soportes del PGCP.

4.2.2.3. A diciembre 31 de 2001 existe un inventario de glosas que asciende a la suma de \$67.197.7 miles y corresponden a los años: 1999 (\$19.813.0 miles), 2000 (\$7.504.1 miles) y 2001 (\$36.880.6 miles) y en su gran mayoría han sido devueltas por falta de soportes, no se han contabilizado, debido a que únicamente existe como procedimiento contabilizar las glosas definitivas.

4.2.2.4. Al efectuar el análisis al "Resumen de depuración de cartera años 2000-2001" por Empresa, se observa una diferencia de \$433.334.6 miles que no se encuentra contabilizada, entre el valor total de la glosa (\$769.576.5 miles) y el valor de la glosa aceptada (\$336.241.9 miles).

Con base en los dos puntos anteriores la administración no registra las glosas parciales y por lo tanto esta transgrediendo el numeral 5 – Procedimientos administrativos y contable de las glosas, de la Circular Externa No 035 del 27 de diciembre de 2000, emanada por el Contador General de la Nación.

Conforme a lo estipulado en la circular 035 de 2000 se define: "Registro contable de la presentación de glosa, las glosas deben registrarse en cuentas de orden deudoras de control, en el momento en que se presentan, independiente de que sean o no subsanables...", por lo que la

glosa parcial es registrada en la cuenta contable 833301 y 891522, al momento de aceptarse la glosa y pasar a definitiva se realiza la disminución de la cartera, así las cosas tenemos que el Hospital a diciembre 31 de 2001 representaba en sus estados financieros una glosa parcial por \$201.778.5 miles (anexo impresión mayor sistema Hipócrates a diciembre de 2001)

4.2.2.5. En el año 2001 existe una diferencia de \$812.870.0 miles en la facturación física (\$9.880.214.4 miles) con respecto al módulo (\$9.067.344.4 miles), lo cual conlleva a que la información del sistema presentada no sea confiable, contraviniendo lo establecido en el literal (e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, relacionado con la confiabilidad de la informa.

4.2.2.6. En la cuenta Deudores se registraron deudas de difícil cobro por valor de \$789.565.4 miles, correspondientes a servicios de salud, por conceptos de letras de pacientes que resultaron sin capacidad de pago o de empresas de salud en liquidación. Según la provisión de esta cuenta el Hospital viene asumiendo pérdidas, por este concepto, por más de un 85%, lo cual conlleva a que la Entidad esta afectando su utilidad debido a un proceso débil del cobro de su cartera.

4.2.2.7. Existen letras por cobrar por valor de \$19.730.9 miles aproximadamente, de los años 1998 y 1999 que se encuentran vencidas, es decir que ya prescribieron y la acción ejecutiva que de esto se podría emanar se encuentra caducada, porque los títulos valores prescriben a los tres años como lo establece el Código de Comercio.

4.2.2.8. Al verificar las carpetas que contienen la información de cada una de las ARS y EPS se observó que los documentos se encuentran desorganizados; no hay un control cronológico de las actividades realizadas ni tampoco se identifica un seguimiento de los saldos por cobrar a cada una de ellas, lo cual conlleva a que el Hospital no identifique cuales son los valores que le adeudan y por lo tanto existe incertidumbre en el saldo real de la cartera, contraviniendo las normas técnicas relativas a los documentos soporte, numeral 1.2.7.2 del PGCP y lo establecido en el literal (e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, relacionado con la confiabilidad de la información.

4.2.3. Inventarios

El saldo que tiene la cuenta de inventarios a diciembre 31 de 2001 es de \$356.224.9 miles. Se presentan los siguientes hallazgos:

4.2.3.1. En la cuenta de Inventarios existe una diferencia de \$80.809.3 miles entre los registros que presenta contabilidad (\$356.224.9 miles) y el Almacén (\$275.415.6 miles), lo cual conlleva a que la información no sea comparable y confiable, transgrediendo características de la información contable pública

numeral 1.2.4.4- Comparable, del Plan General de Contabilidad Pública -PGCP, el numeral 8.11. – Conciliación entre las diferentes áreas de la Circular Externa No. 035 emanada del Contador General de la Nación, como también lo establecido en el literal (e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, relacionado con la confiabilidad de la información.

4.2.3.2. Esta cuenta se encuentra subvaluada en más de \$137.000.0 miles aproximadamente, cifra que corresponde a los medicamentos valorizados de las farmacias de la Entidad, toda vez que las existencias de los medicamentos que se encuentran en las farmacias no se encuentran registradas en la cuenta de inventarios sino en la cuenta de gastos, por lo tanto afecta el Estado de Resultados de hospital, contraviniendo los principios de contabilidad pública establecido en los numerales 1.2.6.2. – Causación, 1.2.6.3. – Registro y el párrafo primero del numeral 1.2.7.1.1 de inventarios del PG CP. Además, las salidas o egresos de Almacén General de medicamentos a las Farmacias, no se registran en éstas como un ingreso en la cuenta de inventarios sino que directamente se contabilizan al gasto, que posteriormente es distribuido por centros de costos (en implementación), lo cual conlleva a que la cuenta del Patrimonio Institucional se encuentre sobrevaluada en la cantidad antes mencionada.

4.2.3.3. La Entidad no realizó a diciembre 31 de 2001 el inventario físico de las farmacias, ni existe el Acta del levantamiento de este, incumpliendo con lo indicado en las características de la información contable pública, numerales 1.2.4.3. - Medible y 1.2.4.4. - Comparable; además el numeral 1.2.5. - Requisitos de la información contable pública, del PGCP, y también el numeral 2.3.3. - Administración y Control de los bienes, numeral 11 y el numeral 4.10. – Toma Física o Inventario, del Manual de Procedimientos Administrativos y Contables para el Manejo y Control de los Bienes en los Entes Públicos del Distrito Capital, emanada por la Secretaría de Hacienda.

A diciembre 31 de 2001 si se realizó conteo físico de los elementos de las farmacias (anexo copia de levantamientos físicos). La observación persiste por cuanto en los 17 folios de la respuesta el anexo en mención no fue remitido.

4.2.3.4. Se presenta una diferencia de \$ 25.395.7 miles, al cruzar los comprobantes de ingresos que expidió el almacén en el mes de diciembre de 2001 (\$69.591.6 miles) con los registrados en los libros auxiliares de contabilidad (\$94.987.3 miles), como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro No. 13
CUENTA DE INVENTARIOS
DIFERENCIAS ENTRE CONTABILIDAD Y ALMACÉN
DICIEMBRE DE 2001

(en miles de pesos)

CODIGO	INGRESOS CONTABILIDAD	INGRESOS ALMACEN	DIFERENCIAS
15180302	12.739.8	12.896.4	(156.6)
15180303	9.760.7	22.244.0	(12.483.3)
15180304	2.491.2	2.647.8	(156.6)
15180390	33.755.9	20.822.2	12.933.7
15180391	6.939.4	6.968.6	(29.2)
15180601	970.6	-0-	970.6
15180607	-0-	970.6	(970.6)
15180701	18.888.3	-0-	18.888.3
15180790	-0-	617.5	(617.5)
15189004	9.441.4	2.424.5	7.016.9
TOTALES	94.987.3	69.591.6	25.395.7

Fuente: Libros Auxiliares e ingresos del Almacén.

Lo anterior viene incumpliendo con las características de la información contable pública numeral 1.2.4.4. - Comparable, del Plan General de Contabilidad Pública, el numeral 8.11. - Conciliación entre las diferentes áreas de la Circular Externa No. 035 emanada del Contador General de la Nación, como también lo establecido en el literal (e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, relacionado con la confiabilidad de la información.

4.2.3.5. Se efectuó una prueba selectiva de los elementos en existencia en el almacén y se detecta:

4.2.3.5.1. Elementos vencidos que ascienden a \$3.940.0 miles aproximadamente, los cuales, no se les ha realizado la baja respectiva, como tampoco se ha efectuado el registro de la Provisión para Protección de Inventarios, lo cual conlleva a que la cuenta del gasto se encuentre subvaluada en dicha cantidad, afectando la utilidad del Ejercicio, por lo tanto se esta transgrediendo con lo estipulado en el Capítulo 5, numeral 5.6 de la Resolución 001 de septiembre 20 de 2001, emanada de la Secretaria de Hacienda Distrital y lo establecido en los principios de contabilidad pública numeral 1.2.7.1.1. -Inventarios, inciso 8, del Plan General de la Contabilidad pública emanado por el Contador General de la Nación.

4.2.3.6. A la farmacia ubicada en la UPA 29 se le realizó visita el día 17 de octubre del año en curso, detectándose:

4.2.3.6.1. Se seleccionó una muestra de medicamentos arrojando los siguientes faltantes:

185

Cuadro No. 14
CUENTA DE INVENTARIOS MUESTRA SELECTIVA EN LA FARMACIA
DIFERENCIAS ENTRE EL FISICO Y EL KARDEX

(En cantidades)

NOMBRE MEDICAMENTO	CANTIDAD FISICA	CANTIDAD KARDEX	DIFERENCIA
Amoxicilina Genfar - 45 ml suspensión.	1186	1186	0
Furosemida ampollas Ryam	758	722	(36)
Salbutamol frasco	1064	1065	(1)
Captopril tabletas 50mgs	13.825	13.905	(80)
Dormicum-Midazolam 5mgs-iny.	20	20	0
Dormicum-Midazolam 7mgs- tab.	37	37	0
Fentanyl Citrato 0.0785 mgsXml- iny	20	20	0

Fuente: Farmacia UPA 29

En esta observación resaltamos que dichos elementos no son faltantes reales, la diferencia se debe a las siguientes causas:

Furosemida: Se encontraba pendiente de digitar en kárdex un ingreso de 107 ampollas, otro ingreso de 30 y un egreso de 100

Salbutamol: Al momento del conteo de facturas, no se tomó en cuenta que dentro de una fórmula de amoxicilina se incluía un frasco de Salbutamol

Captopril: Este es un medicamento de alta rotación con un consumo de 20.000 unidades al mes, por lo que el proceso de verificación se hace complejo y demorado, se está realizando dicho trabajo a fin de determinar el origen de la diferencia.

4.2.3.6.2. Se verificó que el Kárdex se lleva en hojas de cálculo "Excell" detectándose que estaba actualizado hasta el día 2 de octubre del 2002 y para llegar a las diferencias encontradas, según el cuadro anterior, se verificaron los documentos de los días 2 al 7 inclusive de las entradas (ingresos de Almacén) y salidas (despachos de formulas) de estos medicamentos. Igualmente el libro control de medicamentos especiales se encuentra desactualizado.

4.2.3.6.3. Se encuentran medicamentos vencidos del año 2001 por valor de \$1.038.0 miles aproximadamente; a los cuales, no se les ha realizado la baja respectiva, ni se ha efectuado el registro de la Provisión para Protección de Inventarios, lo cual conlleva a que la cuenta de gasto se encuentre subvaluada en dicha cantidad, afectando la utilidad del Ejercicio, contraviniendo lo estipulado en el Capítulo 5, numeral 5.6 de la Resolución 001 de septiembre 20 de 2001, emanada de la Secretaria de Hacienda Distrital y lo establecido en los principios de contabilidad pública numeral 1.2.7.1.1. – Inventarios, inciso 8, del Plan General de la Contabilidad pública emanado por el Contador General de la Nación.

4.2.3.6.4. El lugar donde se depositan los medicamentos está desorganizado existe demasiado archivo en cajas y folderes AZ de vigencias anteriores que reduce un espacio valioso para organizar todos los elementos que se encuentran

en la farmacia. Esto conlleva a que los medicamentos no están protegidos contra las partículas sólidas del medio ambiente.

4.2.3.6.5. El área donde se reenvasa el sulfato ferroso y el ácido fólico no garantiza una adecuada higiene al momento de realizarlo.

4.2.4. Propiedad, Planta y Equipo.

La cuenta de Propiedad Planta y Equipo, tiene un saldo de \$1.431.070.5 miles. Al efectuar el análisis de esta cuenta se presentan los siguientes hallazgos:

4.2.4.1. Se presenta una diferencia de \$1.182.5 miles al comparar los valores registrados en libros contables, subcuenta Bienes Muebles en Bodega (\$43.589.1 miles) con los suministrados por el Almacén, "Cuadros Consolidados a diciembre 31 de 2001" (\$42.406.6 miles), lo que indica la falta de conciliación y depuración de cifras entre las dos áreas, creando incertidumbre entre dichos valores, transgrediendo lo establecido en las características y requisitos de la información contable pública: numerales 1.2.4.4. – Comparable, 1.2.5.3. – Consistente, 1.2.5.5. – Verificable, y el numeral 8.11. – Conciliación entre las diferentes áreas, de la Circular Externa No. 035 emanada del Contador General de la Nación, como también lo establecido en el literal (e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, relacionado con la confiabilidad de la información. Estas diferencias se discriminan así:

Cuadro No. 15
CUENTA BIENES MUEBLES EN BODEGA
DIFERENCIA ENTRE CONTABILIDAD Y ALMACEN
A DICIEMBRE 31 DE 2001

(En miles de pesos)

CODIGO	CONTABILIDAD	ALMACEN	DIFERENCIAS
16350101	949.9	0	949.9
16350201	62.847.8	8.528.1	54.319.7
16350202	4.141.2	4.424.4	(283.2)
16350203	0	7.763.9	(7.763.9)
16350204	(19.387.9)	10.882.9	(30.270.8)
16350301	825.3	2.004.6	(1.179.3)
16350302	4.389.7	0	4.389.7
16350390	(4.195.2)	0	(4.195.2)
16350401	2.417.3	3.188.3	(771.0)
16350402	(9.481.8)	0	(9.481.8)
16351001	0	459.9	(459.9)
16351104	5.8	0	5.8
16351105	293.9	0	293.9
16359001	0	5.153.8	(5.153.8)
16359004	783.1	0.7	782.4
TOTALES	43.589.1	42.406.6	1.182.5

Fuente: Libros auxiliares y cuadro consolidado del Almacén.

4.2.4.2. Como se puede observar en el cuadro anterior, se presentan saldos contables contrarios a los de la naturaleza de la cuenta que ascienden a \$33.064.9 miles, lo cual conlleva a una subestimación de la cuenta Propiedad, Planta y Equipo, no se realiza análisis y depuración de saldos a nivel auxiliar, ni la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol da cumplimiento a los objetivos del sistema de control interno contable, como lo contempla el literal f del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993 y el numeral 1.2.7.1.1. - Normas Técnicas Relativas a los Activos – Propiedad, Planta y Equipo del PGCP.

4.2.4.3. Los códigos de las cuentas contables de la Propiedad, Planta y Equipo no se ajustan a los que maneja la Oficina de Activos Fijos de la Entidad, lo cual no permite verificar y comparar los saldos de las dos áreas, contraviniendo lo establecido en el Catálogo General de Cuentas numeral 2.1.1.3. – Cuentas y – subcuentas del Plan General de la Contabilidad Pública, emanada del Contador General de la Nación y el numeral 2.3. – Fuente y Clasificación de bienes, inciso 7 del Manual de Procedimientos Administrativos y Contables para el Manejo y Control de los bienes en los Entes Públicos del Distrito Capital, emanado de la Secretaría de Hacienda y el literal (e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, relacionado con la confiabilidad de la información.

4.2.4.4. Los Bienes inmuebles se encuentran reflejadas en las Cuentas de Orden Deudoras por valor de \$2.715.006.6 miles, debido a que no se ha legalizado la transferencia de estos bienes al Hospital, por lo tanto no se encuentran incorporados en la cuenta de Propiedad, Planta y Equipo.

4.2.4.5. A la fecha no se ha realizado el traspaso de los vehículos al Hospital del Sur, que es un requisito indispensable para determinar la Propiedad de los bienes de la Entidad, según lo establece el numeral 1.2.7.1.1. - Propiedad, planta y equipo del PGCP.

4.2.4.6. Las motos con placas números 4837 y 4838 no están en servicio y se encuentran subutilizadas, generando de un parte pago de impuestos de unos bienes que no están en uso y de otra exponiendo a deterioro.

4.2.4.7. No existe un acto administrativo del levantamiento físico del inventario de los bienes en servicio a diciembre 31 de 2001, tal como se establece en el numeral 4.10. del Manual de Procedimientos Administrativos y Contable para el manejo y control de los bienes en los entes públicos del Distrito Capital, adoptada mediante la Resolución 001 de Septiembre 20 de 2001 emanada de la Secretaría de Hacienda.

4.2.5. Cargos Diferidos.

A diciembre 31 de 2001 esta cuenta tiene un saldo de \$55.236.3 miles. Se presenta el siguiente hallazgo:

En la cuenta otros activos subcuenta cargos diferidos (código 1910) hay una diferencia de \$83.555.7 miles, entre los registros contables (\$55.236.3 miles) y los del Almacén (\$138.792.0 miles), por falta de conciliación entre las áreas, lo cual conlleva a que la información no sea comparable y confiable, incumpliendo con las características de la información contable pública numeral 1.2.4.4. - Comparable, del Plan General de Contabilidad Pública, el numeral 8.11. – Conciliación entre las diferentes áreas, de la Circular Externa No. 035 emanada del Contador General de la Nación, como también lo establecido en el literal (e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, relacionado con la confiabilidad de la información.

4.2.6. Cuentas Por Pagar.

El saldo al cierre del ejercicio la cuenta ascendió a \$1.998.173.9 miles. A continuación se detallan los siguientes hallazgos:

4.2.6.1. Se encontró una diferencia en las cuentas por pagar de \$962.092.3 miles al cotejar los registros contables (\$1.998.173.9 miles) con los saldos de tesorería que es la responsable de las cuentas por pagar (\$1.036.081.6 miles), por lo tanto la cuenta se encuentra sobrevaluada y no se ha realizado la depuración y conciliación de saldos entre dos áreas, lo cual conlleva a que la información no sea comparable y confiable, incumpliendo con las características de la información contable pública numeral 1.2.4.4. - Comparable, del Plan General de Contabilidad Pública, el numeral 8.11. – Conciliación entre las diferentes áreas, de la Circular Externa No. 035 emanada del Contador General de la Nación, como también lo establecido en el literal (e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, relacionado con la confiabilidad de la información.

4.2.6.2. Se detectó que existen saldos contrarios a su naturaleza que ascienden a \$316.351.2 miles y que están subestimando las cuentas por pagar, hecho que ratifica la falta de análisis y depuración de saldos a nivel auxiliar, procesos de seguimiento que debe realizar la oficina de Gestión Pública y Autocontrol al sistema de control interno contable, como lo contempla el literal f del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993 y el numeral 1.2.7.1.2. - Normas Técnicas Relativas a los Pasivos - Cuentas por Pagar del PGCP.

Como ejemplo citamos las siguientes partidas:

181

Cuadro No. 16
CUENTAS POR PAGAR
SALDOS CONTRARIOS A SU NATURALEZA
A 31 DE DICIEMBRE DE 2001.-

(Cifras en miles de pesos)

CÓDIGO	CUENTA	BENEFICIARIO	SALDO
24250101	Comisiones, honorarios y servic.	Bejarano González Elvert Corporación Universitaria	3.291.2 837.0
24251501	Aportes a Fondos Pensionales	Porvenir S. A Santander Cesantías	5.118.6 357.6
24252101	Sindicatos	Nacional de la Salud Agremiación de conductores	31.0 4.7
24252201	Cooperativas	Hospital Kennedy PNA Hospital Trinidad Galán Suma Sociedad Cooperativa Seguros Bolívar Compensar	889.3 15.8 184.6 853.7 901.8
24252401	Embargos judiciales	Grande Fernando	35.0
24252901	Cheques no cobrados	Empresa de Teléfonos de Bogotá	67.5
24253301	Fondo de Solidaridad y Garantía	Suratep Riesgos profesionales Aseguradora Colseguros	789.8 7.291.7
24259001	Otros Acreedores	Jahv Auditores Colombia Ltda.	8.654.1
24360101	Salarios y Pagos laborares	DIAN	39.176.5
24360301	Honorarios	Admón de Impuestos y Aduanas Nals. DIAN	16.790.8 62.339.1
24360501	Servicios	Admón de Impuestos y Aduanas Nals. DIAN	8.440.3 32.821.1
24360502	Vigilancia	Admón de Impuestos y Aduanas Nals. DIAN	4.692.7 21.307.9
24360801	Compras	Admón de Impuestos y Aduanas Nals. DIAN	6.260.2 14.614.9
24360802	Compra combustible	Admón de Impuestos y Aduanas Nals.	8.9
24362501	Impuesto a las ventas retenido	Admón de Impuestos y Aduanas Nals. DIAN	12.049.2 49.003.3
24370101	Retención ICA por compras	Tesorería Distrital	19.522.9
	TOTAL		316.351.2

FUENTE: Estados Contables a 31 de diciembre de 2001.

4.2.7. Gastos - Provisión Para Deudores.

En la cuenta auxiliar de prestación de servicios – cartera de más de 90 - 120 días (código 53040503) tiene un saldo contrario al de su naturaleza de la cuenta, por valor de \$39.940.1 miles, conllevando a una subestimación en los gastos y por lo tanto la utilidad del ejercicio se ve afectado en dicha cantidad, contraviniendo las normas técnicas relativas a las cuentas de actividad financiera, económica o social, numeral 1.2.7.1.4. - Gastos del PGCP, como también el literal (e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, relacionado con la confiabilidad de la información.

4.2.8. Cuentas de orden.

4.2.8.1. Se encontró una diferencia de \$24.008.1 miles al comparar los Comodatos que tiene el Hospital registrados en contabilidad en la cuenta de orden Acreedoras de control (\$1.003.465.4 miles), con los reflejados en las oficinas de Activos Fijos (\$1.003.465.4 miles) más el Almacén (\$24.008.1), por lo tanto no existe conciliación y depuración de cifras entre las tres áreas, creando incertidumbre entre dichos valores, incumpliendo con lo establecido en las características y requisitos de la información contable pública: numerales 1.2.4.4. – Comparable, 1.2.5.3. – Consistente, 1.2.5.5. – Verificable, y el numeral 8.11. – Conciliación entre las diferentes áreas, de la Circular Externa No. 035 emanada del Contador General de la Nación, como también lo establecido en el literal (e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, relacionado con la confiabilidad de la información.

4.2.8.2. En las cuentas de Orden no se están revelando los compromisos contractuales que ha realizado el Hospital del Sur a diciembre 31 de 2001, pues contablemente no existe un control de los contratos, ya que se registran en la medida que se están ejecutando, por lo tanto los Estados Contables deben controlar y revelar los derechos y obligaciones que tiene el ente público, incumpliendo con lo establecido en los principios de contabilidad en su numeral 1.2.6.2. - Causación y en las Normas Técnicas Relativas a las Cuentas de Orden, numeral 1.2.7.1.5, del PGCP.

4.2.9. Control Interno contable

4.2.9.1 *Ambiente de control.*

La oficina de Contabilidad estuvo conformada por dos funcionarios que fueron el Contador Público y un auxiliar administrativo que desempeña funciones de auxiliar contable. En la actualidad cuenta con un nuevo Profesional Universitario responsable de la contabilidad en calidad de provisional, apoyado por dos auxiliares, uno de los cuales esta vinculado a través de un contrato de prestación de servicios. De acuerdo con las observaciones anteriormente enunciadas esta área presenta deficiencias en la realización de un análisis más minucioso a cada una de las cuentas, para así obtener una contabilidad depurada y mostrar estados contables razonables.

Una de las mayores limitaciones en la ejecución de la auditoría consistió en que al tratar de efectuar seguimiento sobre algunos datos presentados en los estados contables se observo funcionarios trasladados en la presente vigencia, que desconocían los procedimientos adelantados como en el caso específico de la oficina encargada de la custodia, control y registro de los activos fijos en servicio.

Igualmente en las oficinas de facturación y cartera, ejes fundamentales en la consolidación, proceso y producción de la información financiera, existió una alta rotación del personal especialmente en la jefatura de estas áreas, y se presentaron periodos sin responsable directo de estas actividades, generando incumplimiento en las metas trazadas. Se recurrió a un contrato de Outsourcing para adelantar esta gestión.

La entidad únicamente cuenta con un médico auditor de medio tiempo (en las tardes) para la revisión y respuesta de las glosas, personal insuficiente si se pretende una mayor recuperación de sus cuentas.

4.2.9.2. Administración de riesgos contables y financieros

La oficina de Gestión Pública y Autocontrol, encargada del Control Interno del Hospital, tiene dificultades técnicas y administrativas, dado que durante la vigencia de 2001 solamente contó con dos funcionarios, lo que no permite un adecuado seguimiento de los procesos contable y financiero, que minimicen el riesgo de no contar con información confiable.

4.2.9.3. Actividades de control contable y financiero.

La oficina de contabilidad no desarrolló procesos de auto control, evaluación y análisis, debido a la falta de los recursos mencionados. Con los tres (3) funcionarios con que cuenta el área contable, únicamente se desarrollan labores de digitación, procesamiento y producción de información contable, para cumplir con los plazos de presentación a las diferentes entidades de vigilancia y control; descartando la función principal de análisis y depuración de cifras de una entidad tan compleja por el gran volumen de operaciones financieras, económicas y sociales que produce el ente público en un determinado periodo.

El cumplimiento en una de las metas definidas en el Plan de Acción era la implementación en un 50% del centro de costos de la Entidad. Para este propósito el Hospital asignó a un funcionario de dedicación plena, insuficiente ya que se requiere más recurso humano y la agilización de la comunicación entre las diferentes áreas en lo relacionado con la captura de la información.

4.2.9.4. Sistemas de Información y Comunicación

El Hospital del Sur para su proceso contable maneja el Software Hipócrates, el cual es alimentado por las diferentes interfaces que realizan operaciones generadas en sus dependencias como tesorería, presupuesto, facturación y cartera, almacén, activos fijos entre otras.

Facturación y cartera es manejada por un ente externo de la Entidad, la cual procesa directamente la información que luego es remitida por interfase, esta no es verificada ni analizada generando saldos por depurar en la cuenta respectiva.

Actualmente se vienen realizando conciliaciones mensuales entre las diferentes áreas que alimentan la contabilidad.

La gran mayoría de las diferencias encontradas en las cuentas obedece a la calidad de la información registrada al momento de la fusión (año 2000), tal es el caso de la cuenta de Deudores.

El Hospital del Sur no cuenta con un archivo central de información; cada dependencia posee su propio archivo de documentos y soportes más los producidos en sus respectivas oficinas. Para el caso de contabilidad, solo posee lo que ella produce. Para cualquier verificación y análisis de un hecho económico y social que afecte la contabilidad se deben solicitar datos en las oficinas de origen, pues son ellas quienes poseen los soportes y documentos, válidos y suficientes.

La oficina de Facturación y Cartera responsable del manejo del archivo de los diferentes deudores, al efectuarse la revisión de los mismos se encontró desorganizado, no se tiene un control de seguimiento por cada uno de lo actuado, es decir no se puede conocer el estado real de la cartera de cada entidad a la que se le vendió el servicio.

En el almacén hay elementos de baja rotación que pueden ser intercambiados con otros hospitales de la red, prestando de esta manera una adecuada gestión a los recursos de la Entidad.

4.2.9.5. Retroalimentación y Mejoramiento Continuo

Los aportes que realiza la Oficina de Gestión Pública y Autocontrol a las diferentes áreas y especialmente a la de contabilidad hacen énfasis en la necesidad de identificar y desarrollar las acciones necesarias que permitan al Hospital desarrollar un sistema de información gerencial que fluya de una manera efectiva y asegure su retroalimentación.

4.3. EVALUACIÓN PRESUPUESTAL

4.3.1. Evaluación a la ejecución y cierre presupuestal.

Se revisaron todos los actos administrativos relacionados con la aprobación y adopción del presupuesto para la vigencia 2001. Así mismo se verificó cada acto

administrativo de variación del presupuesto durante la vigencia, sin encontrar observaciones al respecto.

El presupuesto inicial del hospital se estableció en \$ 17.180.059.6 miles a diciembre 31 de 2001 y una vez consolidadas las diferentes variaciones quedo definitivamente en \$ 19.364.217.6 miles.

La distribución y comportamiento de la ejecución pasiva presupuestal fue la siguiente:

Cuadro No. 17
EJECUCIÓN PASIVA PRESUPUESTAL 2001

Valor en miles de pesos

RUBRO	PRESUPUESTO	%	EJECUCIÓN	%
Gastos Funcionamiento	6.006.462.9	31.02	5.544.394.8	92.3
CX Pagar (Función)	1.630.887.4	8.42	1.484.865.0	91.1
Gastos de Inversión	10.495.372.6	54.20	10.471.709.2	99.7
CX Pagar (inversión)	1.231.494.7	6.36	1.072.486.4	87.1
TOTAL	19.364.217.6	100.0	18.573.455.4	95.9

Fuente: Papeles de trabajo.

Cuadro No. 18
EJECUCIÓN ACTIVA 2001

Valor en miles de pesos

RUBRO	PRESUPUESTO	%. PARTICIP	INGRESOS	%
Dispon. Inic.	1.298.492.9	6.70	1.298.495.8	100.00
Ing. Corrientes	15.515.952.7	80.12	13.734.380.4	88.51
Transferencias	2.501.772.0	12.92	2.581.224.8	94.43
Rec. Capital	48.000.0	0.26	69.419.8	144.6
TOTAL	19.364.217.6	100.00	17.693.517.8	90.20

Fuente: Papeles de trabajo.

La participación definitiva en la ejecución pasiva de los gastos de funcionamiento fue del 38%, mientras que los gastos de inversión participaron en un 62%, lo que nos señala una relación entre gastos de inversión y gastos de funcionamiento esto es por cada \$1 gastado en funcionamiento se invierten \$ 1.63.

Al evaluar la ejecución activa, se observa que los ingresos corrientes de la entidad, presentan un cumplimiento del 88.5%, esto es \$1.781.572.3 miles menos de lo presupuestado, valor éste que incidió directamente en la Gestión adelantada en la entidad, toda vez que en éste aparte se refleja claramente el recaudo de cartera de la Entidad.

El presupuesto del año 2000, presentó la siguiente distribución: Gastos de Funcionamiento 38.5% y de inversión 61.5%, situación que presenta muy poca

variación durante el año 2001, por cuanto éste comportamiento durante el año 2001 fue del 38% en gastos de funcionamiento y del 62% en inversión.

Al establecer el comparativo entre los ingresos y los gastos en el año 2000, la relación fue de \$1.11 para cubrirlo, pero en el año 2001, ésta relación paso a \$0.95, presentándose una disminución del 16.84 % en la liquidez de la entidad durante la vigencia.

Al compararse el comportamiento de los rubros correspondientes a los gastos de funcionamiento durante los años 2000 y 2001 se observa lo siguiente: Los servicios personales administrativos durante el año 2001, presentaron una disminución con respecto al año 2000, al pasar de una participación del 68.12% al 37%, los gastos generales presentaron un incremento al pasar de un 20.47% al 29.28%, mientras el rubro materiales y suministros presento una leve variación al pasar en el año 2000 del 11.41% al 10.99% en el 2001.

4.3.2. Cuentas Por Pagar.

Efectuada la revisión de las cuentas por pagar que quedaron del año 2001 y correspondiente a los anticipos, pagos parciales y pagos finales de las obligaciones de la entidad, se encontró que cumplen los requisitos para tal fin.

Para el año 2002 las obligaciones correspondientes quedaron establecidas de la siguiente manera:

CUADRO No 19 CUENTAS POR PAGAR

Valor en miles de pesos

RUBRO	VALOR	%
GASTOS FUNCIONAMIENTO	1.440.566.6	81.6
GASTOS DE INVERSION	325.734.5	18.4
TOTAL	1.766.301.1	100.0

Fuente: Papeles de trabajo

Esta cifra de las cuentas por pagar corresponde al 10.11% de lo ejecutado durante la vigencia 2001.

Como puede observarse la diferencia que se presentó en la ejecución activa (ingresos) y las cifras de las cuentas por pagar es casi la misma, y si bien es cierto que presentó disminución con respecto al año 2000, también lo es que esta cifra incide directamente en la gestión del año 2002.

En cuanto corresponde a la composición del ingreso este presentó una disminución del 2.30% al pasar de \$17.875.805.3 miles a \$17.464.826.0 miles.

En los diferentes rubros que conforman los ingresos su comportamiento fue el siguiente: Los ingresos corrientes del año 2001 presentaron un incremento en la participación al pasar del 66.63% al 78.64%, esto es de \$11.909.904.9 miles a \$13.734.380.4 miles, las transferencias presentaron una disminución al pasar de \$4.740.789.5 miles a \$2.362.532.9 miles o lo que es lo mismo de una participación del 26.52% decreció al 135.53% para el año 2001.

Los recursos de capital al pasar en el año 2000 de \$79.821.3 miles a \$69.419.7 miles en el año 2001 y corresponder al 0.45% y 0.40% respectivamente en la composición de los ingresos, su variación no incide directamente en la composición de los ingresos.

Para el año 2000 hubo unos reconocimientos que representaron el 6.4% de los ingresos, mientras que para el año 2001 la disponibilidad representó el 7.43%.

4.4. EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN

4.4.1. Etapa Precontractual.

La Junta Directiva del Hospital del Sur en ejercicio de las facultades que le confiere el Acuerdo 17 del Concejo de Bogotá, D.C. adoptó mediante la Resolución No. 012 del 7 de Noviembre de 2000, el Reglamento Interno de Contratación para tal ente; el estatuto en cuestión esta conformado por 3 artículos en donde el segundo es el que fija en 18 numerales las reglas a seguir, en estos se establecen procedimientos y requisitos para determinados contratos en atención a sus cuantías; de la misma manera, tal ente estableció el deber de realizar unos procedimientos tendientes a aplicar y desarrollar para el hospital el principio de Selección Objetiva, entre los que se cuenta, la obtención de por lo menos 2 Ofertas cuando la cuantía del contrato a celebrar en el año 2001 sea superior a \$11.440.0 miles, estas cotizaciones se deberán solicitar por escrito a todos el mismo día indicando la fecha máxima de recepción de las propuestas; fecha que deberá ser prudencial para la presentación del ofrecimiento (numeral 3).

Por otro lado, cuando el valor del contrato a celebrar en 2001 supere los \$35.750.0 miles, la invitación a proponer se publicará en la cartelera de la entidad, previa elaboración de unos términos de referencia a fin que las ofertas puedan ser elaboradas de acuerdo a las exigencias de la entidad y presentadas en un término prudencial de acuerdo a la complejidad del convenio a celebrar (numeral 4).

Asimismo el estatuto en comento, le impone a la Gerente la obligación de obtener en todos los casos información real, confiable y susceptible de verificación acerca de las condiciones, plazos, calidades y precios del mercado para efectos de

evaluar todos los ofrecimientos a la luz de dichos parámetros y para efectos de obtener la disponibilidad presupuestal con base en dichas condiciones (numeral 7), este requisito en particular también se encuentra impuesto en el inciso 4 del Art. 3 del Decreto 855 de 1994.

En el numeral 8 y con la debida justificación escrita establece los casos en que es viable prescindir de la publicación y/o de la obtención de las ofertas cuando después de haber cumplido el procedimiento no se obtuvo respuesta (ofertas), en los contratos Intuitu personae y en casos de Urgencia Manifiesta.

En todo caso establece el numeral 6 del artículo 2º del estatuto en tratamiento, que siempre deberá efectuarse comparaciones entre diversas propuestas en forma objetiva y en igualdad de condiciones; por lo que se deberá escoger la oferta que contenga las mejores condiciones según los criterios de selección y la ponderación precisa y concreta que de los mismos, entre los que deberá considerarse el precio plazo, condiciones de financiamiento, calidad de los bienes o servicios, experiencia del oferente, los equipos disponibles para la ejecución del contrato y el cumplimiento de los contratos anteriores, a renglón seguido el numeral contempla que la selección objetiva comprende la comparación de las propuestas con las condiciones del mercado.

Cuando el contrato a celebrarse supere los \$143.000.0 en miles, se requerirá en 2001 autorización previa, favorable y expresa de la Junta Directiva al igual que para las prórrogas, incrementos del valor, cesiones y adiciones, todo ello según el numeral 10 ibídem. Por expresa disposición del numeral 15 no se podrá fraccionar los contratos con el propósito de eludir el cumplimiento de los anteriores requisitos. Todo lo anterior rige el proceso precontractual en el Hospital del Sur; no obstante el grupo auditor en desarrollo del Programa de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral hizo los siguientes hallazgos:

4.4.1.1 En todos los contratos examinados la administración omitió la realización previa de los estudios del mercado que incluyera la consulta de precios de mercado que le permitiera al Hospital del Sur poder determinar el presupuesto oficial plasmando este criterio en el Certificado de Disponibilidad Presupuestal de la misma manera, este proceso le proporcionaría un parámetro para evaluar las ofertas; toda vez que tendría conocimiento de los precios y/o costos de los elementos que se adquieren y conocer las realidades externas.

4.4.1.2. La administración no realizó en la gran mayoría de contratos celebrados en el 2001 los estudios dispuestos en los numerales 7 y 12 del Art. 25 de la Ley 80/93, que le permitieran establecer la conveniencia o inconveniencia para celebrar contratos (solo 1 contrato el No. 272 del 2001 si fue precedido de tales estudios aunque parcialmente); y su oportunidad, la adecuación a los planes de

compras y al presupuesto de la entidad; los procedimientos en comento permiten que el hospital tenga conocimiento de sus necesidades reales, de las cantidades de bienes que requiere (Contrato No. 384/01); al igual, que le permiten obtener los certificados y/o autorizaciones previas exigidas, expedición del certificado de Disponibilidad Presupuestal (esta inconsistencia relativa a la expedición extemporánea del certificado de Disponibilidad se detectó también en los contratos Nos. 363, 372 y 384 /01), a más que se pretermitió la obtención de la cantidad de ofertas exigidas.

No corresponde a la realidad la manifestación que hace el ente de control en torno a que la entidad celebró contratos sin que estos estuviesen precedidos de Disponibilidad Presupuestal, toda vez que revisados los contratos de la referencia, estas fueron anteriores a la celebración y ejecución de los contratos.

4.4.1.3. Para la Celebración del Contrato de Obra Pública No. 272, no se dio cumplimiento a la exigencia dispuesta por la Ley 388/98, sobre autorizaciones para construir, remodelar y/o modificar las construcciones ya autorizadas.

Por lineamientos impartidos por la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. se ordenó dar terminación a las obras inconclusas, que para nuestro caso en particular era terminación de Upa 79 Carvajal. (Obra que por un periodo de Ocho (8) años estaba en OBRA NEGRA). Amparados en el, Plan de Ordenamiento Territorial (POT) de Junio de 2000 en sus Arts. 503, 504, y con concepto favorable de Planeación Distrital, no se dio ningún impedimento para iniciar las obras, sin embargo el Hospital Gestionó ante la Curaduría Urbana Numero Cuatro el permiso para la terminación de la obra en mención, que fue expedida el 30 DE ABRIL DE 2001, fecha anterior a la de celebración del contrato. (Anexo copia del documento expedido por Planeación).

De otra parte, hasta tanto no se contara con la licencia de la Curaduría, la entidad tomó sus previsiones suspendiendo temporalmente el contrato y reanudándolo el 14 de diciembre, fecha de expedición de la licencia. Es de anotar que dicho documento se demoró en su expedición por parte de la Curaduría.

En este aspecto, reitera la administración la necesidad de que exista un canal de comunicación con las personas a cargo de los diferentes procesos que permita aclarar si los procedimientos se cumplieron en su debida oportunidad.

4.4.1.4. En la convocatoria No. SC 003 26012001, que antecedió la celebración del contrato No. 63/01, tenía como finalidad efectuar la contratación para el suministro de Combustible (Gasolina y ACPM) Lubricantes y Llantas para los vehículos del hospital, pero en el momento de adjudicar el contrato solo se tuvo en cuenta lo referido al suministro de gasolina, desestimando lo relativo al otro combustible, los lubricantes y las llantas.

El Hospital tuvo en cuenta de manera representativa la propuesta que refiere el suministro de gasolina por encima de los otros insumos debido a que es el combustible el elemento que más se emplea en el Hospital. Los demás elementos son de baja utilización, frente al consumo de gasolina que es más elevado, razón por la cual se prioriza la necesidad del insumo esencial que

era el de gasolina, elemento que no podría dar espera a un nuevo proceso de contratación. Es de destacar que una de las razones que tiene en cuenta el Hospital para la adjudicación es la solicitud de pago de anticipo la cual no está autorizada por la entidad para este tipo de servicios

4.4.1.5. El contrato No. 124/01, se prorrogó en seis veces su plazo inicial pactado, a pesar que de acuerdo con la evaluación a las ofertas uno de los factores de ponderación fue la entrega oportuna de los bienes ofrecidos.

4.4.1.6. Las aplicaciones del programa Hipócrates no han sido muy claras a nivel del sector salud distrital, pero mediante el contrato No. 220/01, la administración pactó la Prestación de Servicios de actualización y soporte sobre las nuevas versiones liberadas hasta el 28 de Febrero de 2002, para el software Hipócrates e instalaciones técnicas en el Hospital del Sur, E.S.E., según instrucciones impartidas por la Gerencia y de conformidad con las condiciones ofrecidas (que forma parte integral del Contrato), pero dada la incidencia de este programa sobre la total actividad comercial del ente auditado bien hubiera podido pactarse la prestación de la garantía de Responsabilidad Civil Extracontractual con fundamento en lo establecido en el Art. 17 del Decreto 679 de 1994, que si bien es optativo del hospital exigirla, también lo es que la administración debe prever los riesgos y emprender acciones de mitigación.

El Sistema Operativo Hipócrates es la herramienta adquirida por la Secretaria Distrital de Salud de acuerdo a criterios técnicos y licitación pública en el año de 1997 como soporte de información para 16 hospitales del distrito capital; por otra parte en la evaluación del sistema operativo del hospital fusionada y mediante una asesoría del área de Planeación y Sistemas se decidió que la herramienta informática para unificar en el Hospital del Sur fuera Hipócrates. Debido a ello y de conformidad con los convenios de apoyo al mejoramiento de la gestión realizados con la Secretaria Distrital de Salud el Hospital del Sur esta en la obligación de continuar con contratación para la implementación y mantenimiento de este software con firma SERVINTE quien es la propietaria de los derechos de las licencias del software.

Ahora bien, en lo que respecta a la obligación de exigir la póliza de responsabilidad civil extracontractual, el Decreto que menciona el ente de control, reglamentario de la Ley 80 de 1993 dispone que es optativo de la administración su solicitud en aquellos eventos en donde lo considere necesario

4.4.1.7. En las carpetas de algunos contratos no aparecen los documentos que antecedieron su celebración es el caso de la selección del Revisor (Contrato No. 257/01 y el suscrito en el primer semestre del 2002 con el mismo objeto), que según el Acta de Comité de Compras del Hospital No. 26 de la sesión de fecha marzo 28 de 2001, compitió con cuatro oferentes más, pero no fue posible establecer los factores de ponderación, ni como se efectuó su escogencia, ni se determinó la metodología a implementar; incluso se desconoció la fecha desde la cual empezaría a ejercer el mencionado Revisor Fiscal. Además, se desconoció

en concreto las autorizaciones que sobre el ejercicio deben impartir autoridades en salud.

En desarrollo de este proceso efectivamente, pese a no encontrarse dentro de la carpeta los soportes de propuestas presentadas por los demás oferentes, si corresponde a la realidad el hecho de que cuatro oferentes más allegaron su oferta dentro de los plazos señalados por la Junta Directiva. Prueba de ello es que la Junta Directiva de la entidad, mediante Acta No. 26 del 28 de Marzo de 2001, en ejercicio de sus atribuciones, designó como Revisor Fiscal al Doctor Julián Cabana Parrado, designación que respondió al análisis previo de los términos de referencia. Adicionalmente a la oferta del Doctor Cabana, al momento del cierre se recibieron las ofertas de las firmas P y G Soluciones Tributarias Cía Ltda, Orientación Empresarial Cía Ltda, Enrique Castiblanco Bedoya, Mayra Elva Cuartas Becerra

Resulta importante precisar que la entidad en desarrollo de este proceso adelantó todos los trámites de orden eminentemente administrativo, pero fue directamente la Junta Directiva quien por competencia hizo la selección de oferentes para la Revisoría Fiscal por ser el órgano competente.

4.4.1.8. En los anexos (relación de los insumos requeridos) a la convocatoria que antecedió a la celebración del contrato No. 319/01, la administración solicitaba el suministro de insumos para laboratorio por lo cual celebró el contrato con la firma Laboratorios Limitada de Bogotá y tanto en los anexos de la convocatoria como en el contrato se requerían elementos utilizados por el analizador de hematología ADVIA 60, el cual se encontraba fuera de servicio y para su funcionamiento se necesitaba importar repuestos, por esta razón el contrato debió ser prorrogado 15 veces en el plazo inicial pactado, lo cual evidencia una inadecuada planeación al iniciar un proceso selectivo para adquirir unos elementos que no se podían utilizar en razón de las condiciones de funcionamiento del analizador de hematología. Situación que adicionalmente genera un congelamiento de recursos que pueden destinarse a satisfacer otras necesidades u obligaciones inmediatas, más aún si se considera la iliquidez del hospital.

En relación al (sic) contrato de la referencia, resulta de importancia resaltar los siguientes aspectos:

- *La fecha en que emitió el concepto técnico (6 de julio de 2001) por parte de la Coordinadora Apoyo Diagnóstico (E) Dra. ESTEHER ZAMBRANO ROJAS, en él sugiere la compra de los insumos para laboratorio Clínico a la firma adjudicada, este fue uno de los soportes técnicos para la que el comité evaluara y recomendara a la Gerencia celebración del contrato con la firma en mención la cual se llevó a cabo el 23/08/2001 y comenzó su ejecución el 23/08/2001.*
- *En acta de justificación recepción de insumos fechada el 03/09/2001 se pone de manifiesto que el equipo "ANALIZADOR DE HEMATOLOGIA ADVIA 60, se encuentra fuera de servicio por requerir un repuesto cuya Importación demora 2 meses.(ver anexo).*
- *Al adicionar el plazo del contrato 319/2001, por lo expuesto en el punto anterior la administración buscó que se llevara a feliz término el cumplimiento del objeto contractual basado en la fuerza mayor (daño en el equipo) que no era atribuible al Contratista, y se*

escapa de la esfera de lo previsible por tal motivo se procedió el 05/09/2001 a realizar tal adición.

4.4.2. Procesos Selectivos.

4.4.2.1. Omisión de Aplicación del Principio de Selección Objetiva.

4.4.2.1.1. La administración en los procesos de selección realizados en el año 2001, particularmente en las convocatorias públicas celebradas, no publica ni da a conocer los factores de ponderación ni los mecanismos que utilizará para evaluar las cotizaciones que se le presenten; solo se informa sobre los requisitos generales, pero no se indica el presupuesto oficial, que si bien es cierto no es de carácter obligatorio si puede racionalizar la presentación de ofertas al exponer las condiciones de adjudicación y da transparencia al proceso.

La entidad no está obligada a señalar en las convocatorias públicas que no responden a procesos licitatorios de los señalados en la Ley 80 de 1993, el presupuesto de que dispone para la celebración del contrato objeto de la publicación. Los parámetros por ende los fija la propia entidad de acuerdo a sus necesidades. Luego la entidad al momento de la adjudicación sobre la base de su presupuesto prioriza la compra de insumos o desarrollo del servicio en desarrollo del objeto social.

4.4.2.1.2. La forma de pago (que de hecho incluye descuentos por pronto pago) es un factor de ponderación, pero el hospital dada la situación de iliquidez no los puede hacer efectivos, al incorporar este factor se pueden estar dejando de lado otros como el precio y/o la calidad, con lo cual se distrae la adjudicación a propuestas que podrían ser más favorables, tal como se observo en los contratos celebrados con Laboratorios Limitada de Bogotá y Corpaul en 2001.

En ningún caso el descuento por pronto pago es un factor de ponderación en los procesos desarrollados por el Hospital. Este es un factor de ponderación considerado en los procesos de negociación conjunta adelantado como ya referimos por la Secretaría Distrital de Salud, que en todo caso es tenido en cuenta ya que participan Hospitales que en su condición de liquidez puede favorecerlos al momento de adoptarlos, sin embargo para el caso específico nuestro, como lo referimos con antelación no es posible considerarlo ya que las condiciones de liquidez del Hospital no lo permiten

4.4.2.1.3. En la Convocatoria Pública No. SA. – 002-10012001 que antecedió la celebración del contrato No. 14/01, no se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso 2º del 3º del Art. Tercero del Acuerdo 12 de 2000 expedido por la Junta Directiva en cuanto dispone que el envío de las solicitudes de propuesta o invitaciones a cotizar, a sus respectivos destinatarios, deberá efectuarse a todos ellos el mismo día y en su contenido se indicará la fecha máxima para la recepción de tales ofrecimientos; en esta convocatoria se remitieron invitaciones (sin acuse

de recibo) a las firma Induaseo y a Aseo Global Ltda., en la misma fecha (Julio 12/2001) en que se celebró la reunión del Comité de Compras que recomendó la adjudicación del contrato a Casalimpia S.A., fecha para la cual, el adjudicatario ya había presentado su propuesta (Julio 11/2001); esto es, que no se brindaron las mismas oportunidades temporales requeridas para presentar una buena propuesta.

Este procedimiento que alude el ente de control no corresponde a la realidad documental que reposa en la carpeta del contrato. La invitación pública a los oferentes inició el día 10 de enero de 2001, tuvo su Adendo el 11 de enero que prorrogó la entrega de propuestas hasta el 12 de enero de 2001. En desarrollo de la misma solo se recibió la oferta de la firma Casalimpia S.A. Es de aclarar que el Auxiliar Administrativo de Servicios Generales solicitó a la Sugerencia Administrativa de ese entonces adelantar los trámites de contratación por un período de dos meses, tiempo que se tomaría la entidad para adelantar los trámites licitatorios correspondientes al servicio solicitado. Como quiera que al terminar el plazo máximo otorgado para entrega de ofertas solo fue recibida una propuesta, la entidad en la misma fecha, remitió varias comunicaciones con el fin de tener un parámetro de comparación objetiva de las mismas. Al terminar el plazo, solo se contó con la presentación de la propuesta referida que cumplía en su evaluación con las condiciones técnica y económicas que requería la administración por lo que se procedió a su contratación

4.4.2.1.4. El Hospital del Sur no en todos los casos de convocatorias públicas esta adjudicando contratos a las ofertas más favorables de acuerdo con la mayor evaluación de los factores de ponderación es el caso de los antecedentes de los contratos suscritos con las firmas Corpaul (Cto. 179/01) LABORATORIOS LIMITADA DE BOGOTÁ (Cto. No. 319, 372, 384 y 478 todos del 2001), DISTRIQUÍMICOS ALDIR LTDA. (Cto. 478/01).

El Comité de Compras al momento de proceder a la evaluación de ofertas, teniendo como soporte los conceptos técnicos emitidos, en muchas oportunidades se aparta del criterio de recomendar a la Gerencia la adjudicación a la oferta más económica ya que prevalece el componente técnico que necesariamente para la prestación del servicio en condiciones de calidad debe prevalecer respecto del precio ofertado

4.4.2.1.5. En los contratos Nos. 176 y 179 de 2001, la administración viene sosteniendo que son contratos "intuitu Personae". El objeto contractual del No. 176 aludido fue el de Prestación de los Servicios de Facturación, Registro y Recaudo de Cartera celebrado con la firma PROCESANITAS LTDA, objeto que dada su naturaleza jurídica, no lo enmarcan dentro de aquellos que solo determinadas personas puedan realizar, que es la característica que distingue a este tipo de contratos independientemente que la Ley 80/93 los catalogue así, con la finalidad entre otras que luego de haber sido adjudicados no sean cedidos. No obstante, esta caracterización no aplica máxime si se considera que el contrato fue liquidado unilateralmente mediante Resolución No. 0046 del 1 de Febrero de 2001 y actualmente otro contratista realiza la prestación de este servicio.

La causa de los anteriores hallazgos de auditoría lo constituyó el desconocimiento de las normas que rigen el proceso y por ende reflejan una falla en el Sistema de Control Interno, pues no se realizan los procesos como lo establecen las normas que lo rigen. Efecto obvio de las anteriores inconsistencias son la potencialidad de demandas a las cuales puede verse abocada la entidad al no tener unos parámetros claros para adjudicar, de ser demandada conforme a la acción de Nulidad y restablecimiento del derecho contemplada en el parágrafo 1º del art, 77 de la Ley 80/93.

La administración se ratifica frente a la respuesta dada en su oportunidad al ente de control cuando refiere que la contratación con la firma Procesánitas estaba revestida de las condiciones propias que señala la Ley 80 de 1993 frente a los contratos Intuito Personae por tener especiales calidades para el desarrollo del objeto contractual. Si bien es cierto en el mercado es posible encontrar proponentes que ofrezcan actividades relacionadas con el manejo de la facturación y cartera, también lo es que para este tipo de actividades se requiere un conocimiento y manejo específico del sector salud que no es posible atribuirse a cualquier firma. Es por ello que dada la experiencia registrada por la firma Procesánitas en facturación y cartera fue la seleccionada por la entidad.

4.4.3. Etapa Contractual.

4.4.3.1. En Cuanto al Clausulado.

4.4.3.1.1. Inclusión de las Cláusulas Excepcionales del Derecho Privado. Dispone el numeral 12 del Art. 2º del Acuerdo 12 de 2000 proferido por la Junta Directiva del hospital: “Las cláusulas excepcionales al derecho común de modificación unilateral, terminación unilateral y caducidad se incluirán obligatoriamente en todos los contratos que tengan los siguientes objetos: de obra pública, de concesión y de explotación de bienes de la empresa. Así mismo se incluirán en los contratos de suministro y de prestación de servicios cuando su cuantía supere la suma de cuarenta (40) salarios mínimos legales mensuales vigentes SMLMV”; esto es los equivalentes a \$11,440.0 miles; esta exigencia se ha pretermitido al elaborar los contratos Nos. 13, 63, 124, 189, 257, 319, 363 y 384 todos del 2001.

Efectivamente en desarrollo de los contratos, se identificaron en principio como contratos sin formalidades plenas, lo que implicaba que la administración no requería incluir dentro del contrato las cláusulas excepcionales. A futuro se implementará un cuadro de control, partiendo de las nuevas cuantías y en desarrollo del nuevo Acuerdo que aprueba el reglamento de contratación de la entidad que es más operativo en el manejo de cuantías, que permita en la revisión jurídica verificar que se cumplan estos postulados

4.4.3.1.2. En cuanto a la Cláusula sobre vigencia del contrato, plazo de ejecución del objeto contractual y término para la liquidación. En jurisprudencia reiterada del Consejo de Estado, se ha establecido que las facultades excepcionales y/o contractuales que emanan de un acuerdo de voluntades, tienen rigor o vigencia

con fundamento en el Art. 1602 del C.C., durante el término que el mismo contrato dure; por tanto, una vez vencido el plazo pactado las partes pierden las prerrogativas que aquel les ha concedido, así las cosas, es preciso que el plazo de ejecución de los objetos contractuales esté determinado claramente en el tiempo; por constituirse en uno de los elementos fundamentales de un contrato.

Este tipo de contratación que refiere el ente de control no tiene prohibición en la norma. Se trata de contratos de tracto sucesivo en los que se requiere para el caso de suministros entregas parciales, que están condicionadas a las necesidades que vaya teniendo la administración. Lo que se persigue con ese tipo de contratación es no saturar al almacén que es donde se recepcionan necesariamente los elementos, y el que no cuenta con la infraestructura suficiente que le permita recepcionar grandes cantidades. Mas aún cuando algunas de ellas tienen fechas de vencimiento y deben estar almacenadas en condiciones especiales. Este tipo de contratos en todo caso se pone a disposición de las partes y por principio de autonomía de la voluntad que rige este tipo de contratos, se opta o no por aceptar por parte del contratista esta modalidad de contratación. Sin embargo se procederá a ajustar en los contratos los valores señalando un plazo que responda al tiempo real de consumo

4.4.3.1.3. Al celebrar el contrato No. 272/01 y especificar el valor de aquel la administración y el contratista desconocieron el IVA para el componente Utilidad del AIU, lo que trajo como consecuencia modificaciones posteriores con el consecuente desgaste administrativo por la actuación administrativa necesaria para solucionar la omisión.

La aclaración que presenta el contratista CARLOS JULIO HOYOS RODAS sobre los valores correspondientes proyectados del A.I.U. no implicó por parte de la administración modificación contractual alguna toda vez que la misma se generó con antelación a la elaboración y perfeccionamiento del contrato, por lo que no encuentra la entidad fundamento en la apreciación de desgaste o reproceso administrativo que refiere el ente de control.

4.4.3.1.4. El hospital del Sur exige que la vigencia de las garantías inicie desde el momento de su expedición. No obstante, se observó que en el contrato Nos.13/01 (insuficiencia de la vigencia y aprobación prematura de la garantía Única de Cumplimiento), 63/01 (el tomador afianzado no es la misma que fue parte en el contrato son dos personas diferentes la una un establecimiento comercial y la otra una persona natural) en el Contrato No. 124/01 (no se prorrogaron las vigencias de los amparos como consecuencia de las adiciones y prórrogas), el 179 en cuanto a la insuficiencia de la prórroga, 220 en cuanto a la viabilidad de haber pactado la garantía de Responsabilidad Civil Extracontractual por las fallas en las aplicaciones del software, el No. 319 por insuficiencia en la vigencia de la garantía, el No. 363 por no-allegamiento de la constancia de pago de la prima.

En lo que se refiere a la aprobación de garantía de respaldo del contrato No. 13 suscrito con la firma Procesánitas, evidentemente se encuentra una imprecisión en la fecha de aprobación de la garantía que en realidad debe corresponder al 16 de Enero de 2001, fecha de expedición por parte de la Compañía de Seguros, y no el quince como allí figura, situación que se tendrá en cuenta a

futuro, no obstante que la regla general que se aplica en todos los contratos es la de aprobar las garantías a partir de la fecha en que son expedidas por las Compañías de Seguros, siempre y cuando el contrato así lo indique

4.4.3.2. El órgano máximo de Dirección del hospital del Sur mediante el Acuerdo 12 de 2000 adoptó el Reglamento Interno de Contratación en el cual establece el cumplimiento de unos requisitos y formalidades para aquellos contratos de suministro y prestación de servicios cuyo valor supere los \$11.400.0 miles. Los cuales no han sido cumplidos por el Hospital en razón de que no se incluye: las Cláusulas Excepcionales del Derecho Común.; no se pacta la constitución de la Póliza Única de Cumplimiento (para algunos contratos) para precaver los perjuicios que se deriven del incumplimiento de las obligaciones contractuales, incluidas las multas y la Cláusula Penal Pecuniaria y no se exige la publicación en el registro Distrital, que si bien es cierto a la luz de la ley 80/93 no se requieren por su monto y son clasificados como contratos sin formalidades plenas, también lo es que la Junta Directiva reglamento la exigencia de estos requisitos, norma de carácter o contenido particular que debe ser de estricto cumplimiento.

Llama la atención la observación del ente de control toda vez que la entidad en forma anual, partiendo de presupuesto oficial, desarrolla los montos de contratación aplicando precisamente el contenido del artículo 24 de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios, que cita como vulnerados o inaplicados por la administración

4.4.3.3. En cuanto a la individualidad de cada contrato con relación a otros celebrados entre las mismas partes y las autorizaciones que acompañan a cada uno. En los contratos Nos. 13, 176 de 2001, de conformidad con el Certificado sobre Existencia y Representación expedido por la Cámara de Comercio, se detectó que el Representante Legal carecía de capacidad adjetiva para comprometer válidamente a la sociedad que gerencia; si bien es cierto, que para algún contrato anterior, este había sido autorizado por la Asamblea de Socios o la Junta Directiva de la Sociedad, no es menos cierto que la autorización para celebrar un contrato no se puede extender ni indefinidamente ni para todos los contratos que pueda celebrar su Gerente máxime que no se ha efectuado ningún registro ante la Cámara de Comercio del acta en mención o modificaciones sobre las atribuciones del gerente para contratar válidamente. Lo cual genera riesgos para el hospital ante posibles incumplimientos.

No existe en el contrato suscrito con la firma Procesánitas vicio que pueda afectar su legalidad, toda vez que si existe un documento emanado de la Junta Directiva expedido para autorizar al Representante Legal a suscribir contratos con varias Empresas Sociales del Estado en el evento que los mismos superaran la cuantía establecida en el Certificado de Existencia y Representación Legal. El documento en mención se incorporó en el primer compromiso contractual suscrito con la firma, esto es, en el contrato No. 79 del 3 de noviembre de 2000, pero no fue agregado con posterioridad en los siguientes contratos que se suscribieron con Procesánitas, subsanando con

ello la observación del entre de control, sin embargo se procederá a anexar copia de los mismos en cada uno de los contratos

4.4.3.4. Los contratos de conformidad con el Art. 40 de la Ley 80/93 en concordancia con los Códigos Civil y el de Comercio, son claras en establecer que las obligaciones y derechos emanados de un acuerdo de voluntades, se deben ejecutar dentro de un plazo, por tanto fuera de dicho plazo no se pueden adicionar cuando este esta extinto, estas prórrogas serían extemporáneas y constituirían per se una extralimitación de poderes, en tal sentido el hospital no puede revivir términos vencidos y si en la vigencia de los contratos incluye el plazo para su liquidación, este último periodo solo debe ser empleado para verificar el cumplimiento del contrato y según el caso proceder a ejercer los poderes excepcionales y/o a acordar, como lo dispone el Art. 60 ibídem, los ajustes, revisiones y reconocimientos a que haya lugar; pero de ninguna medida le permite revivir términos como ya se expreso vencidos. La anterior inconsistencia está íntimamente ligada con lo dispuesto en el numeral 12 del Art. Primero de la Resolución No. 02 de febrero 2 de 2001. Los contratos en los cuales se presentó la inconsistencia en tratamiento son los Nos. 63, 179, 189,

Con relación al contrato 179, la ejecución del mismo estaba sujeta a dos (2) condiciones una de ellas era seis (6) meses contados a partir de la aprobación de la garantía hecho que sucedió el 28/06/2001 y la segunda al agotamiento presupuestal. Para la fecha 18/02/2002, en que se efectuó la adición esta segunda condición no se había cumplido razón por la cual la administración procedió a tal adición. En iguales condiciones se encontraban los contratos 63,189

4.4.3.5. En cuanto a la ejecución de los Objetos Contractuales. El Contrato No. 189/01 celebrado con Becton Dickinson, se sobre ejecutó en valor de \$1.986.0 miles por cuanto ingresaron al Almacén de la entidad materiales médico quirúrgicos por tal valor, sin que a la fecha la administración haya llegado a un acuerdo con el contratista; lo anterior denota un control deficiente a la ejecución de la contratación del hospital. Por otro lado en la gran mayoría de contratos de adquisición de medicamentos al cruzar las fechas de las facturas del contratista con los comprobantes de ingreso a Almacén y con las tarjetas murales y de Kárdex se evidencia en estas últimas que en una gran mayoría de casos los bienes ingresan al Almacén antes de poderse ejecutar el correspondiente contrato, esto sucedió por ejemplo en el contrato No. 363; bien por que no se ha aprobado la garantía o bien porque no se ha expedido el Certificado de Registro Presupuestal.

4.4.4. Etapa Postcontractual.

4.4.4.1. De la omisión de liquidación en los contratos de Tracto Sucesivo y de Formalidades Plenas. Disponen los artículos 60 y 61 de la Ley 80/93 que los

contratos de tracto sucesivo deben ser objeto de liquidación dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la finalización del contrato y el artículo Primero de la Resolución No. 02 de Febrero 2 de 2001, establece el mismo requisito para todos los contratos con formalidades pero en la gran mayoría de los contratos celebrados durante la vigencia 2001 se ha omitido realizar este procedimiento en particular en los Contratos Nos. 13, 14, 63, 149, 179, 189, 257, 319, 372. Los cuales fueron liquidados con posterioridad de acuerdo las fechas de las actas y como resultado de la comunicación de este hallazgo por parte del equipo auditor de este Ente Fiscalizador.

Los contratos que refiere el ente de control no fueron liquidados no responde a la realidad documental. Lo cierto es que los mismos fueron objeto de liquidación, faltando incluir en las carpetas las actas correspondientes. Por lo anterior, resulta de gran importancia que entre el ente de control y los funcionarios se genere un mejor canal de comunicación que permita que las observaciones finales respondan a hechos reales sujetos a verificación

4.4.6. No existe una dependencia única que archive y lleve el control del estado y ejecución de los contratos lo cual dificulta el seguimiento y control.

4.4.7. De las glosas a las cuentas presentadas en desarrollo de los contratos de Venta de Servicios. El hospital celebro durante 2001, tres (3) contratos con la firma Procesanitas Ltda. Con el fin de poder obtener la facturación y el pago entre otras obligaciones a cargo del contratista con respecto a la venta de servicios pero a pesar de todo, la cartera a favor del hospital sigue siendo alta y con ello la imposibilidad de obtener recursos que le ayuden a mejorar el servicio y/o darle mayor cobertura.

4.5. EVALUACIÓN AL PLAN DE ACCIÓN.

Durante el año 2001, el hospital del Sur debido a las circunstancias de armonización del Plan de Desarrollo "Por la Bogotá que Queremos" manejo 2 Planes de Acción. El primero se estableció para el primer semestre y fue aprobado mediante acuerdo 27 del 18 de abril del 2001, y adoptado mediante resolución 149 del 4 de mayo de 2001, y el plan de acción para el segundo semestre de 2001 y acorde con el plan de Desarrollo Distrital 2001-2003 se aprueba mediante los acuerdos 36 y 37 del 5 de septiembre y se adopta mediante las Resoluciones 24 y 292 de 2001.

Para el hospital del sur se definieron claramente 4 objetivos estratégicos Calidad, Servicios, Rentabilidad y Supervivencia y Desarrollo; para cada uno de ellos se

definieron las estrategias las cuales a su vez tienen establecidas las metas correspondientes.

4.5.1. Objetivo Estratégico Servicios.

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios a través de la prestación de servicios de salud con óptima calidad, tecnología adecuada y una efectiva utilización de los recursos.

4.5.1.1. Estrategia: Desarrollo y fortalecimiento de los servicios asistenciales y los programas de promoción y prevención acorde con el perfil epidemiológico, las políticas de salud y las necesidades de la población usuaria. Al confrontarse la información evaluativa a cada una de las metas en esta estrategia se observa el siguiente comportamiento:

Dentro de los servicios asistenciales, se observó que dos de las metas superaron el 100% de lo programado, laboratorio clínico (103.8%) y egresos hospitalarios (118.2 %) y en cuanto corresponde a las actividades de promoción y prevención, el control de crecimiento y desarrollo en menores de 5-14 años presenta un índice del (138.1%) en educación y consejerías los índices fueron (106.4%) y (221.2%) respectivamente.

Terapia respiratoria y control prenatal presentaron un índice de cumplimiento del 91.7% y 91% respectivamente; Optometría 89.4%, consulta médica de urgencias 87.0%, tratamientos terminados de odontología 86.3%, consulta médica general ambulatoria 85.0%, consulta de psiquiatría 84.3%, partos 82.4%, higiene oral 82.3%, citologías 86.8%, vacunación 83.6%.

Dentro de otros servicios asistenciales, el siguiente fue el comportamiento de las actividades programadas: Actividades de odontología 78.3%, consultas de nutrición 78.0%, ecografías 66.2%.

En cuanto hace relación con los servicios de promoción y prevención el comportamiento fue el siguiente: Control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 1 año 64.8%, control de crecimiento y desarrollo en menores entre 1 y 4 años 75.2%, adolescentes 77.2%, control de planificación familiar 77.1%, hipertensión y diabetes 48.6%, programas especiales 40.2%.

De igual manera dentro de la estrategia de servicios, se definió la meta "Garantizar el suministro total de los medicamentos y elementos médico quirúrgicos requeridos por los usuarios y las UBN" (Unidades Básicas de atención), el indicador presentado nos señala un cumplimiento del 84%, y que obedece según la administración a la formulación de medicamentos NO POS (Medicamentos no

contemplados en el Plan Obligatorio de salud), ante esta situación los responsables de cada UBN, están adelantando una campaña de sensibilización con los diferentes profesionales responsables de ésta situación con el propósito no sólo de racionalizar los recursos del hospital sino también los de los usuarios.

En la estrategia se presenta un índice y en el que se relaciona el porcentaje de facturación por dispensación de farmacia externa, y que correspondió al 9.65%, estando dentro del margen establecido, por cuanto se estableció como máximo un 15%.

Una meta importante dentro de la estrategia corresponde al cumplimiento con el 100% de las actividades programadas y correspondientes al Contrato PAB 2001. Se adelantó la revisión de cada una de las actividades programadas en las 2 localidades, las cuales contemplan entre otras: Crecimiento y Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva, Prevención y Manejo de la Discapacidad, Enfermedades Transmisibles, Salud Mental, salud trabajadores y Crónicas. Las diferentes actividades revisadas se adelantaron en su totalidad esto es el 100%.

El Contrato PAB 2001, se ejecutó en un 95%, teniendo como consideración importante que se adelantó a partir del 16 de febrero. Adicionalmente las actividades de vigilancia en salud Pública no se cumplieron por cuanto las mismas se adelantan al comienzo del año y para esta época se presentaron dificultades con el personal.

Dentro de las actividades programadas, existen algunas tales como; seguimiento a: fábricas de los derivados lácteos, derivados cárnicos, alimentos listos para el consumo, molinos de harina de trigo, grandes panaderías y supermercados, depósitos de agua y fábricas de hielo, reempacadoras de sal y depósitos de bebidas alcohólicas.

En el caso de depósito de bebidas alcohólicas éste se ofreció, pero no existen en el censo de las metas una cantidad establecida de los establecimientos, y su ejecución fue superior al 100% debido a solicitud de los usuarios, las cuales a su vez se atienden y se facturan como imprevistos.

En cuanto corresponde a las actividades de riesgos químicos y biológicos, se está dando cumplimiento a lo pactado en el contrato. Se observa baja ejecución a la observación de mordedores, por cuanto la misma depende de las solicitudes previas.

Así mismo en vigilancia y control de la vivienda, como riesgo físico, el índice de ejecución es bajo, debido a que opera por solicitud (queja) y únicamente se presentó un cumplimiento del 65% de lo programado.

4.5.1.2. Estrategia. Presentación y desarrollo de proyectos de promoción y prevención y medio ambiente en salud a entidades cofinanciadoras. Al compararse lo programado contra lo ejecutado en las diferentes metas, su cumplimiento es del 100%.

En la Localidad de puente Aranda y a través de las encuestas se estableció que la población con discapacidad, centra sus expectativas en situaciones laborales y económicas más que de salud, lo que conlleva resistencia y rechazo del proyecto, aunado a la falta de compromiso y apoyo por parte de la familia de los usuarios con discapacidad. Dado esta falta de interés el desconocimiento de los servicios y de los horarios de los mismos.

En lo referente al cumplimiento y coordinación de presentación de los proyectos de inversión en promoción y prevención según lo aprobado en los Planes de Desarrollo Local de Kennedy y Puente Aranda POAI 2001, éste se dio en su totalidad, toda vez que los diferentes proyectos se formularon, ajustaron y se presentaron a la UEL Salud.

La distribución de los proyectos fue: 10 para la Localidad de Kennedy por valor de \$537.1 millones, 7 para la localidad de Puente Aranda por valor de \$413.6 millones, y el modelo de participación de Salud Mental (Red Sur Occidente) por valor de \$ 45.0 millones.

4.5.2. Objetivo Estratégico Calidad.

Consolidar un proceso de gestión de calidad para garantizar altos niveles de satisfacción a las expectativas y necesidades de los clientes, alcanzando el máximo grado de desarrollo del sistema de garantía de calidad.

4.5.2.1. Estrategia. Promover el conocimiento del direccionamiento estratégico.

Para esta estrategia se definió una meta: Socializar al 70% de las dependencias del hospital la plataforma estratégica, el plan de desarrollo a diciembre de 2001 y los componentes básicos de mercadeo interno. Para evaluar el cumplimiento de ésta meta se emplearon dos indicadores: Cobertura de las dependencias del hospital con socialización de la plataforma y el plan de desarrollo $18/21 = 85.7\%$, y porcentaje de capacitaciones en gerencia de servicio al cliente $5/8 = 62.5\%$

Las 18 dependencias que presentaron cobertura fueron: 5 de la Subgerencia Administrativa (Recursos Tecnológicos, Financieros, Físicos, Talento Humano y Contratación) 8 de la Subgerencia de Servicios de Salud (5 UBN, PAB Fomento y

Salud Pública) 2 Oficinas (Gestión Pública y Atención al Usuario) 3 dependencias asesoras. (Planeación, Jurídica y Control Disciplinario). Acorde con los resultados se observa cumplimiento, se ha dado cobertura a cinco de las ocho Unidades Básicas de Negocios y se resalta también la actividad del lanzamiento de la nueva plataforma estratégica que contó con la asistencia masiva de funcionarios de la institución.

Desarrollar un programa sistemático de seguimiento y evaluación en la prestación de servicios (Auditoría, procesos y procedimientos, guías de manejo, historia clínica)

Esta estrategia corresponde implementarla o adelantarla a las oficinas de gestión pública, estadística y subgerencia de servicios de salud con los directores de las unidades básicas de negocios y se articula a través del comité de garantía de calidad.

Durante el 2001 la oficina de gestión pública y autocontrol lideró dos metas complementarias una en cada semestre. La primera consistió en presentar una propuesta del sistema de garantía de calidad para el H.S. y la segunda, contar con un sistema formal de auditoría de servicios acorde con el plan de calidad de la institución. Lo anterior teniendo en cuenta que la oficina de Gestión pública y autocontrol tiene un doble papel con respecto a este proceso central: el de coordinar a través de asesoría metodológica y asistencial técnica el comité de garantía de calidad y la segunda que corresponde a la evaluación del sistema de garantía de calidad también combinando acciones desde el punto de vista asesor y con base en la auditoría como herramienta de evaluación.

Desde el primer semestre de 2001 se conformaron cuatro grupos internos de calidad para los servicios de medicina, laboratorio clínico, enfermería y salud oral que lideran acciones de mejoramiento continuo. Con base en la autoevaluación del sistema obligatorio de garantía de calidad de la vigencia 2000 y la formulación del objetivo estratégico de calidad se ajustaron todas las acciones hasta implementar un programa formal que alcanzó un cumplimiento del 98.7%.

Al área asistencial en cabeza de la subgerencia de servicios le correspondió la meta de levantar las guías de manejo y protocolos de atención de las cinco primeras causas de morbilidad de los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa. Se tenían previstas cinco actividades para el cumplimiento del producto las cuales se cumplieron en un 40%, se da un porcentaje del 50% al diseño de guías metodológicas, no hay actividad relacionada con el diseño de guías como tal ya que la metodología se pasa a la revisión.

Durante el 2001 no se dio cumplimiento a la formalización de las 14 normas técnicas de la resolución 0412/2000, que son de obligatorio cumplimiento. Se desaprovechan las 22 guías de manejo que tiene la 412/2000 y que son de fácil aplicación en un primer nivel de atención, con lo cual se tendría un indicador de cumplimiento superior al previsto.

4.5.2.2. Estrategia. Cumplir los componentes de los requisitos esenciales, optimizando los recursos.

Se estableció como objetivo específico: Cumplir con los requisitos esenciales en los siete componentes de infraestructura, dotación, transporte y comunicación, sistemas de información, auditoría, recurso humano y procedimientos técnicos administrativos.

La meta prevista por la subgerencia de servicios de salud correspondía a " contar con un informe de seguimiento a la declaración de requisitos esenciales del hospital a dic. 31 de 2001". De acuerdo con el informe de la subgerencia y el consolidado no se realizó el documento, pero se cumplieron el 50% de las actividades previstas.

Es importante anotar que de acuerdo con la evaluación del sistema de garantía de calidad de la vigencia 2000 realizada en abril de 2001, por los miembros del comité de garantía de calidad se estableció como línea de base 2 que corresponde a " Se presentó la declaración de requisitos esenciales y tiene elaborado un plan de cumplimiento" y que la meta para llegar a un nivel medio de desarrollo del sistema de garantía de calidad en este componente, correspondiente al nivel 3" cumple con el 70% de los requisitos esenciales y tiene unas metas claras en el plan para el cumplimiento del 30% restante", elementos conceptuales que se precisaron de nuevo en el comité de garantía de calidad del mes de diciembre de 2001, cuando se realizó la presentación de los nuevos requisitos esenciales, que a la fecha no ha sido aprobada por el ministerio de salud.

Lo anterior indica que el hospital acorde con el procedimiento establecido en las resoluciones 4252/97 y 238/99 al presentar su declaración de requisitos esenciales de los diferentes centros y servicios de la vigencia 2000-2003 debía presentar el denominado " Plan anexo a la declaración de requisitos" documento en el cual se compromete a dar cumplimiento a los elementos restantes y que debe estar en cabeza del director de la UBN como administrador directo de la prestación y oferta de los diferentes servicios. La no elaboración del documento obedeció al cambio de normatividad relacionada con los requisitos esenciales.

Establecer mecanismos de monitoreo continuo de satisfacción del usuario (Grado de satisfacción del usuario: Mayor al 85%)

En el informe de la oficina de atención al usuario y participación social se observa que durante el segundo semestre de 2001 se dio cumplimiento a la aplicación de encuestas de satisfacción en dos servicios, hospitalización 83% y laboratorio clínico 85%, sin embargo no existe coherencia entre el nivel de referencia previsto de 80% con el texto del indicador del Plan de Desarrollo trienal que indica que es superior al 85%. De igual forma se aclara que se realizó una encuesta durante el primer trimestre de 2001, con un nivel de satisfacción del 99%.

El grado de satisfacción de los usuarios encuestados durante el mes de agosto y septiembre que hicieron uso del servicio de hospitalización en forma global calificaron como buena la atención en un 82%, el 8% como aceptable y excelente y el 10% no respondió.

En el CAMI Patio bonito el 73% de los encuestados calificaron como bueno el servicio, el 26% como excelente y el 1% como aceptable.

Para el CAMI Galán el 79% de los encuestados calificaron la atención como buena, el 10% como aceptable y el 11% no respondió.

Como se puede observar de acuerdo a los resultados de las encuestas, el nivel de aceptación del servicio es en promedio superior al 83%.

En cuanto hace relación con el cumplimiento de la meta de dar cumplimiento al 100% de los derechos de petición que se recepcionaron en las diferentes sedes, se verificó que se le hubiera dado trámite a las mismas en su totalidad (489), de estas 64 correspondieron a felicitaciones.

La población acreditada mediante la encuesta socioeconómica corresponde al 11.27% en relación con la población demandante, teniendo en cuenta que el 88.73% ya está acreditada.

Durante el mes de julio y agosto se llevó a cabo el proceso de libre elección para el régimen subsidiado, lo que permitió que el usuario vinculado transitoriamente cambiara su condición con nuevos derechos frente al sistema. En relación con régimen contributivo se encuentra que aunque es el menos representativo de igual forma se realiza la sensibilización y apoyo a la vinculación y/o utilización del mismo.

De los 15714 casos presentados (Patio Bonito 7590 y Trinidad Galán 8124) presentados por demanda espontánea, interconsulta y focalización directa, se

cumplió con el 100% de la recepción análisis y Gestión Social. Del universo poblacional demandante de los servicios de información el 4.1% fue abordado bajo la óptica del trabajador social.

4.5.3. Objetivo Estratégico Rentabilidad.

Lograr niveles óptimos de rentabilidad social, económica y financiera mediante la asignación y uso efectivo de los recursos.

4.5.3.1. Estrategia. Establecimiento de un sistema de costos como herramienta para racionalizar la utilización de los recursos.

En la meta se proyectó avanzar un 50% en el establecimiento del módulo de costos, definiendo tareas puntuales tales como: Equivalencias de cada servicio que se preste en el hospital y diligenciamiento de cada servicio que se preste y diligenciamiento de la información en el módulo de costos con el fin de realizar la integración con los demás módulos. Falta por operar los módulos de nómina y activos fijos y pendiente por incluir y sacar las equivalencias de cirugía.

No obstante haberse logrado el cumplimiento de la meta en cuanto corresponde a lo proyectado, se requiere su funcionamiento pleno, a efectos de poder tomar decisiones respecto al manejo de cada servicio, de los ingresos y gastos que producen.

4.5.3.2. Estrategia. Adecuar el Sistema de Información Gerencial que facilite la toma de decisiones útiles y oportunas.

Se adelantó inicialmente a partir de marzo de 2001 la capacitación relacionada con la resolución 3374 de 2000 y de los formatos RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud). Entre marzo y Diciembre se socializó la resolución a la mayoría del personal que interviene en el proceso del Sistema de Información de RIPS.

Dentro de las metas planteadas se definió alcanzar a Diciembre 31 alcanzar el 100% de la Calidad de la información estadística. El porcentaje de errores por variables RIPS y el cubrimiento del 83% de funcionarios capacitados, la entrega del 85% de los informes con un 70% de oportunidad, señalan que la meta no se logró.

De igual manera se planteó establecer en un 100% un sistema contable confiable y oportuno para el hospital durante el Trienio. Se presentaron inconvenientes en la oportunidad de las interfaces de facturación y cartera, razón por la cual los

estados financieros de julio y agosto se presentaron con posterioridad a lo establecido. Con activos fijos aunque se realizó la conciliación quedó pendiente la revisión de los faltantes, con las cuentas del situado fiscal. Quedaron pendientes algunas empresas prestadoras de salud y fondos de pensión por conciliar.

Como puede observarse, quedan algunas situaciones o actividades por cumplir o mejorar para lograr el cumplimiento de las diferentes metas establecidas.

Una de las metas planteadas en esta estrategia correspondió a la implementación para el año 2001 el 55% de los módulos de la herramienta informática. Al efectuarse la revisión de cada uno de los resultados, contra las metas establecidas, todos los indicadores señalan un valor como mínimo del 80%, sin embargo debilidades en el montaje de las tablas maestras de facturación, debilidades en la capacitación de los cajeros y el no-funcionamiento de los módulos de nómina y costos, hacen necesaria su implementación total para el año 2002.

En cuanto corresponde a las metas definidas para archivo y correspondencia, esta se planteó en términos de centralizar y organizar en un 60% el archivo inactivo y semiactivo de las diferentes UBN y sede administrativa, el cumplimiento se dio de acuerdo a lo planeado,

4.5.3.3. Estrategia. Desarrollar procesos de facturación para reducir glosas y optimizar el proceso de recaudo.

Una de las metas se definió como: Facturar de manera oportuna el 100% de los servicios prestados cobrables a los diferentes pagadores dando cumplimiento al tipo de contratación, mantener un nivel de glosa inferior al 2%.

Para la evaluación del cumplimiento de las metas se manejó el índice siguiente: Total Facturación Anual Consolidada / Facturación Anual Proyectada.

ARS= 83%, EPS = 169%, ASEGURADORAS= 213%, VINCULADOS=72%,
PAB = 114%, APH 61%.

La disminución en las ARS, obedeció a la liquidación de lagunas de ellas.

La subestimación y el aumento de las urgencias, conllevó a que los índices de las EPS y Aseguradoras fueran elevados. El índice bajo de vinculados obedeció a la baja demanda y al constante cambio de políticas de la SDS en promoción y prevención.

El PAB señala un índice superior, debido al ingreso adicional por \$230.0 millones de un proyecto de Engativá y otro de salud mental. En APH el cumplimiento del 61% obedeció a que el contrato se comenzó a facturar a partir del mes de junio.

Así mismo se utilizó el indicador: Radicación de Facturación Anual/ Facturación Consolidada Anual. El comportamiento según este índice fue el siguiente:
ARS= 114%, EPS= 93%, ASEG=117%, VINC=96%, PAB= 107%, APH=122%.

El alto índice obedeció a la radicación extemporánea de cuentas de vigencias 2001 y anteriores.

Otra de las metas de esta estrategia se estableció como: "Lograr un nivel de glosa inferior al 2% para otros pagadores y menor al 5% para el FFDS". El indicador utilizado para evaluar el cumplimiento de ésta meta fue.

Total Facturación Glosada/ Total Facturación Presentada por Pagador.

ARS= 11%, EPS=15%, ASEG=10%, VINC=35%, PAB=5%.

El no-cumplimiento de las metas obedeció al cambio de políticas para la interventoría de cuentas. No hay uniformidad respecto a las glosas parciales debido a los múltiples conceptos por los cuales es objetada, siendo la mayor dificultad la consecución de los soportes debido a la ubicación geográfica y no-diligenciamiento adecuado por parte de los profesionales de la salud involucrados en el proceso.

La diversidad de criterios en el proceso, requiere de una homologación con lo cual la actividad dejaría de estar expuesta permanentemente a errores de tipo humano.

El índice utilizado para evaluar el cumplimiento de la meta fue:
Total Facturación Glosada Definitiva/ Total Facturación Presentada.

ARS= N.D. VINCUL=6%, PAB, 3.5%, APH= 0%.

De las ARS, no se tenía un valor concreto toda vez que se estaba en el proceso de revisión y respuesta de glosa, y únicamente se tenía la glosa definitiva por proceso de conciliación que se adelantó con algunas empresas.

De los vinculados las principales causas fueron: faltas de soportes como carta de desafiliación del régimen contributivo, falta de diagnósticos, fallas en la estructura de la cuenta, fallas en el diligenciamiento de la historia clínica. Cabe mencionar

que el hospital está adelantando investigación administrativa con el fin de establecer responsabilidades administrativas por glosa.

Del PAB se tiene una glosa reportada de \$69.316.905, pero se estableció que se adelantan las negociaciones correspondientes ya que el 90% son actividades de sobrejecución en medio ambiente.

Otra de las metas corresponde a " Recaudar mínimo el 80% de la cartera existente en el siguiente orden: Más de 180 días, 120, 90, 60 y menor a 60 días"

El indicador utilizado nos señala 330 días, cuando el estándar es de 30 días después de radicadas las cuentas. Como puede verse la recuperación de cartera es demasiada lenta, afectando la capacidad de pago y liquidez del hospital.

Se relaciona así mismo en los diferentes indicadores, la cartera por edades y pagadores, observándose que el 68% de la cartera \$799.9 millones corresponde a una edad mayor a 180 días y de esta cantidad se pasaron \$304.0 millones a difícil cobro por corresponder a cuentas con ARS en liquidación.

Dada la situación de la cartera, se adelantan procesos conciliatorios frente a la cartera de vigencias anteriores. Al efectuarse el diagnóstico de causales de glosa se encontraron debilidades internas relacionadas con procesos de facturación y admisión que obligaron a la implementación de puntos de control.

4.5.3.4. Estrategia. Optimizar la administración de los recursos financieros, físicos, talento humano, tecnologías de información y equipos.

Una de las metas definidas en ésta estrategia hace relación con el mantenimiento en equilibrio de la ejecución presupuestal, el control y seguimiento del presupuesto del año 2001. En cuanto hace relación con los resultados de presupuesto y tesorería, se observa la situación real del hospital generadas por la falta de disponibilidad de recursos. La diferencia presentada entre los ingresos (91.4% de ejecución) y los gastos (95.9%), obedeció entre otras circunstancias al incremento salarial aproximado de \$850.0 millones, los cuales no se habían considerado por parte de la administración, adicionalmente el FFDS no giró sino \$162.0 millones, lo que obligó a que se cubriera parte de la segunda quincena de diciembre con presupuesto del 2002 y se incrementaran las cuentas por pagar.

Durante el año 2001, no se adelantó ninguna inversión, debido a la falta de recursos.

De igual manera una de las metas se relaciona con la actualización y depuración en un 100% de la información relacionada con el situado fiscal, hojas de vida y seguridad social a diciembre de 2001.

Al ejecutar las diferentes actividades con la depuración del situado fiscal de empresas promotoras de salud se presentaron inconvenientes en la recolección de la información en el hospital del galán, por no existir un archivo en el que se puedan verificar las liquidaciones y aportes que se ejecutaron en esos años. Adicionalmente no figuran consolidados en tesorería para adelantar cruces.

Una de las metas planteadas establecía adelantar chequeo médico al 100% de funcionarios de planta y vacunar al personal expuesto a riesgo biológico, cumpliéndose en un 61% exámenes de anticuerpos contra antígenos de superficie para hepatitis B 77%, el bajo índice obedeció a que muchos funcionarios no asistieron por encontrarse incapacitados, en licencias y otros en vacaciones.

Las metas establecidas y referentes a la compra y recarga de extintores, señalización barandas, barras antideslizantes, dotación para funcionarios del nivel asistencial con elementos de bioseguridad, se ejecutó en orden de prioridades y disponibilidad de recursos.

De igual manera se planteó como meta " Contar con los elementos bienes devolutivos del hospital del Sur inventariados físicamente a 31 de diciembre de 2001. El índice señala una incorporación del 78% faltando por incorporar 6875 elementos encontrados como sobrantes. Del total de elementos sobrantes con relación a la base de datos se ha depurado un 37% para posteriormente incorporar los sobrantes definitivos. De igual manera esta pendiente por depurar el 44% del 100% de los sobrantes y faltantes de los bienes del hospital.

Una meta bien importante se define como "Garantizar el funcionamiento del 100% de las áreas del hospital con la adquisición y distribución oportuna de suministros de acuerdo con el plan de compras durante el trienio".

El área de suministros y almacén presentan un índice de cumplimiento en las metas del 81% en cuanto a entrega de pedidos se refiere, y 95% con respecto a la actualización de kárdex.

En el área de adquisiciones y suministros, el índice fue del 93%, siendo el de menor ejecución la compra de medicamentos en un 77%, factor que incide directamente en la calidad de atención del profesional al usuario.

En cuanto concierne a vigilancia, aseo, transporte y comunicación, se da cubrimiento total a las necesidades de vigilancia y aseo. El cumplimiento del 81%

en atención de imprevistos atendidos en transporte obedece a la falta de recursos al momento de la necesidad.

La demanda del servicio de transporte es muy alta frente al número de vehículos con que cuenta el hospital, la recolección de muestras de laboratorio, obstaculiza otro tipo de actividades como PAB atención al medio ambiente promoción y prevención que también generan un nivel de facturación importante para el hospital.

Optimizar al 100% el funcionamiento de los equipos a través del mantenimiento preventivo durante los tres años. Se cumplieron la totalidad de las metas programadas en un 100%.

Adecuación del 20% de la infraestructura del hospital, cumpliendo con los requisitos esenciales, en las instalaciones de las plantas físicas a 31/12/2001.

Se dio cumplimiento a todo el mantenimiento preventivo en todas y cada una de las UBN y sedes administrativas del hospital, incluyendo sistemas de iluminación, redes sanitarias e hidráulicas, pinturas para alguna de las áreas como la subgerencia de servicios de salud y áreas comunes de la sede de trinidad galán. El mantenimiento de la planta física se viene adelantando en la medida que los recursos lo han permitido, dando prioridad a los imprevistos, los cuales de alguna manera al atenderlos oportunamente retrasan el normal desarrollo de las actividades programadas.

4.5.3.5. Estrategia. Contar con el 100% de predios legalizados durante el trienio.

El índice de esta meta es del 0%. (0/24). Dado que en este proceso interviene más de una entidad distrital, el hospital ha adelantado gestiones ante la SDS para la recolección y actualización de la información. A la fecha del informe se tenían 4 predios para legalizar, siendo uno de los mayores problemas la titularidad de algunos predios, y adicionalmente el cambio de destino del suelo.

4.5.4. Objetivo Estratégico Supervivencia y Desarrollo.

Garantizar la supervivencia y el desarrollo de la institución como resultado de un adecuado clima organizacional, la competitividad, la búsqueda de nuevos mercados y la aplicación de procesos y procedimientos efectivos.

4.5.4.1. Estrategia. Ampliar mercados a través de la venta de servicios a EPS, ARS, ARP y otros pagadores.

Con respecto al cumplimiento de la meta estratégica y la cual establece que se mantendrá como máximo una dependencia del FDS como máximo del 80%, y de otros pagadores como mínimo del 15% durante los próximos tres años, se presenta una diferencia entre las cifras presentadas por facturación y presupuesto, respecto a la dependencia financiera con el FDS. De acuerdo al presupuesto el porcentaje de dependencia es del 83.47% y según facturación la dependencia es del 85.3%.

4.5.4.2. "Presentar proyectos de inversión para mejorar la infraestructura, la dotación para ofrecer un mejor servicio y mejorar la imagen corporativa". Se formularon 20 proyectos así: 9 proyectos Puente Aranda y 11 proyectos Kennedy. Los indicadores para estos proyectos se establecieron de la siguiente manera:

- % Proyectos Viables. Total proyectos Viables/ total Proyectos Presentados.
- %Proyectos Cofinanciados. Total proyectos con Cofinanciación / Total Proyectos presentados a organismos de cofinanciación.
- Total Recursos Obtenidos/ Total Recursos Programados.
- Total Proyectos Ejecutados / Total Proyectos Viables.

Los 3 primeros índices nos señalan un cumplimiento del 100%, mientras el 4 su valor es cero (0).

Desarrollar Investigación Orientada al Diagnóstico y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios. Se planteó como meta desarrollar el 39.3% de la investigación de Sífilis Gestacional en usuarias de control prenatal de las UPAs 92, 91 y 68.

Los índices de cumplimiento nos señalan un valor de 83.3% de cumplimiento de la meta, y el nivel de avance de la investigación se estableció en 32.7%, el no-cumplimiento del 39.3% obedeció básicamente a las dificultades con el suministro de reactivos para procesar las muestras.

4.5.4.3. Estrategia. Búsqueda de Población Vinculada y de Usuarios del Régimen Subsidiado para el Desarrollo de Actividades de Promoción y Prevención. El cumplimiento de esta meta se dio solamente en el 25% (8/32). Este trabajo se retrasó por el incumplimiento de profesores como de estudiantes en la entrega de la documentación necesaria para verificar en bases de datos su afiliación, adicionalmente no se contó con el personal suficiente para el desplazamiento a las instituciones.

4.5.4.4. Estrategia. Lograr satisfacer como mínimo en un 70% las necesidades de capacitación detectadas en el diagnóstico anual durante los años 2001-2003.

Se capacitó al 70.8% de la población asistencial en temas de promoción y prevención. Se adelantó un diagnóstico de necesidades de capacitación por grupo ocupacional. Se unificó un plan de capacitación para la red Suroccidente mediante una resolución que reglamenta la capacitación y la cual se convierte en el marco desde el cual se gestionan los procesos de Desarrollo de Talento humano.

Se realizó una capacitación de las 2 programadas, porque la meta era sólo el 10%. Por cuanto y de acuerdo al Plan de Acción Trienal se proyectó un 10% para el primer año, 40% para el 2 año, y 70% para el 3 año.

4.5.4.5. Estrategia Transformar la cultura organizacional para generar compromiso institucional y actitud de servicios frente al usuario.

El indicador nos señala un cumplimiento del 77%, se observa debilidad en la inducción específica la cual debe ser asumida por el jefe inmediato y debe ser abordada por el área asistencial a partir del trabajo en equipo.

4.5.4.6. Estrategia. Fortalecer una cultura democrática en participación social.

De las 10 comisiones de COPACO se encuentran operando de manera regular 8.

Organización (2), Veeduría (2), Planeación (2), Salud Pública (2), las comisiones de comunicación no se consolida aún.

El COPACO de Kennedy ejecutó el plan de acción definido para la vigencia 2001. El reglamento interno del COPACO fue aprobado en asamblea general. De igual manera ejecutó el plan de acción del 2001.

Se ha incrementado notablemente el número de integrantes de la asociación, los cuales fueron capacitados en contenidos de Salud y Participación Social. El proceso de capacitación y actualización en temas de salud de los integrantes de la asociación se desarrolló de manera permanente durante el año y se evidenció demanda de estos espacios.

4.5.4.7. Estrategia. Fortalecimiento de la cultura del Autocontrol.

Esta actividad es desarrollada por la OGPA, y según los indicadores se adelantaron todas y cada una de las acciones programadas. Las diferentes auditorías programadas para las áreas de farmacia, facturación, cartera, administración del talento humano y almacén. De igual manera se realizaron las auditorías basadas en factores críticos de los CAMI Galán y Patio Bonito.

La cobertura en el nivel de las diferentes áreas del hospital en la evaluación sobre la cultura de Autocontrol se cumplió en un 100%. De igual manera se evaluó la oportunidad en la entrega de los diferentes informes tanto a la gerencia como a los entes externos, reflejándose un cumplimiento según lo mostrado en los índices.

4.5.4.8. Estrategia. Fortalecimiento del trabajo en red.

Participación del 100% de las actividades de la red (Suroccidente) durante los años 2001-2003.

Se adelantó de una manera conjunta según las necesidades y en los siguientes aspectos.

- Negociación Conjunta.

Contratación de servicios de vigilancia y aseo hasta enero de 2002 en red.
Contratación de la caja de compensación familiar "Compensar" para la red.
Contratación del fondo de cesantías (funcionarios con retroactividad) en red.

- Cooperación Horizontal. Garantía de la Calidad.

Manual único de indicadores.
Análisis comparativo entre acreditación y certificación, recomendándose a nivel de la red se orienten las acciones hacia la acreditación, cumpliendo los nuevos requisitos esenciales.

- Cultura Organizacional.

Plan único de capacitación, bienestar e incentivos.
Coordinación para el desarrollo de actividades de salud ocupacional en Suratep, por cada hospital.
Elaboración del Plan único de capacitación, bienestar e incentivos.

4.5.4.9. Estrategia. Dar aplicación a los postulados previstos en la ley 200/95.

Durante el año se recibieron un total de 29 diligencias y acumulables con los de los años anteriores. Se abocó conocimiento de 40 diligencias, una vez adelantada la acción correspondiente se procedió al archivo de 17 acciones.

En 11 de las indagaciones preliminares al cumplirse los presupuestos establecidos por el artículo 144 del CDU y no existir mérito para ordenar archivo definitivo, se abrió la investigación correspondiente, fueron vinculados formalmente a proceso disciplinario 15 funcionarios.

Se impusieron sanciones disciplinarias consistentes en multa pecuniarias según el caso. Debe citarse que se recibió una visita administrativa de la Personería, en la cual se revisaron todas las diligencias sin encontrar reparos a las actuaciones adelantadas.

Garantizar el 100% de la defensa de los procesos judiciales que adelante el hospital o que instauren contra el mismo hasta el año 2003.

Según la revisión adelantada en la verificación del cumplimiento de la meta, todas las demandas fueron contestadas a excepción de 1, la cual una vez analizada, se procedió a cancelar el contrato con quien adelantaba la gestión y fue asumida directamente por el hospital. Sobre los procesos fallados durante el año 2001, todos fueron favorables a la entidad.

Quedan pendientes de fallo del año 2001 y acumulados 29 procesos a los cuales se les hará seguimiento correspondiente.

El hospital antes de su fusión y en el año 2000, presentaba la siguiente conformación a nivel de cargos en sus plantas.

El hospital de Kennedy tenía en su planta un total de 320 funcionarios, el 34% correspondía al nivel administrativo esto es 110 funcionarios y en el área asistencial 210 funcionarios o lo que es lo mismo el 66%.

En el hospital Galán la planta estaba conformada por 197 funcionarios, de los cuales 31 o sea el 16%, eran de la parte administrativa, mientras que los 166 restantes pertenecían al área asistencial.

Una vez adelantada la fusión del hospital la planta pasó de 517 a 423 funcionarios, presentándose una disminución del 18%, quedando a 31 de diciembre d 2001, la distribución de la planta de la siguiente manera: Area administrativa 70 funcionarios (17%) y Area asistencial 353 funcionarios (83%).

177

4.6. Anexos

4.6.1. Hallazgos detectados y comunicados.

Cuadro No. 19

CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR	NUMERACIÓN DE HALLAZGOS
ADMINISTRATIVOS	59		❶
FISCALES			
DISCIPLINARIOS			
PENALES			
TOTALES			

Fuente: Informe de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral – Modalidad Regular Vigencia 2001, practicada al Hospital del Sur, I Nivel E.S.E.

❶ A continuación se relaciona la nomenclatura de los hallazgos.

- | | | |
|------------|------------|------------|
| 4.2.1.1. | 4.2.4.1. | 4.4.2.1.2. |
| 4.2.1.2.1. | 4.2.4.2. | 4.4.2.1.3. |
| 4.2.1.2.2. | 4.2.4.3. | 4.4.2.1.4. |
| 4.2.1.2.3. | 4.2.4.4. | 4.4.2.1.5. |
| 4.2.2.1. | 4.2.4.5. | 4.4.3.1.1. |
| 4.2.2.2. | 4.2.4.6. | 4.4.3.1.2. |
| 4.2.2.3. | 4.2.4.7. | 4.4.3.1.3. |
| 4.2.2.4. | 4.2.5. | 4.4.3.1.4. |
| 4.2.2.5. | 4.2.6.1. | 4.4.3.2. |
| 4.2.2.6. | 4.2.6.2. | 4.4.3.3. |
| 4.2.2.7. | 4.2.7. | 4.4.3.4. |
| 4.2.2.8. | 4.2.8.1. | 4.4.3.5. |
| 4.2.3.1. | 4.2.8.2. | 4.4.4.1. |
| 4.2.3.2. | 4.4.1.1. | 4.4.6. |
| 4.2.3.3. | 4.4.1.2. | 4.4.7. |
| 4.2.3.4. | 4.4.1.3. | |
| 4.2.3.5.1. | 4.4.1.4. | |
| 4.2.3.6.1. | 4.4.1.5. | |
| 4.2.3.6.2. | 4.4.1.6. | |
| 4.2.3.6.3. | 4.4.1.7. | |
| 4.2.3.6.4. | 4.4.1.8. | |
| 4.2.3.6.5. | 4.4.2.1.1. | |

AGY-21
E.F. ✓ 17959

176

BOGOTA DISTRITO CAPITAL
HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
BALANCE GENERAL
A DICIEMBRE 31 DE 2001
(Cifras en Miles de Pesos)

<p>1 ACTIVO</p> <p>CORRIENTE <u>4,451,633</u></p> <p>11 EFECTIVO 345,432</p> <p>12 INVERSIONES 0</p> <p>13 RENTAS POR COBRAR 0</p> <p>14 DEUDORES 3,749,976</p> <p>15 INVENTARIOS 356,225</p> <p>9 OTROS ACTIVOS 0</p> <p>NO CORRIENTE <u>2,912,159</u></p> <p>12 INVERSIONES 0</p> <p>13 RENTAS POR COBRAR 0</p> <p>14 DEUDORES 583,238</p> <p>16 PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO 1,431,071</p> <p>17 BIENES DE BENEFICIO Y USO PUBLICO E HIST. 0</p> <p>18 RECURSOS NATURALES Y DEL AMBIENTE 0</p> <p>19 OTROS ACTIVOS 897,850</p> <p>TOTAL ACTIVO <u>7,363,792</u></p> <p>8 CUENTAS DE ORDEN DEUDORAS <u>0</u></p> <p>81 DERECHOS CONTINGENTES 0</p> <p>82 DEUDORAS FISCALES 0</p> <p>83 DEUDORAS DE CONTROL 2,917,374</p> <p>89 DEUDORAS POR CONTRA (CR) 2,917,374</p>	<p>2 PASIVO</p> <p>CORRIENTE <u>7,248,625</u></p> <p>22 OPERACIONES DE CREDITO PUBLICO 0</p> <p>23 OBLIGACIONES FINANCIERAS 0</p> <p>24 CUENTAS POR PAGAR 1,998,175</p> <p>25 OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD : 5,221,220</p> <p>26 OTROS BONOS Y TITULOS EMITIDOS 0</p> <p>27 PASIVOS ESTIMADOS 6,934</p> <p>29 OTROS PASIVOS 22,296</p> <p>NO CORRIENTE <u>0</u></p> <p>22 OPERACIONES DE CREDITO PUBLICO 0</p> <p>23 OBLIGACIONES FINANCIERAS 0</p> <p>24 CUENTAS POR PAGAR 0</p> <p>25 OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD : 0</p> <p>26 OTROS BONOS Y TITULOS EMITIDOS 0</p> <p>27 PASIVOS ESTIMADOS 0</p> <p>29 OTROS PASIVOS 0</p> <p>TOTAL PASIVO <u>7,248,625</u></p> <p>3 PATRIMONIO</p> <p>31 HACIENDA PUBLICA 0</p> <p>32 PATRIMONIO INSTITUCIONAL 115,167</p> <p>TOTAL PATRIMONIO <u>115,167</u></p> <p>TOTAL PASIVO+ PATRIMONIO <u>7,363,792</u></p> <p>9 CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS <u>0</u></p> <p>91 RESPONSABILIDADES CONTINGENTES 229,889</p> <p>92 ACREEDORAS FISCALES 0</p> <p>93 ACREEDORAS DE CONTROL 1,003,465</p> <p>99 ACREEDORAS POR CONTRA (DB) 1,233,364</p>
--	---

Carolina L. Enriquez Guerrero
FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
CAROLINA L. ENRIQUEZ GUERRERO

Mabel Cristina Cardozo Larrota
FIRMA CONTADOR
MABEL CRISTINA CARDOZO LARROTA
T.P. 59451-T

Yolanda Munar Ariza
FIRMA SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERA
YOLANDA MUNAR ARIZA

Julian Rafael Cabana P.
FIRMA DEL REVISOR FISCAL
JULIAN RAFAEL CABANA P.
T.P. 5340-T

AG4-34
CF: 174
146

BOGOTA DISTRITO CAPITAL
HOSPITAL DEL SUR EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA, ECONOMICA Y SOCIAL
A DICIEMBRE 31 DE 2001
(Cifras en Miles de Pesos)

INGRESOS OPERACIONALES		<u>1.75</u> <u>11,410,647</u>
41	INGRESOS FISCALES	0
42	VENTA DE BIENES	0
43	VENTA DE SERVICIOS	8.995.610
44	TRANSFERENCIAS	239,000
47	OPERACIONES INTERINSTITUCIONALES	2,176,037
57	OPERACIONES INTERINSTITUCIONALES	0
COSTO DE VENTAS		<u>11,150,363</u>
62	COSTO DE VENTAS DE BIENES	0
63	COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	11,150,363
64	COSTOS DE OPERACIÓN DE SERVICIOS	0
GASTOS OPERACIONALES		<u>5,011,370</u>
51	ADMINISTRACION	3.694.839
52	DE OPERACIÓN	0
53	PROVISIONES, AGOTAMIENTO, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES	1,316,531
54	TRANSFERENCIAS	0
55	GASTO PUBLICO SOCIAL	0
56	GASTOS DE INVERSION SOCIAL	0
EXCEDENTE (DEFICIT) OPERACIONAL		<u>-4,751,086</u>
48	OTROS INGRESOS	8,726,697
58	OTROS GASTOS	1,915,054
EXCEDENTE (DEFICIT) ANTES DE AJUSTES POR INFLACION		<u>2,060,557</u>
EFECTO NETO POR EXPOSICION A LA INFLACION		<u>0</u>
49	CORRECCION MONETARIA	0
EXCEDENTE(DEFICIT) DEL EJERCICIO		<u>2,060,557</u>


FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
CAROLINA L. ENRIQUEZ GUERRERO


FIRMA CONTADOR
MABEL CRISTINA CARDOZO LARROTA
T.P. No. 59451-T


SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINAN
YOLANDA MUÑOZ ARIZA


FIRMA DEL REVISOR FISCAL
JULIAN RAFAEL CABANA P.
T.P. No. 5340-T