

DIRECCION TECNICA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

152

INFORME DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL
MODALIDAD REGULAR

HOSPITAL USME, I NIVEL, ESE

VIGENCIA AUDITADA 2001

ENERO DE 2003

151

AUDITORIA INTEGRAL AL HOSPITAL USME I NIVEL, ESE

Contralor de Bogotá: Juan Antonio Nieto Escalante

Contralor Auxiliar: Miguel Angel Morales Russi

Director Sectorial: Nancy Gómez Martínez

Sub Director de Fiscalización: María Teresa Trujillo Tobar

Sub Director de Análisis Sectorial: Olga Lucía Jiménez Oróstegui

Asesor Jurídico: Ricardo Rodríguez Gama

Responsable Subsectorial: Fabio Borbón Chaparro
Lilia Medina Roa

Equipo de Auditoría: Noel Dari Melo Yepes- Líder
Pedro Forero Suárez
Millar Bohórquez Perdomo
Leonardo Casallas Montoya

150

TABLA DE CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN	
1. ANALISIS SECTORIAL	5
2. HECHOS RELEVANTES DEL PERIODO	27
3. DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL	30
4. RESULTADOS DE LA AUDITORIA	35
4.1 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	36
4.2 EVALUACION A LOS ESTADOS CONTABLES	39
4.3 EVALUACION PRESUPUESTAL	42
4.4 CONTRATACION	45
4.5 EVALUACION A LA GESTION Y RESULTADOS	46
4.6 EVALUACION A LA GESTION DEL BALANCE SOCIAL	50
ANEXOS	55



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

149

INTRODUCCIÓN

La Contraloría de Bogotá, en desarrollo de su función constitucional y legal y en cumplimiento del Plan de Auditoría Distrital, practicó Auditoría Gubernamental con enfoque integral al Hospital de Usme ESE I nivel de Atención.

El alcance de la presente Auditoría se centró en la evaluación a los estados contables, presupuesto, gestión y resultados, control interno y contratación. Con el fin de seleccionar puntos de control se tuvo en cuenta en la línea de auditoría de los estados contables la materialidad de las cifras a diciembre 31 de 2001, en la línea de presupuesto se verificó el Acuerdo de expedición y su respectiva Resolución de Liquidación y se evaluó en forma selectiva los registros correspondientes a ejecución presupuestal y cierre presupuestal. Para la línea de contratación se hizo un análisis de gestión de los contratos suscritos con el Fondo Financiero Distrital, por ser los de mayor generación de ingresos para el Hospital, para la línea de auditoría de Gestión y Resultados se realizó un estudio de los resultados obtenidos en las diferentes líneas de auditoría básicas, así como el cumplimiento de las acciones para minimizar los problemas sociales en cuanto a salud se refiere en la Localidad.

Dentro del proceso auditor se presentaron al Hospital los hallazgos de la auditoría a estados contables, contratación y Balance Social, los cuales se informaron al hospital y este dio respuesta.

Dada la importancia estratégica que el Hospital de Usme tiene para el Sector Salud y el Beneficio Social de la población de la Localidad, la Contraloría de Bogotá 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 la población beneficiaria de sus servicios.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

148

1. ANÁLISIS SECTORIAL



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

147

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 indicadores que permiten observar la situación financiera de las entidades al igual que el análisis sobre las políticas para el manejo de farmacias en los hospitales del distrito y su papel dentro del sistema distrital 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 en el ámbito 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 Iberoamérica, 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 salud mediante la creación y puesta en funcionamiento de boticas y laboratorios

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 Iberoamérica 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.

comunitarios y el mejoramiento de la infraestructura de los organismos de salud⁴.

Actualmente, existen en Bogotá dieciocho Copaco⁵, 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 no preciso 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 del análisis 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, carteleras o videos.

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

Sin embargo, en algunos hospitales ESE del distrito, no se observan procesos de participación social en la elaboración de propuestas que conlleven al mejoramiento de la calidad de vida. Únicamente existen sugerencias sobre la prestación del servicio. Este es el caso de hospitales como Meissen. De igual forma, existen falencias en los mecanismos de apoyo, asesoría y capacitación en áreas de planeación, salud pública, medio ambiente, participación social y atención al usuario.

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 que los hospitales divulgan sus programas de promoción y prevención en encuentros ciudadanos, por medio de folletos y reuniones con la comunidad donde se socializa el portafolio de servicios. Así mismo, en la mayoría de las entidades la comunidad participa en jornadas de vacunación y en veedurías personalizadas a los servicios prestados. Sin embargo en algunas instituciones como es el caso del Hospital de Meissen estos mecanismos no se desarrollan.

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. Por otra parte, los integrantes de los mecanismos de participación social, se deben convertir en promotores del autocuidado 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 facilitaría el ejercicio del seguimiento y vigilancia sobre la ejecución de los planes, programas o proyectos en salud.

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.

En general se pudo determinar que en Bogotá, los hospitales vienen cumpliendo los lineamientos establecidos por la Secretaria Distrital de Salud, en cuanto a la participación de la comunidad en el mejoramiento de la calidad.

El gran reto para las Empresas Sociales del distrito será continuar promulgando y fortaleciendo los espacios de participación social, resaltando su importancia como gestores en la solución de sus problemas de salud, invitándolos y dándoles las herramientas necesarias para que intervengan en la planeación de proyectos y programas, en su ejecución y control.

No basta solamente en conformar los comités de participación comunitaria, la asociación de usuarios y el comité de ética hospitalaria. Es de mayor importancia el compromiso y la participación activa de la administración en el desarrollo efectivo de estos mecanismos con el fin de coadyuvar al mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad, pues los beneficios y logros son para esta.

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.

Por lo tanto se deben desarrollar mecanismos que contribuyan a fortalecer las redes de participación social promoviendo la integración de las organizaciones comunitarias, desarrollando procesos concretos en donde intervengan actores institucionales y comunitarios.

Sin embargo, los hospitales ESE del distrito, presentan otras dificultades, que en muchas ocasiones escapan al alcance y análisis de 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 salud¹¹, 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

¹¹ J. Figueras et al. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿Qué puede aprenderse de la experiencia Europea?

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 cuenta¹²: 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.

En este contexto de reformas en la prestación de los servicios, los hospitales en Colombia han presentado gran diversidad de transformaciones para adaptarse al nuevo esquema plasmado a través de la ley 100 de 1993; la cual en un sistema mixto de financiamiento de los gastos de salud, organismos públicos y privados de aseguramiento y prestación de servicios coexisten en el sistema general de seguridad social en salud, en el que también coexisten lógicas muy diferentes asociadas a cada uno de estos subsistemas: El objetivo de las empresas del subsistema privado es la búsqueda del beneficio económico y el de las entidades del subsistema público es la búsqueda de un equilibrio financiero bajo restricciones de calidad en la prestación de los servicios y de equidad en el acceso a ellos, con la función adicional de brindar beneficio social¹³.

El elemento más evidente de la crisis hospitalaria en Colombia durante los últimos años se ha dado por los deficientes resultados mostrados por los indicadores económicos, financieros y presupuestales.

¹² Edwardes N, Hensher M, Werneke U et al. Changing hospital systems. 1999.

¹³ Entendido como la contribución que los hospitales Empresas Sociales del Estado, hacen al desarrollo de la comunidad donde actúan, y que potencia el mejoramiento de las condiciones de bienestar y calidad de vida.

Es así como en el marco de estrategias para lograr una mayor eficiencia de los recursos del Distrito, la secretaría de salud implemento desde 1999 un nuevo mecanismo de pago a los hospitales adscritos a ella, por la prestación de servicios a la población vinculada o pobre no asegurada. El mecanismo de pagos globales fijos prospectivos por paciente atendido¹⁴, se clasifica como prospectivo, ya que la ESE recibe de forma anticipada a la prestación del servicio el valor de los mismos y como global, ya que se cancela un valor preestablecido por la totalidad de servicios asistenciales que requiere la atención de un determinado evento, paga actividades finales, más no actividades intermedias. Para estos contratos existen unos topes máximos presupuéstales, los cuales son conocidos por las ESE como “techos presupuéstales”.

Esta estrategia es mundialmente conocida como un adecuado mecanismo para un eficiente manejo de control de costos por parte de los aseguradores y de aumento en la eficiencia y productividad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Sin embargo para un desarrollo justo y equilibrado de la misma, se hace necesario un pleno conocimiento de costos y establecimiento de tarifas por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios, con el fin de realizar una negociación clara sabiendo realmente cual es el riesgo que les es posible asumir. Sin embargo, no existe actualmente, ningún hospital ESE de la red pública distrital, que haya realizado este ejercicio y que por lo tanto sepa a ciencia cierta si las tarifas establecidas contractualmente, le están generando pérdida, beneficio o simplemente lo están manteniendo en equilibrio financiero.

Esta estrategia es especialmente importante debido al impacto económico y social que han tenido en del distrito y a que está siendo adoptada por otros municipios y departamentos del País.

El impacto económico de esta modalidad de pago, sobre los hospitales ESE, de la red pública, se puede analizar a partir de dos escenarios:

Escenario 1: Comparativo entre el valor facturado bajo el mecanismo de PFGP y el valor que se hubiera podido facturar bajo la modalidad de pago por evento a tarifas SOAT. Este comparativo se realizó con una muestra de 17 hospitales (77.27%) de los 22 adscritos a la SDS, mostrando una diferencia total para el año 2000 de **\$30.821.297.297** y para septiembre de 2001 de **\$27.856.210.858** aproximadamente, distribuidos de la siguiente forma:

⇒ Los hospitales de tercer Nivel dejaron de percibir debido a este mecanismo de pago **\$17.629.113.538** durante el año 2000 y **\$15.416.052.424** a septiembre de 2001 aproximadamente.

¹⁴ Propuesta de Mecanismo de pago a los hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Santa fe de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud

- ⇒ Los hospitales de segundo Nivel, dejaron de percibir durante el año 2000 **\$8.484.489.939** y a septiembre de 2001 **\$9.816.551.737** aproximadamente.
- ⇒ Los hospitales de primer Nivel, dejaron de percibir durante el año 2000 **\$4.707.693.820** y a septiembre de 2001 **\$2.623.606.697** aproximadamente.

Escenario 2: Asignación de montos máximos (techos presupuestales) por parte del FFDS a las ESE, en el cual las ESE deben asumir los llamados “**excedentes sociales**”, consistentes en la prestación de servicios de salud a participantes vinculados, sin que exista un reconocimiento económico por parte de la Secretaría de dichas atenciones. La razón para que esto ocurra es simplemente que las ESE exceden el techo presupuestal establecido contractualmente por la Secretaría Distrital de Salud, es decir, vendieron más servicios de los que les reconocen.

Por tanto, el costo del excedente social debe ser asumido por el hospital, ya que este por principios éticos y constitucionales no puede negarse a prestar el servicio esencial de la salud. Bajo este escenario las ESE se ven limitadas en la implementación de estrategias tales como compensar un sistema tarifarlo menor con un alto volumen de atención, ya que la alta demanda de servicios se convierte en un factor de desequilibrio económico, en contravía de la teoría del libre mercado.

Este análisis se realizó en 19 hospitales (86.36%) de los 22 adscritos a la SDS, donde se observa que en el año 2000 los hospitales debieron asumir de sus propios recursos **\$11.836.319.701**, ya que este modelo no permite que sean reconocidos por el FFDS. A septiembre de 2001, los hospitales El Tunal, Santa Clara, Meissen, San Cristóbal, Pablo VI Bosa y Tunjuelito habían asumido **\$6.142.390.866**.

El impacto social, se analiza teniendo en cuenta la articulación que debe darse entre las diferentes políticas y estrategias dadas por la entidad. Basados en lo anterior, observamos que a pesar de ser estrategias de reconocimiento mundial y aplicadas en diferentes ámbitos y por diferentes actores del SGSS con buenos resultados, las fallas dadas en la concepción y negociación de las tarifas en la estrategia de pago, inciden negativamente en la estrategia de redes y el proceso de referencia y contrareferencia, el cual tiene como función facilitar el tránsito de pacientes entre las IPS que conforman la red, teniendo en cuenta variables como complejidad de la atención requerida, disponibilidad de camas, oportunidad, etc., se utiliza por algunas ESE como escudo y excusa para la no atención de usuarios, cuando la institución está a punto de “sobretecharse” o tiene conocimiento de que ya se “sobretecho”, “remiten” al usuarios a otra institución, con el fin de no asumir costos, que sabe que la Secretaría de Salud no le va a reconocer y que por el contrario le produciría una agudización de su precaria

situación financiera. Lo anterior puede generar un riesgo de “selección adversa” de procedimientos y actividades por parte de los hospitales como mecanismo de protección al riesgo financiero que están asumiendo.

De otra parte, al realizar un análisis comparativo entre la vigencia 2000 y 2001 de algunos indicadores financieros, de los hospitales ESE de I y II nivel de atención, se observa que la razón corriente en los hospitales de I nivel del distrito se incrementó, pasando de 2,31 en el año 2000 a 4.35 en el 2001. Es decir que mientras en el 2000 por cada peso de obligación de corto plazo, se contaba con 2,31 pesos de activos que lo respaldaban. Para el año 2001, estas entidades contaban con 4,35 pesos para respaldar cada peso de obligación a corto plazo.

Sin embargo al excluir del grupo los hospitales de Nazareth y Pablo VI Bosa, este indicador claramente se deteriora en el período analizado. Pasando de 1.07 a 0.98. Es decir que gran parte de la liquidez de los hospitales de I Nivel en Bogotá, descansa sobre los mencionados hospitales.

Por el contrario, para los hospitales de segundo nivel la razón corriente entre el año 2000 y 2001, se ve disminuida, pasando de 1.32 a 1.17. Es decir que mientras en el año 2000 los hospitales de II Nivel de atención contaban con 1.32 pesos para respaldar cada peso de obligación a corto plazo, en el 2001 tan sólo contaron con 1.17.

Cuadro No. 1
RAZON CORRIENTE HOSPITALES ESE
BOGOTA 2000-2001

ESE	NIVEL	RCORR2001	CALIF	ESTADO	RCORR2000	CALIF	ESTADO	DIFERENCI
MEISEN	II	1.02	2	SATISF	0.89	1	CRITICO	0.13
TUNJUELITO	II	1.05	2	SATISF	0.74	1	CRITICO	0.31
ENGATIVA	II	0.70	1	CRITICO	1.47	2	SATISF	-0.77
SAN BLAS	II	1.27	2	SATISF	1.01	2	SATISF	0.26
CENTRO ORTE	II	1.09	2	SATISF	1.69	0	SATISF	-0.59
FONTIBON	II	1.49	2	SATISF	2.06	3	SATISF	-0.57
BOSA	II	1.53	2	SATISF	1.40	2	SATISF	0.13
TOTAL NIVEL	II	1.17	1.9	SATISF	1.32	1.6	SATISF	-0.16
USME	I	2.00	3	SATISF	1.56	2	SATISF	0.43
R URIBE	I	0.76	1	CRITICO	1.77	2	SATISF	-1.01
NAZARETH	I	22.92	4	SATISF	4.54	4	SATISF	18.37
VISTA HERMOSA	I	1.23	2	SATISF	1.09	2	SATISF	0.14
SUBA	I	0.86	1	CRITICO	0.56	1	CRITICO	0.31
USAQUEN	I	0.78	1	CRITICO	0.95	1	CRITICO	-0.17
CHAPINERO	I	0.75	1	CRITICO	0.94	1	CRITICO	-0.18



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

136

ESE	NIVEL	RCORR2001	CALIF	ESTADO	RCORR2000	CALIF	ESTADO	DIFERENCI
SAN CRISTOBAL	I	0.84	1	CRITICO	1.04	1	SATISF	-0.20
PABLO VI	I	12.71	4	SATISF	10.05	4	SATISF	2.67
SUR	I	0.61	1	CRITICO	0.66	1	CRITICO	-0.04
TOTAL NIVEL	I	4.35	1.9	SATISF	2.31	1.9	SATISF	2.03
TOTAL	I Y II	3.04	1.9	SATISF	1.91	1.8	SATISF	1.13
I Y II SIN		0.98	1.4	CRITICO	1.07	1.4	SATISF	-0.09
TOTAL I Y II SIN		1.07	1.6	SATISF	1.19	1.5	SATISF	-0.12

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

En cuanto al indicador de solvencia los hospitales de I Nivel de atención del distrito vieron aumentado su capacidad de responder a sus obligaciones con el patrimonio, pasando de 3,03 durante al año 2000 a 8,91 en el 2001.

Contrariamente en el segundo nivel de atención, las entidades vieron deteriorada su capacidad de responder a las obligaciones con su patrimonio. Pasando de 1,07 en el año 2000 a 0.92 en el 2001.

De igual forma en general las instituciones de I y II Nivel de manera ponderada, presentaron incremento en este indicador, pasando de 2.23 durante el año 2000 a 5.62 en el 2001.

Cuadro No. 2
INDICADOR DE SOLVENCIA
HOSPITALES ESE BOGOTA 2000-2001

ESE	NIVEL	SOLV 2001	CALIF 2001	ESTADO	SOLV 2000	CALIF 2000	ESTADO	
MEISSEN	II	0.43	1	CRITICO	0.31	1	CRITICO	0.12
TUNJUELITO	II	1.30	1	CRITICO	0.82	1	CRITICO	0.48
ENGATIVA	II	0.04	1	CRITICO	0.36	1	CRITICO	-0.32
SAN BLAS	II	0.95	1	CRITICO	0.71	1	CRITICO	0.24
CENT.ORTE	II	1.11	1	CRITICO	1.62	2	ACPTAB	-0.52
FONTIBON	II	1.23	1	CRITICO	1.69	2	ACPTAB	-0.46
BOSA	II	1.37	1	CRITICO	1.97	2	ACPTAB	-0.60
TOTAL NIVEL	II	0.92	1	CRITICO	1.07	1.4	SATISF	-0.15
USME	I	1.84	2	ACPTAB	1.47	1	CRITICO	0.37
R URIBE	I	0.07	1	CRITICO	0.73	1	CRITICO	-0.66
NAZARETH	I	68.69	4	SATISF	12.64	4	SATISF	56.06
VISTA HERMOSA	I	0.76	1	CRITICO	1.00	1	CRITICO	-0.24
SUBA	I	0.42	1	CRITICO	0.13	1	CRITICO	0.29
USAQUEN	I	0.57	1	CRITICO	0.62	1	CRITICO	-0.05

ESE	NIVEL	SOLV 2001	CALIF 2001	ESTADO	SOLV 2000	CALIF 2000	ESTADO	
CHAPINERO	I	0.37	1	CRITICO	0.45	1	CRITICO	-0.08
SAN CRISTOBAL	I	0.11	1	CRITICO	0.56	1	CRITICO	-0.44
PABLO VI	I	16.22	4	SATISF	12.84	4	SATISF	3.38
SUR	I	0.02	1	CRITICO	-0.10	1	CRITICO	0.12
TOTAL NIVEL	I	8.91	1.7	CRITICO	3.03	1.6	CRITICO	5.87
TOTAL	I Y II	5.62	1.4	CRITICO	2.23	1.5	CRITICO	3.39
II SIN		0.52	1.1	CRITICO	0.61	1.0	CRITICO	-0.09
TOTAL II SIN		0.71	1.1	CRITICO	0.82	1.2	CRITICO	-0.12

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

Otro de los factores que incide directamente en la situación económica y financiera de los hospitales del distrito, hace referencia al manejo dado por los mismos a las farmacias y políticas de adquisición y suministro de medicamentos.

Es así como el distrito realizó inversiones en medicamentos e insumos hospitalarios durante el año 2001, por \$45.274 millones.

Cuadro No. 3
INVERSIÓN EN MEDICAMENTOS EN EL DISTRITO CAPITAL
ESE NIVEL I Y II

Cifras en miles de \$

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		2000 \$	2001 \$	MAYO -2002 \$
III Nivel	La Victoria	1.718.437	2.169.626	2.300.000
	El Tunal	8.177.732	9.474.290	8.586.316
	Simón Bolívar	6.953.627	8.859.100	9.297.503
	Kennedy	3.896.147	5.388.720	7.500.000
	Santa Clara	3.480.809	5.297.048	5.018.664
Subtotal		24.226.752	31.188.784	32.702.483
II Nivel	Bosa	428.565	467.441	613.617
	Engativá	1.421.979	1.782.183	2.256.726
	Fontibón	1.111.987	938.523	1.201.651
	Meissen	2.861.720	3.192.339	3.358.613
	Tunjuelito	553.677	758.669	950.000
	C. Oriente	715.481	731.229	754.250
	San Blas	1.623.028	2.446.553	3.250.219
Subtotal		8.716.437	10.316.937	12.385.076



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

134

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		2000	2001	MAYO -2002
		\$	\$	\$
I Nivel	Chapinero	342.784	208.338	370.000
	Suba	626.575	705.776	830.823
	Usaquén	317.604	286.358	317.628
	Usme	638.672	897.895	800.000
	Del Sur	710.242	724.893	1.016.000
	Nazareth	19.880	112.771	114.790
	Pablo VI Bosa	99.919	1.117.102	950.000
	San Cristóbal	321.236	278.669	250.00
	Rafael Uribe Uribe	169.997	-	446.009
	Vista Hermosa	293.280	335.045	916.000
Subtotal		3.218.953	3.768.952	6.011.250
TOTAL Niveles I+II+III		36.162.142	45.274.673	51.098.809

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-oficio310-74837 del 02-oct.2002

Por nivel de complejidad la participación de la inversión en medicamentos en el año 2000 fue para el III nivel de atención el 66,99%, para el II Nivel fue el 24,10%, mientras que para el primer Nivel fue del 8,90% del total presupuestado para medicamentos en el Distrito Capital.

Para la vigencia 2001, la inversión mantiene similar tendencia por niveles, en términos nominales, con las siguientes variaciones: el III Nivel presenta un crecimiento nominal del 22,32%; el segundo nivel creció en un 15,51% y el primer nivel se incrementó en 14,59%.

A mayo de 2002 la tendencia se mantiene con la siguiente participación. Tercer Nivel 63,99%; Segundo Nivel con el 24,24% y Primer Nivel con el 11,76%

En términos nominales el presupuesto ejecutado en el Distrito Capital para medicamentos e insumos hospitalarios creció en el 20,13% de la vigencia 2000 a la 2001.

La inversión general ejecutada en medicamentos en el Distrito Capital a mayo de 2002, supera al ejecutado en la vigencia 2001, en un 12,86%.

Por entidades la inversión se ejecutó así: en el Tercer Nivel el Hospital El Tunal figura en el primer lugar con el 33,75% en el año 2000 y el 30,37% en el 2001, a mayo de 2002 el Hospital Simón Bolívar se ubica primero con un 28,43% del presupuesto ejecutado en este nivel.

En el Segundo Nivel, el Hospital de Meissen II presenta la mayor participación en

inversión en medicamentos e insumos hospitalarios, su ejecución fue del 32,83% en el 2000, un 30,94% en el 2001 y a mayo de 2002 participa con 27,12% de lo ejecutado en este nivel.

En el Primer Nivel de Atención, la participación de la inversión en medicamentos e insumos de los hospitales según las cifras reportadas por la SDS; muestra el siguiente comportamiento de la inversión ejecutada: el hospital Del Sur participó con el 22.06% en el año 2000; Pablo VI Bosa con el 29,64% en el 2001 y a mayo de 2002 Del Sur con el 16,90% del total ejecutado en este Nivel.

En el año 2000 el Distrito Capital, invirtió en el Sector salud un presupuesto total por \$279.225¹⁵ millones y de éste se ejecutaron \$36.483 millones en medicamentos e insumos Hospitalarios, equivalentes al 13,06% del presupuesto total ejecutado en salud durante el año 2000.

Para la vigencia 2001 se ejecutaron en salud \$353.844¹⁶ millones, de los cuales se destinaron \$46.172 millones en medicamentos e insumos hospitalarios, equivalentes al 13.05% del presupuesto ejecutado en salud durante esta vigencia.

Si bien en términos nominales el presupuesto destinado para salud y medicamentos creció, la participación del rubro medicamentos e insumos hospitalarios en el presupuesto total ejecutado para salud se mantuvo alrededor del 13 %.

La inversión ejecutada en salud en el Distrito Capital a junio 30 de 2002 suma \$211.099¹⁷ millones de los cuales se destinaron \$51.099 millones para medicamentos e insumos hospitalarios, equivalentes al 24.22% del presupuesto total para esta vigencia.

Para la ejecución del presupuesto de este servicio, la Secretaría Distrital de Salud¹⁸ ha implementado una estrategia basada en “negociación conjunta”¹⁹ para la compra de insumos hospitalarios y medicamentos.

Como resultado de esta estrategia, la red pública distrital ha alcanzado los siguientes niveles de ahorro:

¹⁵ Según información reportada a la Contraloría por cada Hospital ESE del Distrito.

¹⁶ Según información reportada a la Contraloría por cada Hospital ESE del Distrito

¹⁷ Según información reportada a la Contraloría por cada Hospital ESE del Distrito

¹⁸ Prestar asistencia técnica entre otros, a las áreas de suministros y a los servicios farmacéuticos de los hospitales de la red pública para apoyar el mejoramiento de la calidad del servicio y establecer criterios técnicos para garantizar la calidad del medicamento.

¹⁹ Es una estrategia complementaria como parte de la política de equidad y cooperación, entre las cuales se encuentran las compras conjuntas. Con esta estrategia se busca mejorar la gestión de compra de insumos hospitalarios y medicamentos a través de la obtención de mejores condiciones en términos de precio, calidad y oportunidad para los hospitales.

CUADRO No.4
AHORRO EN NEGOCIACION CONJUNTA EN BOGOTA
PERIODO 2001 A JULIO DE 2002

INSUMO	AHORRO \$	PARTICIPACIÓN EN EL AHORRO %
Medicamentos	1.928.878.972	59,97
Material medicoquirúrgico	904.762.469	28,13
Laboratorio clínico	246.119.556	7.65
Odontología	33.494.984	1.04
Imágenes Diagnósticas	103.241.397	3.21
TOTAL	3.216.497.378	100

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Oficio 310-774837 del 02-oct. 2002

Como se observa el mayor ahorro logrado en la Red Distrital, corresponde al rubro medicamentos, prácticamente con un 60%, este constituye un ahorro importante en el momento de la negociación de todos los hospitales y los proveedores.

La tendencia de compra de medicamentos bajo esta estrategia, se centra en los medicamentos de mayor rotación, generando mayores descuentos por volumen.

Sin embargo el ahorro alcanzado bajo esta estrategia se ve minimizado por la falta de una política unificada para el manejo de dosis, ya que se podría presentar un alto nivel de desperdicio de algunos medicamentos.

Es así como, a pesar de contar con equipos que permiten el manejo de dosis unitarias y reempaque, varios hospitales del distrito (Bosa II, Engativá, Centro Oriente, y San Blas) no utilizan la cabina de flujo laminar²⁰. Esta podría ser una fuente de ahorro evitando pérdida de medicamentos y aumentando la rentabilidad por venta de servicios, si fuera asimilada como una unidad estratégica de negocio. Entendido así, estos podrían ser una fuente importante de ahorro en el manejo farmacéutico con importantes repercusiones financieras para las ESEs.

A pesar de que el distrito²¹ no cuenta con una política clara, concreta y unificada sobre los servicios farmacéuticos para el sector, es importante mencionar que el Hospital de Meissen II ha proyectado implementar un sistema adecuado de

²⁰ Es un equipo diseñado para asegurar que las operaciones de reembase, reempaque y adecuación de medicamentos que se administran vía intravenosa conserven las características de esterilidad con las que se fabricaron.

²¹ En Colombia la Política farmacéutica Nacional no está formulada explícitamente, aunque existen avances reglamentarios sobre los componentes fundamentales establecidos por la OMS.

reempaque en dosis unitaria y una central de mezclas para la adecuación de medicamentos para noviembre de 2002, con las instalaciones físicas y técnicas apropiadas.

En general el manejo dado por los hospitales de I y II Nivel de atención de Bogotá, a las farmacias, presentan deficiencias en aspectos como áreas reducidas en inapropiadas, deficiente dotación necesaria para el cumplimiento de las actividades de acuerdo al nivel de complejidad, carencia de procedimientos claros y adoptados formalmente.

De igual forma el talento humano destinado por el distrito como responsable del servicio farmacéutico, no cuenta con el perfil profesional establecido en las normas que lo regulan.²²

Cuadro No. 5
RESPONSABLE DE MANEJO DE FARMACIAS DE I y II NIVEL
EN BOGOTA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO		RESPONSABLE DEL MANEJO DE MEDICAMENTOS
II Nivel	Bosa	Químico Farmacéutico
	Engativá	Auxiliares de Farmacia
	Fontibón	Química Farmacéutica
	Meissen	Química Farmacéutica
	Tunjuelito	Auxiliar Administrativo
	C. Oriente	Administradora de Medicamentos
	San Blas	Químico Farmacéutico
I Nivel	Suba	Químico Farmacéutico
	Usaquén	Químico Farmacéutico
	Usme	Expendedora de Drogas
	Del Sur	Químico Farmacéutico
	Nazaret	Promotora de salud
	San Cristóbal	Auxiliar de farmacia
	Rafael Uribe Uribe	Contrato de Suministros
	Vista Hermosa	Contrato de Suministros

Fuente: información Suministrada por Hospitales y visita a los mismos.

Es así como en Bogotá, las farmacias en el Nivel II de atención, la dispensación de medicamentos debe ser ejercida por un Químico Farmacéutico²³ y en el Nivel I por un Regente en Farmacia como mínimo.

Por otra parte, se observa que el funcionario asignado a esta área, realiza adicionalmente, otras funciones como por ejemplo salud pública, lo cual altera la óptima calidad del servicio farmacéutico.

En este mismo sentido, en el 50% de instituciones que conforma el II Nivel de atención, la responsabilidad está en cabeza de personas que no tienen la formación académica requerida²⁴ y en ocasiones no son capacitadas de manera permanente por parte del Hospital.

En cuanto a la recepción técnica de medicamentos, de 15 hospitales analizados es efectuada sólo en un 26,6% por el Químico Farmacéutico de los hospitales de I y II Nivel de Atención.

CUADRO No. 6
RECEPCIÓN TÉCNICA DE MEDICAMENTOS

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	RECEPCIÓN TÉCNICA DE MEDICAMENTOS
II Nivel Bosa	Q. Farmacéutico. y Supervisor
Engativá	Supervisor
Fontibón	Supervisor
Tunjuelito	Coordinador Administrativo y Coordinador Técnico
C. Oriente	Almacenista
San Blas	Químico Farmacéutico y Almacenista
I Nivel Suba	Químico Farmacéutico y Almacenista
Usaquén	Interventor almacenista
Usme	Coordinado de Almacén y supervisor
Del Sur	Almacenista e interventor
Nazareth	Almacenista
San Cristóbal	Químico Farmacéutico

²² Resolución 4252 de 1997, art. 13

²³ Según la Ley 485 1998 y la resolución 4252 de 1997

²⁴ Como lo establece el artículo 4° del Decreto 1945 de 1996.

7 Datos reportados por hospitales de la red Distrital, no incluya presupuesto del H. Bosa II

8 Secretaría Distrital de Salud.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	RECEPCIÓN TÉCNICA DE MEDICAMENTOS
Rafael Uribe	Contrato Suministro
Vista Hermosa	Contrato de suministro

Fuente: Información suministrada por los hospitales

En las demás entidades es efectuada por otro tipo de funcionarios, lo cual lleva implícito un desconocimiento y falta de control en los medicamentos recibidos por las instituciones.

Del anterior análisis se puede concluir que no existen políticas claras requeridas para posicionar el servicio farmacéutico en Bogotá como fuente de ingresos y ahorros de las ESE.

De igual forma este servicio en el distrito se reduce a la entrega de medicamentos a los usuarios y no se le da la importancia técnica en el manejo y dispensación de medicamentos.

Por otra parte, 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 pública²⁵.

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, han incidido notablemente en el diseño de políticas de salud pública.

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

²⁵ 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.

128

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 37.4²⁶% 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 localidades²⁷.

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 2000²⁸.

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 Haemophylus.

²⁶ Balance social, Empresas Sociales del Estado. Cuenta vigencia 2001.

²⁷ 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.

²⁸ 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.

127

Cuadro No. 7
COBERTURA DE VACUNACION POR BIOLÓGICO 2001
BOGOTÁ

HOSPITAL ESE	LOCALIDAD	COBERTURAS POR BIOLÓGICO %					
		POLIO	DPT	BCG	HEPATITIS B	HAEMOPHI LUS	TRIPLE VIRAL
Usaquen	Usaquen	65.4	65.3	105.8	64.4	60.3	74.7
San Cristóbal	San Cristóbal	71.7	69.5	87.7	76.6	43.2	70.7
Pablo VI Bosa	Bosa	53	53.2	47	56.3	42	63.3
Suba	Suba	49.4	48.6	45.9	53.5	35.8	55.1
Vista Hermosa	Ciudad Bolívar	46.3	45.5	41.8	45.6	35.9	57.3
Nazareth	Sumapaz	2.4	1.6	3.2	3.2	1.6	5.1
Usme	Usme	67.5	66.7	63.9	67.5	54.2	80.1

FUENTE: Secretaría Distrital de Salud. Coberturas de vacunación por biológico por localidad.

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.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

126

2 HECHOS RELEVANTES EN EL PERIODO AUDITADO

2. HECHOS RELEVANTES

El Hospital de Usme I Nivel ESE es una institución prestadora de servicios de salud adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 17 de 1995 del Concejo de Bogotá, presta servicios como son: consulta médica, Consulta Odontológica, Enfermería, promoción en salud y prevención de la enfermedad, Ecografía, farmacia, laboratorio clínico, rayos X, hospitalización, partos, urgencias y ambulancias. Adicionalmente presta servicios de segundo nivel en consulta ambulatoria como son: Ginecobstetricia, ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, gastroenterología, Optometría oftalmología, Cardiología, nutrición, terapias respiratoria y física, Pediatría, Cirugía General y Cirugía Plástica.

La prestación del servicio durante la vigencia de 2001, contaba con los CAMI de Usme y Santa Librada; las UPAs Betania, Santa Marta, San Juan Bautista y Yomasa; las UBAs La Unión, La Flora, El Destino, la Reforma y Lorenzo Alcantuz.

A 31 de diciembre de 2001, el Hospital registro activos por valor de \$7.893,2 millones presentando una disminución de \$213.7 millones equivalente al 2.6% del total de activos reportados en la vigencia fiscal de 2000. La mayor concentración de activos se encuentra en el grupo correspondiente a Deudores con una participación del 57% equivalente a \$4.530.5 millones del total del activo, seguido por Planta Propiedad y Equipo con el 29% correspondiente a \$2.348,5 millones, el Efectivo tiene participación del 7% equivalente a \$568.2 millones. No obstante aunque la cuenta Responsabilidades se encuentra provisionada en el 100%, refleja un saldo significativo de \$447.3 millones, la cual se incrementó en el 40% equivalente a \$129.2 millones con respecto al año 2000.

Los pasivos ascendieron a la suma de \$2.776.8 millones, presentando una disminución de \$504.7 millones equivalente al 15.3% respecto a los pasivos de la vigencia de 2000.

El rubro de mayor participación correspondió a obligaciones laborales por \$2.040.6 millones equivalente al 42.8% del total del pasivo, seguido por otros pasivos por \$411.3 millones correspondiente al 14 % y las cuentas por pagar por \$324.8 millones que representa el 11.%.

El Consejo Distrital de Política económica Y Social – CONFIS - aprobó el presupuesto de ingresos y de gastos e inversión del Hospital de Usme por la suma de \$ 8.772.1 millones. Presupuesto que fue liquidado por el gerente del hospital mediante resolución No. 348 de octubre 31 de 2000.

Durante la vigencia fiscal del 2001, el presupuesto de la entidad fue modificado en varias oportunidades adicionándolo en la suma de \$ 739.6 millones, dando como resultado un presupuesto definitivo de \$ 9511.7 millones a diciembre 31 de 2001.

A diciembre 31 del 2000, la institución reportó la suma de \$ 194.8 millones como cuentas por pagar relacionadas con gastos en funcionamiento y la suma de 88.1 millones correspondientes a gastos en inversión. Cuentas por pagar que fueron adicionadas al presupuesto apropiado para la vigencia fiscal del 2001.

Respecto al cumplimiento de la ley 617 de 2000, artículo 53 párrafo único, el cual estipula que los gastos de funcionamiento en Bogotá D. C. para el año 2001 no deben superar el 58%; se estableció que el hospital en la vigencia ejecutó en gastos de funcionamiento la suma de \$ 4.605.8 millones equivalentes al 49.6% del presupuesto y en inversión la suma de \$ 4.723.6 millones equivalentes al 50.4%, concluyendo que la institución dio cumplimiento a la ley en mención.

Para la vigencia fiscal del 2001, la institución inicialmente no presupuesto recaudar dentro de su ejecución activa recurso alguno por concepto de cuentas por cobrar - vigencias anteriores, sin embargo durante la vigencia del 2001 recaudo la suma de \$ 1.213.4 millones.

Los ingresos totales del año 2001, frente a los gastos del 2000, se incrementaron en 20.7% (\$ 1.154,7 millones), Incluyendo las cuentas por cobrar que inicialmente no se presupuestaron, mientras que los gastos lo hicieron en 25% (\$900.1 millones).



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

123

3.- DICTAMEN DE AUDITORÍA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL

122

Señores
MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA y
Doctora
GLADYS MYRIAM SIERRA PEREZ
Gerente
Hospital Usme I Nivel de Atención

La Contraloría de Bogotá, D.C., con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, práctico auditoria gubernamental con enfoque integral modalidad regular al Hospital de Usme I Nivel ESE, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad con que administro los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión, el examen del Balance General a 31 de diciembre de 2001 y su correspondiente Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el periodo comprendido entre el 1o. de enero y el 31 de diciembre de 2001, comparados con cifras de la vigencia 2000, los cuales fueron auditados por este ente fiscalizador; la comprobación de que las operaciones financiera, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables y 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. La responsabilidad de la Contraloría de Bogotá, consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre la gestión adelantada por la administración de la entidad que incluya pronunciamientos sobre el acatamiento a las disposiciones legales y la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno y la opinión sobre la razonabilidad de los estados contables.

El informe relaciona las deficiencias en aspectos administrativos, financieros y de gestión que una vez detectados y comunicados por el equipo de auditoria serán subsanados por la administración, lo cual redundara en su mejoramiento continuo y por ende en la eficiente y eficaz prestación del servicio en beneficio de la ciudadanía fin ultimo del control.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de auditoría Gubernamental Colombianas compatibles con las de General Aceptación, así como con las políticas y procedimientos de auditoria establecidos por la Contraloría de Bogotá D.C., por lo tanto, requirió acorde con ellas, de la planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporciona 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 del Hospital,

las cifras y presentación de los estados contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implementación y funcionamiento del sistema de Control Interno en las áreas funcionales de contabilidad, presupuesto, recursos físicos, facturación, jurídica, control interno y Subgerencia de Servicios.

Concepto sobre la Gestión y Resultados

El Hospital no alcanzó las metas establecidas para el Plan Indicativo en los diferentes servicios ofrecidos por el Hospital, por cuanto los porcentajes de cumplimiento alcanzados en la mayoría de ellos se acercaron al 95%, sin embargo se observaron porcentajes de cumplimiento del 50% o menos, que el Hospital no alcanzó a superar en la vigencia del año 2001, como es el caso de:

Actividad	Porcentaje cumplimiento
-Devolución cuenta por las administradoras (A.R.S.)	35%
-Cumplimiento del cronograma en la depuración de los estados financieros	50%
-Oportunidad en los sistemas de Información	35%
-Capacitación del Talento Humano	20%
-Desarrollo de estrategias de mercadeo y Negociación con terceros	25%
-Cultura de atención al Usuario	30%
-Participación de la comunidad en los diferentes procesos de Planeación	15%
-Procesos de autoevaluación de funcionarios	40%
-Implementación de los módulos del Sistema HIPOCRATES suministros, costos, SIG	0 %

Los resultados de la Auditoría, nos permite concluir que la gestión adelantada por la Administración del Hospital, se presentó con observaciones y el sistema de control interno corporativo, arrojó una calificación definitiva de 3.64 con un nivel de riesgo Mediano.

Opinión Sobre Estados Contables

La opinión emitida por la Contraloría de Bogotá, sobre las cifras de los estados contables, correspondientes a la vigencia de 2000, fue con salvedades.

Evaluada las cifras que reportan los estados contables a diciembre 31 de 2001, se observo que:

120

En la cuenta Deudores -Venta de Servicios de Salud-, se presenta una diferencia con cartera de \$167.5 millones, partidas que al no ser conciliadas oportunamente generan registros inexactos en la cuenta deudores por venta de servicios de salud y en los ingresos.

No se realizó provisión Cuentas por Cobrar – Servicios de Salud, sobre la cartera superior a 180 días equivalente a \$1.115.4 millones. Las Deudas de Díficil cobro no se provisionaron en el 100%, faltando la suma de \$400.3 millones, cifra que afecta el Estado de Resultados y por consiguiente el Resultado del Ejercicio.

No se han registrado en las cuentas de orden glosas correspondiente a la facturación de ARS por valor de \$53.6 millones, ni las glosas correspondiente a la ejecución de los contratos suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud por \$74.6 millones, incumpliendo con lo normado en la circular 035 de 2000, situación que incide en un adecuado control de estos recursos.

La Depreciación Acumulada, y los Ajustes por Inflación de la Depreciación Acumulada reflejan diferencias de \$9.9 millones de \$92.5 millones respectivamente, por no coincidir los saldos de Contabilidad y el Inventario Físico a 31 de diciembre de 2001, lo que conlleva a que la información no sea confiable.

Cesantías e Intereses sobre las Cesantías presentan una diferencia de \$702. millones por cuanto contabilidad refleja saldo de \$2.040 millones y la Oficina de Talento Humano reporta un saldo por \$2.743 millones. La falta de conciliar oportunamente esta información, conlleva a que se presenten estas inconsistencias.

En nuestra opinión, excepto por lo expresado en los párrafos precedentes, los Estados Contables del Hospital de Usme presentan razonablemente la situación financiera, en sus aspectos más significativos por el año terminado el 31 de diciembre de 2001, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente prescritas por la Contaduría General de la Nación.

En desarrollo de la presente auditoría tal como se detalla en el anexo No. 1, se establecieron 21 hallazgos administrativos.

CONCEPTO SOBRE FENECIMIENTO

Por el concepto con observaciones emitidas en cuanto a la gestión realizada, la calificación de 3.64 sobre el Sistema de de control interno corporativo y opinión

con salvedades expresada sobre los estados contables, la Cuenta rendida por el Hospital Usme I Nivel ESE a 31 de diciembre de 2001, se fenece.

A fin de lograr que la labor de auditoria conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión pública, la entidad a su cargo debe diseñar un Plan de Mejoramiento, que permita solucionar las deficiencias puntualizadas. Documento que debe ser remitido a la Contraloría de Bogotá, dentro de los quince (15) días siguientes al recibo del presente informe.

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

Bogotá, D.C., 29 de Enero de 2003.

NANCY PATRICIA GÓMEZ MARTINEZ
Directora Técnica del Sector Salud y Bienestar Social



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

118

4.- RESULTADOS DE LA AUDITORIA

4.1 EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

En desarrollo de ese sustento normativo, le corresponde a las Contralorías, artículo 267 y s.s., la evaluación y calificación del Sistema de Control Interno, lo cual se materializa en el contenido de la Ley 42 de 1993 “sobre la organización del sistema de control fiscal, financiero, y los organismos que lo ejercen”.

Por ello, el objetivo primordial es el de determinar la calidad y el nivel de confianza que se le pueda otorgar al Sistema de Control Interno del Hospital, así como la eficiencia y eficacia del mismo²⁹.

Por lo tanto, en el Hospital de Usme – E.S.E., se realizó la Evaluación y Calificación del Sistema de Control Interno, correspondiente a la vigencia del año 2001. Dicha evaluación se aplicó tanto por Fases como por componentes, valorando igualmente algunas dependencias, áreas y procesos de la organización.

4.1.1 Ambiente de Control

Con relación al Ambiente de Control, se pudo establecer que éste se viene desarrollando con la promoción y difusión de actividades, pero que al verificar la sensibilización y asimilación de los trabajadores sobre el tema, la respuesta de éstos es débil con relación a la implementación de un ambiente de control que garantice la aplicación y diseño de mecanismos de autocontrol en el desarrollo de las actividades institucionales y dependenciales.

Del mismo modo, en el Hospital se encuentra un documento conocido como el Código de Ética, el cual presenta algunas inconsistencias desde el punto de vista de su formulación técnica.

Por lo anterior, se está transgrediendo lo normado en el literal k del artículo 4º. y literal h del artículo 12 de la Ley 87 de 1993.

La calificación obtenida en esta fase fue de 4.01 a la cual le corresponde un riesgo bajo.

4.1.2 Administración del Riesgo

A pesar de que se tienen Planes de Riesgo por parte del Hospital, éstos no han tenido la debida importancia y aplicación por parte de los niveles funcionales del

²⁹ Tal es lo que se encuentra determinado por los Artículos 18 y 19 de la Ley 42 de 1993.

Hospital, generando con ello, falta de conocimiento sobre los riesgos tanto internos como externos de las respectivas áreas, de los niveles administrativos y asistenciales.

Al no ser suficiente con que la entidad tenga documentos relacionados con la administración del riesgo y que éstos no sean del conocimiento y aplicación práctica por parte de los trabajadores, se desconoce lo normado en el Decreto No. 1537 del 2001 sobre el establecimiento por parte de las entidades que administran fondos o bienes del estado, de la identificación y manejo de los riesgos como un proceso permanente.

Igual transgresión, se presenta con la falta de aplicación de los literales f y h del artículo 2º., así como de los literales b, e y j del artículo 4º. de la Ley 87 de 1993.

A pesar de que se encuentra ubicada esta fase en un nivel de riesgo mediano, su calificación fue tan solo de 2.77

4.1.3 Operacionalización de los Elementos

En la evaluación de esta Fase, se observó que existe un exceso de Comités en el Hospital, en total 26, lo que hace que algunos trabajadores tengan que participar en reuniones que no siempre resultan funcionales o no representan un valor agregado para el Hospital.

Los trabajadores no conocen del todo los procedimientos administrativos, no obstante, de que exista el Manual correspondiente, el cual no se encuentra en forma física en las áreas pertinentes.

Por lo anterior, no se le está dando aplicación al mandato legal de los literales a, b, c, y j del artículo 4º. de la Ley 87 de 1993

Al no operar en forma eficiente el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno por la falta de reuniones, definición de políticas y seguimiento y cumplimiento de las mismas, la administración del Hospital, está incumpliendo el mandato legal establecido en el artículo 13 de la Ley 87 de 1993, así como del Decreto 1826 de 1994.

En esta fase se obtuvo una calificación final de 3.85 a la cual le corresponde un nivel de riesgo mediano.

4.1.4 Documentación

En general en el Hospital se encuentra desorden en las diferentes áreas y dependencias con relación al manejo de documentos, oficios, carpetas y demás papeles que se generan en las mismas.

Los trabajadores no conocen las normas que rigen el manejo de la correspondencia ni la forma de archivar.

Existen diferentes periodicidades para el envío la información de archivo al Archivo Central del Hospital, evidenciando una falta de unificación de los procesos y procedimientos relacionados con la memoria institucional como lo establece la Ley General de Archivo (Ley 594 de 2000).

Tanto en archivo general como en algunas áreas, se encontró mal manejo de las carpetas que contenían documentación propia del quehacer y misión tanto dependencias como institucional, sin que se tuvieran criterios claros y ordenados para su conservación y uso.

Con el incumplimiento y establecimiento de procedimientos operativos y funcionales en esta área, el Hospital está desconociendo lo que determinan los literales b, c, i, k y l del artículo 4º. de la Ley 87 de 1993.

La calificación fue de 3.53 con riesgo mediano.

4.1.5 Retroalimentación

Existe un Comité Coordinador de Control Interno, el cual está en proceso de mejoramiento, pero igualmente le falta más funcionalidad en cuanto a la definición de políticas de control y de seguimiento a las mismas.

Del mismo modo falta tener más en cuenta los planes de mejoramiento que se plantean para las dependencias, ya que si bien algunas lo tienen formulado, no se le ha dado la debida aplicación y por lo tanto se siguen presentando debilidades, las cuales deben ser subsanadas.

La administración de la entidad no le está dando cumplimiento a lo que se determina en el artículo 8º. y los literales d y h del artículo 12 de la Ley 87 de 1993.

La calificación fue de 4.06, lo cual corresponde con un nivel de riesgo bajo

Cuadro No. 8
EVALUACIÓN FINAL DEL CONTROL INTERNO POR FASES

FASES	CALIFICACIÓN FINAL	NIVEL DE RIESGO FINAL
Ambiente de Control	4.01	Bajo
Administración del Riesgo	2.77	Mediano
Operacionalización de los elementos	3.85	:Mediano
Documentación	3.53	Mediano
Retroalimentación	4.06	Bajo
Total Promedio	3.64	Mediano

La calificación Final del Sistema de Control Interno, fue de 3.64 con un nivel de riesgo mediano. A pesar de que la entidad, está en proceso de aplicación de mecanismos de mejoramiento, aún se presentan varias debilidades que deben ser objeto de revisión con la consecuente aplicación de correctivos.

4.2. EVALUACIÓN ESTADOS CONTABLES

4.2.1. Cuentas Por Cobrar – Servicios De Salud

En la cuenta Deudores -Venta de Servicios de Salud-, se presenta una diferencia con cartera de \$167.5 millones, Contabilidad presenta un saldo a 31 de diciembre de 2001 de \$2771 millones y el área de Cartera refleja un saldo de \$2.939. millones, partidas que al no ser conciliadas oportunamente generan registros inexactos en la cuenta deudores por venta de servicios de salud y en los ingresos.

Se presentan saldos contrarios a su naturaleza en las subcuentas cuentas por cobrar Plan subsidiado ARS, promoción y prevención, pagarés y letras y Empresas Particulares, por \$3.1 millones.

No se realizó provisión Cuentas por Cobrar – Servicios de Salud, sobre la cartera superior a 180 días equivalente a \$1.115.4 millones. Las Deudas de Difícil cobro no se provisionaron en el 100%, faltando la suma de \$400.3 millones, cifra que afecta el Estado de Resultados y por consiguiente el Resultado del Ejercicio.

4.2.2. Propiedad Planta Y Equipo

La Depreciación Acumulada, y los Ajustes por Inflación de la Depreciación Acumulada reflejan diferencias de \$9.9 millones de \$92.5 millones

respectivamente, por no coincidir los saldos de Contabilidad y el Inventario Físico a 31 de diciembre de 2001, lo que conlleva a que la información no sea confiable.

Al efectuarse la conciliación del equipo médico y científico se presenta una diferencia de \$27.699,00 entre Contabilidad y el Inventario físico realizado.

4.2.3. Obligaciones Laborales

Contabilidad refleja por Cesantías e Intereses sobre las Cesantías de \$2.040.6 millones y la Oficina de Talento Humano reporta un saldo por \$2.743.3 millones, presentando una diferencia de \$702.7 millones. La falta de conciliar oportunamente esta información, conlleva a que se presenten estas inconsistencias.

4.2.4. Cuentas De Orden

No se han registrado en las cuentas de orden glosas correspondiente a la facturación de ARS por valor de \$53.6 millones, ni las glosas correspondiente a la ejecución de los contratos suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud por \$74.6 millones, Incumpliendo con lo normado en la circular 035 de 2000, situación que incide en un adecuado control de estos recursos.

Efectuada la conciliación entre Contabilidad y el reporte suministrado por la Subgerencia Financiera, de las glosas definitivas vigencias 1999 y 2000, la cartera castigada presenta diferencia de \$1.1 millones, lo que da lugar a la falta de análisis.

4.2.5. Evaluación Control Interno Contable

En la etapa de planeación de la Auditoría regular, se llevó a cabo la evaluación preliminar del Sistema de Control interno, en la fase de ejecución se evaluó el control interno del área contable, evidenciándose lo siguiente:

4.2.5.1. Ambiente De Control

El área de contabilidad se encuentra bajo la responsabilidad de un contador que está por contratación por prestación de Servicios, y un auxiliar. Esta área depende de la Subgerencia Administrativa y Financiera. Falta por aplicar procedimientos emitidos por el Contador General de la Nación y Contador Distrital, tales como conciliar y depurar la información tienen claridad del compromiso adquirido con la entidad.

4.2.5.2. *Valoración Riesgos Contables Y Financieros*

En cuanto a la valoración de los riesgos y manejo de los mismos, la entidad esta en proceso del levantamiento de los riesgos por área funcional, proceso en el cual se encuentra incluida el área contable.

4.2.5.3. *Actividades De Control Específico Para El Proceso Contable*

La principal deficiencia que se presenta el área contable, es la falta de análisis de las cifras contables, por cuanto no se habían impreso los libros auxiliares de contabilidad vigencias 2000 y 2001, aspecto que además dificulta el efectuar conciliaciones contables, conllevando a que se presenten inconsistencias.

4.2.5.3.1. No se realizan oportunamente en Bancos y Corporaciones las consignaciones de efectivo y cheques.

4.2.5.4. *Información Y Comunicación*

El archivo documental del área contable se encuentra asignado a la Contadora del Hospital, quien fue contratada recientemente mediante prestación de servicios.

Se observó que en el cargo de Contador de la Entidad, existe una alta rotación, lo cual puede llegar a afectar la responsabilidad en un momento dado.

El Programa de Excel y el programa Gestor son aplicados por la UPA Santa Marta, UPA Yomasa, UBA Reforma, UBA La Flora y UBA Lorenzo Alcantuz, San Juan Bautista, Unión y Destino. A partir del 2002 se trabaja con el Sistema Hipócrates. Lo cual evidencia falta de uniformidad en los sistemas de información.

4.2.5.4.1. Falta presentar el Consolidado General de los Inventarios Físicos a 31 de Diciembre de 2001, de tal manera que éste refleje en un solo inventario la toma física realizada a todas las dependencias.

4.2.5.5. *Monitoreo Y Evaluación*

El proceso de retroalimentación se surte mediante la realización semanal de los diferentes Comités.

111

4.3. EVALUACIÓN PRESUPUESTAL

4.3.1. Ejecución Activa

Cuadro No. 9
Ejecución de Ingresos

Millones de pesos

CONCEPTO	AÑO 2000			AÑO 2001			
	PRESUP DEFINITIVO	TOTAL RECAUDO	%	PRESUP DEFINITIVO	TOTAL RECAUDO	%	CUENTAS POR COBRAR
Disponibilidad Inicial	0	0.0	0.0	98.0	98.0	100.0%	
Venta de Bienes y Servicios	7,987.8	5,674.3	71.0%	8,710.8	6,854.2	78.7%	1,213.4
Transferencias	696.9	696.9	100.0%	625.0	625.0	100.0%	
Recursos de Capital	57.3	57.4	100.2%	78.0	108.1	138.6%	
Reconocimientos	1,743.5	1,315.4	75.4%	0.0	0.0	0.0%	
TOTAL	10,485.5	7,744.0	73.9%	9,511.8	7,685.3	80.8%	1,213.4

Fuente: Ejecuciones Presupuestales Hospital Usme Años 2000 y 2001

Para la vigencia fiscal de 2001, el hospital proyecto inicialmente recaudar la suma de \$8.772.1 millones y durante el año realizo modificaciones presupuestales adicionando el presupuesto inicial en la suma de \$ 739.6 millones, dando como resultado un presupuesto definitivo de \$9.511.7 millones, a diciembre 31 de la misma vigencia.

Del total presupuestado para la vigencia, la institución recaudó el 93.5%, equivalente a la suma de \$8.898.7 millones. El recaudo de la vigencia 2001 frente a la vigencia fiscal del 2000, presentó un incremento del 20.7% al recaudarse la suma de \$8.898.7 millones en el 2001 y la suma de \$ 7.744.0 millones en el 2000.

Inicialmente para la vigencia del 2001 no se programa recaudar suma alguna por concepto de Cuentas por Cobrar- vigencias anteriores, sin embargo en lo corrido del año se recaudó la suma de \$1.213.4 millones, cifra que correspondió al 13.6% del total del recaudo.

Del valor recaudado como Cuentas por Cobrar \$4.2 millones correspondieron al Régimen Contributivo (EPS), \$409.5 millones al Régimen Subsidiado (ARS), \$14.4 millones a Cuotas de Recuperación y Copago, \$1.1 millones a Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), \$560.8 millones a Atención

Vinculados y PAB - FFDS, \$20.3 millones a Otros Pagadores y la suma de \$204.0 millones a otros Ingresos por Venta de Servicios FFDS.

Los Ingresos Corrientes no tributarios por Venta de Servicios proyectados inicialmente en la suma de \$ 7.758.0 millones, fueron modificados adicionando la suma de \$ 908.7 millones, determinando un presupuesto definitivo de \$ 8.666.8 millones, cifra de la cual se ejecuto el 78.5% al recaudar \$ 6.810.8 millones.

Del total recaudado por venta de servicios \$1.614.0 correspondieron al Régimen Subsidiado (ARS), \$18.6 millones a eventos catastróficos (ECAT), \$249.9 millones a cuotas de Recuperación y Copagos, \$179.4 millones a Particulares, \$3.363.9 millones a Atención Vinculados FFDS, \$560.5 millones a PAB, \$349.9 millones a Convenios de Desempeño, \$394.0 millones a Otros Ingresos FFDS y \$13.4 millones a Régimen contributivo (EPS).

Las transferencias de la nación para Aportes Patronales sin situación de fondos programadas por la suma de \$1014.0 millones, fueron modificadas reduciéndolas en la suma de \$389.1 millones, dando como resultado un presupuesto definitivo \$624.9 millones, los cuales se ejecutaron en su totalidad.

La institución no presupuestó recaudar ingresos por Recursos de Capital, sin embargo en la vigencia recaudó la suma de \$108.1 millones, correspondiendo \$23.4 millones a Recursos del Balance y \$84.7 millones a Rendimientos por operaciones financieras.

4.3.2. Ejecución Pasiva

CUADRO No.10 PRESUPUESTO DE GASTOS E INVERSION EJECUTADO

Millones de pesos

CONCEPTO	AÑO 2000		AÑO 2001				% EJEC.
	PRESUP DEFINITIVO	PRESUP EJECUTADO	PRESUP INICIAL	MODIFICACIONES	PRESUP DEFINITIVO	PRESUP EJECUTADO	
Gastos de Funcionamiento	4,192.8	3,464.9	4,471.6	265.9	4,737.5	4,712.3	99.4
Servicios Personales	1,830.8	1,774.8	2,015.5	65.1	2,024.4	2,020.6	99.8
Gastos Generales	1,985.3	1,373.1	1,933.9	175.2	2,109.1	2,087.8	98.9
Aportes Patronales	376.7	316.9	522.2	-24.9	497.3	497.3	100.0
Cuentas por Pagar Func.	0.0	0.0	0.0	106.5	106.5	106.5	100.0
Inversión	4,491.9	4,119.7	4,300.5	473.7	4,774.2	4,772.4	99.9
Inversión Directa	0.0	0.0	4,300.4	424.9	4,725.3	4,723.6	100.0
Cuentas por Pagar Inver.	0.0	0.0	0.0	48.8	48.8	48.8	100.0
TOTAL	8,684.7	7,584.6	8,772.1	739.6	9,511.7	9,484.7	99.7

Fuente: Ejecuciones Presupuestales Hospital Usme Años 2000 y 2001

El presupuesto de Gastos e Inversiones ejecutado en la vigencia fiscal del 2001 se incrementó en el 25% con relación al ejecutado en el año 2000, al pasar de \$7.584.6 millones en el 2000 a \$9.484.7 millones en el 2001.

El presupuesto de Gastos de Funcionamiento e Inversión aforado en la suma \$9.511,7 millones para la vigencia del 2001, fue ejecutado en el 99.7% (\$9.484.8 millones), cifra de la cual se realizó giros por la suma de \$8.380.6 millones y se llevo el saldo de \$1.104.2 millones a Cuentas por Pagar que se relacionaron y adicionaron al presupuesto aprobado para la vigencia del 2002.

Con respecto a la ley 617 de 2000, artículo 53 parágrafo único, el cual establece que los Gastos de Funcionamiento en Bogotá D. C. para el año 2001 no deben superar el 58%, se estableció que el hospital en la vigencia ejecutó en Gastos de Funcionamiento la suma de \$4.605.8 millones equivalentes al 49.6% y en Inversión la suma de \$4.723.6 millones equivalentes al 50.4%, concluyendo que la entidad dio cumplimiento a la ley en mención

De los \$4.605.8 millones ejecutados en Gastos de Funcionamiento, \$2.020.6 millones se destinaron para el pago de Servicios Personales Administrativos, \$2.087.8 millones para compromisos relacionados con Gastos Generales y la suma de \$497.2 millones para Aportes Patronales, observando que los Gastos Generales para la vigencia 2001 se incrementaron en \$714.7 millones en relación con la vigencia 2000.

Los rubros presupuestales de mayor incidencia en la ejecución de Gastos Generales fueron: Mantenimiento Entidad \$432.6 millones, Materiales y Suministros Administrativos \$216.8 millones, Materiales y Suministros asistenciales \$ 897.8 millones y aportes patronales la suma de \$ 497.3 millones.

En la vigencia del 2001 el parque automotor del hospital estaba constituido por siete (7) vehículos, y para el mantenimiento de los mismos se suscribió nueve (9) contratos, los cuales se ejecutaron por valor de \$66.0 millones con recursos apropiados al rubro Mantenimiento Entidad; Igualmente para el suministro de gasolina de estos vehículos se suscribió tres (3) contratos ejecutados por la suma de \$ 40.0 millones

La institución durante la vigencia del 2001 no comprometió recurso alguno relacionado con Gastos en Publicidad.

El presupuesto ejecutado de Gastos para Inversión en la vigencia del 2001, se incrementó en \$603.9 millones con relación al año 2000, al pasar de \$4.119.7 millones a \$4.723.6 millones. Los recursos ejecutados en Inversión se destinaron al pago de Nómina y Aportes patronales del personal del Nivel Asistencial y no en

realizar inversiones en infraestructura que permitan al hospital mejorar y ampliar la calidad de los servicios que presta.

Una vez verificado el cierre presupuestal se observó, que la entidad dio cumplimiento al Decreto No. 1138 del 2000, artículo 26, que hace referencia a que las empresas al finalizar cada vigencia fiscal deben determinar la ejecución presupuestal de ingresos y gastos, las cuentas por pagar, el estado de tesorería, los excedentes financieros y la disponibilidad final.

A 31 de diciembre del 2001, la institución constituyó 164 Cuentas por Pagar relacionadas con Gastos de Funcionamiento por la suma de \$648,5 millones de pesos, y 64 cuentas por pagar en Gastos de Inversión por la suma de \$455,6 millones de pesos.

4.4. EVALUACION DE LA CONTRATACION

4.4.1. Contrato No. 448/01.

Celebrado con la doctora HAIPHA THRICIA QUIÑONES, por valor de \$1 millón, iniciando el 11 de diciembre de 2001 y con una duración igual al proceso judicial, para que adelante acción de repetición contra un funcionario de la entidad que aparentemente obtuvo pagos sin tener el derecho.

La acción de repetición consagrada en el artículo 90 de la Constitución Política, es un instrumento para resarcir de daños a una entidad, cuando por culpa de un funcionario, esta pierde dineros del Erario Público. No era viable la acción de repetición en esta situación, toda vez que el funcionario demandado obtuvo un fallo de segunda instancia proferido por el Consejo de Estado a su favor, configurándose la figura jurídica de la cosa juzgada.

Al existir una falsa motivación en el objeto del contrato (iniciar acción de repetición sin haber lugar a ello) está el Hospital incurriendo en unos gastos que no le van a generar ningún beneficio.

4.4.2. Contratos: 034, 103, 148, 153, 236, 305, 426, 436, 442, 447, 468, 465 y 469/01.

El Hospital de Usme celebró contratos de prestación de servicios con personas naturales y jurídicas por tiempo limitado, para realizar labores de confianza y manejo, asignando funciones y horarios de trabajo.

Dentro de la estructura orgánica del Hospital de Usme, adoptada mediante el Acuerdo N° 011 de 1998 se establece que de la Subgerencia Administrativa y Financiera se desprende el área financiera, el área de Talento Humano, desprendiéndose de estas, subáreas o dependencias como contabilidad y costos, presupuesto, tesorería, facturación y cartera, suministros, almacén, inventarios, farmacia, lavandería, alimentación, aseo y ornato, vigilancia, transporte y comunicaciones, archivo y correspondencia y mantenimiento.

Con el Acuerdo 005 de 2000, donde se adopta el manual de funciones del Hospital, este no presenta, ni describe funciones para las subáreas antes enunciadas.

Se evidencia, que no se aplicó la normatividad existente para el Hospital, no se respetó la estructura orgánica, ya que se contrataron personal para realizar dichas labores sin existir funciones, ni existiendo los cargos dentro de la entidad.

La subordinación que se está creando puede generar nexos laborales que implicarían posibles demandas y pérdidas a la entidad.

Por otra parte, la información que reposa en los mismos contratos, no permite identificar los criterios tenidos en cuenta por parte del hospital, para establecer la asignación o valor a pagar.

4.5. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN Y RESULTADOS

El Hospital Usme I nivel de atención presentó dentro de la cuenta anual del 2001, la información relacionada con la gestión y resultados, planes y programas, indicadores de gestión y resultados, Balance Social, evaluación participación ciudadana.

4.5.1. Planes y Programas

La entidad contó en el primer semestre del 2001 con el Plan de Desarrollo denominado "Por la Bogotá que queremos", el cual fue continuado con el nuevo Plan de desarrollo "Bogotá para vivir todos del mismo lado 2001-2004", por tratarse de un mismo proyecto gerencial.

El Plan de Desarrollo institucional para la vigencia 1999 –2001, "El Hospital Usme cuida tu salud". fue adoptado mediante Acuerdo de Junta Directiva N° 15 /99 1999-2001, y en la parte IV se contempla el Plan General de Inversiones donde se definen los proyectos, planes y programas de Inversión.

La política trazada por la entidad se articuló en 7 Proyectos de Inversión, los cuales se armonizaron con las responsabilidades asignadas por el Hospital en el Acuerdo 17 de 1999.; incluyendo los programas y metas que define para la salud el Plan de Desarrollo, "Bogotá, Culta y productiva con Justicia Social".

4.5.2. Plan De Acción 2001 O Indicativo

El plan de acción o indicativo institucional del 2001 se adoptó mediante resolución 023 del 22 de enero de 2001, en el cual se planearon metas orientadas hacia el cumplimiento del plan de desarrollo Distrital 1998-2001" Bogotá culta y productiva con Justicia social"

En el cumplimiento de metas programadas en el Plan Indicativo en las diferentes actividades adelantadas por el Hospital, los porcentajes de cumplimiento alcanzados en la mayoría de ellos se acercaron al 95%, sin embargo se observaron porcentajes de cumplimiento del 50% o menos, que el Hospital no alcanzó a superar en la vigencia del año 2001, como es el caso de:

Actividad	Porcentaje cumplimiento
-Devolución cuenta de cobro por servicios prestados por las administradoras (A.R.S.)	35%
-Cumplimiento del cronograma en la depuración de los estados financieros	50%
-Oportunidad en los sistemas de Información	35%
-Capacitación del Talento Humano	20%
-Desarrollo de estrategias de mercadeo y Negociación con terceros	25%
-Cultura de atención al Usuario	30%
-Participación de la comunidad en los diferentes procesos de Planeación	15%
-Procesos de autoevaluación de funcionarios	40%
-Implementación de los módulos del Sistema HIPOCRATES suministros, costos, SIG	0 %

Lo anterior indica que sólo alcanzaron a cumplir con la mitad de las metas propuestas o menos en éstas áreas, ante lo cual el Hospital reconsiderará lo programado y destinará los recursos humanos y financieros necesarios e incluir estos aspectos dentro del último Plan de mejoramiento y Plan de acción 2003.

4.5.3. Indicadores Servicios Medico Asistenciales

El Hospital presenta Informe Final de Gestión de 2001, obteniendo los siguientes indicadores del año 2001, del Componente Resolutivo, así:

MEDICINA: con un 3.70 % de rendimiento cuando el estándar de productividad es de 4 Cons/ hora. El cumplimiento fue del 85%. La ESE informa que se perdieron 1152 horas médico año por prestar servicio en la zona rural y no hay demanda espontánea suficiente, por esto el Hospital planteará un nuevo modelo de atención y, además el ajuste de la oferta de servicios a la demanda no se puede ajustar debido a que la comunidad no está de acuerdo.

ODONTOLOGÍA: El indicador de cumplimiento (tratamiento terminado/ programados) fue del 96%, el indicador de rendimiento fue de 2,91 cons/hora y su estándar es de 3 cons/ hora. El hospital resalta este servicio en respuesta al programa relacionados con niños y niñas en edad escolar, el cual se dirige a disminuir una de las primeras causas de morbilidad en la localidad, cual es la enfermedad de los dientes y sus estructuras.

EGRESOS: En el año 2000 la entidad alcanzó un total de 5552 salidas hospitalarias y para el 2001 llegó a 5243; registrando una disminución del 5.57%

CAMAS.- El hospital dispuso en total para su servicio de 20 camas

PARTOS: Se atendieron 1584 partos en el año 2001, y se emplearon 2 horas por cada parto.

ENFERMERIA: El rendimiento de este servicio fue de 4 pacientes hora, cumpliendo con su estándar que es de 4, no obstante presentó un excedente de horas sin laborar de 538 al año, debido a la disminución de contratación con las ARS en actividades de Promoción y Prevención, y el FFDS no contrató actividades de talleres (POS).

TERAPIA RESPIRATORIA: En este servicio se laboraron 4668 horas y se contrataron 3665 horas, con la Secretaria de Salud y con las ARS sobrepasándose en 1003 horas, estos resultados se debieron en parte al cobro por evento en el primer semestre.

OPTOMETRIA: Su rendimiento fue del 100 %, puesto que se laboro la totalidad de las 1.752 horas contratadas.

LABORATORIO CLÍNICO: Este servicio se cumplió en el 99%, al realizarse 110.036 laboratorios de un total de 111.020 programados.

4.5.4. Área Hospitalaria

PORCENTAJE OCUPACIONAL Se elevó en un 20.3% en el 2001 por la gran demanda del CAMI Santa Librada y el déficit de camas que presenta, ante lo cual la entidad deberá tener en cuenta estos resultados para optimizar el servicio de camas y habilitar espacios que estén de acuerdo a los Requisitos mínimos exigidos en la Resolución 4252 /96.

PARTOS: Se atendieron 1584 partos en el año 2001, y se gastaron 2 horas por cada parto, el N° de partos disminuyó en un 14% gracias a programas de prevención y promoción.

URGENCIAS: En el 2001 se obtuvieron 27.389 casos de urgencia de los cuales se registraron 35 muertes sin signos vitales y 60 con otros signos, la aplicación del TRIAGE ha permitido evaluar la verdadera consulta de urgencia.

La planta de personal del Hospital a 31 de diciembre de 2001, se encontraba conformada por 367 cargos, de los cuales 229 eran asistenciales, que correspondían al 62% del total de cargos; y 138 administrativos equivalentes al 38% del total. Los porcentajes promedio para estos entes hospitalarios son del 20% para personal administrativo y de 80% para el asistencial. En cuanto al personal contratado, 96 eran asistenciales y 73 administrativos. En resumen 198 de Planta y 169 de contrato. La planta de personal no fue modificada a excepción de supresión de vacantes.

La entidad hospitalaria creó un Plan de contención de costos y reducción de gastos teniendo en cuenta la ejecución a 31 de diciembre de 2001.

En este plan proyectó una reducción de \$157.1 millones, pero no se logró este propósito, por cuanto se excedieron en gastos en \$238.5 millones durante la vigencia 2002

El Hospital de Usme no registró operaciones de Inversión a 31 de Diciembre de 2001, según informe de tesorería a esa fecha.

Por concepto de Ingresos corrientes el ente hospitalario registró una ejecución acumulada de \$8.067.6 millones de los cuales corresponden por Venta de servicios \$8.024.3 millones, de estos dineros el mayor peso se obtuvo por ingresos provenientes de la población Vinculada con \$ 3.849.1 millones, seguido por los del Régimen subsidiado pertenecientes a las ARS con \$2.023.6 millones.

La contratación de prestación de servicios se justificó por cuanto los funcionarios asignados a la planta no alcanzaban para cumplir con la prestación del servicio que demanda la comunidad.

En la vigencia 2001, se celebraron 566 contratos y se realizaron 303 adiciones, toda la contratación fue directa. Se destaca en la clase, que la mayoría fue de prestación de servicios y compra venta.

La contratación presenta globalmente un elevado número de adiciones, lo cual indica falencias en programación de necesidades y requisiciones, como en la aplicación de los procedimientos pre-contractuales y contractuales.

4.5.5. Programa Plan De Atención Básica PAB

4.5.5.1. Vacunación O Programa PAI

El paquete de promoción y prevención menores de un año programó 376 actividades y se realizaron 1624, y en las edades de 1 a 4 años se programaron 774 y se realizaron 1278. Las dosis de vacunas aplicadas, polio, DPT, BCG, etc sumaron 135.714.

Con la formulación del Contrato PAB se relaciona el número de dosis a aplicar como meta, pero durante el desarrollo del contrato mensualmente se entregan informes de cobertura según esquemas.

En el contrato PAB 031 de 2001 se definieron 22 líneas de atención en donde se encuentra incluida la vacunación. Por otra parte se observó que las metas trazadas en los proyectos: "Promoción de mejores condiciones de vida para niños y niñas menores de un año, de los niños entre 1 y 4 años, gestantes" fueron teóricamente muy bajas frente a la realidad alcanzada por el cubrimiento del Hospital en estas materias, puesto que se excedieron notablemente por encima de 100% del cumplimiento programado, lo cual indica que para fijarse nuevas metas en los planes futuros en éstas áreas, se deben tener en cuenta los datos alcanzados y la población real que necesita estos servicios.

4.6. EVALUACIÓN DEL BALANCE SOCIAL

El Balance Social, identifica las características y el número de población beneficiaria de los recursos financieros y presupuéstales que invierte la institución en salud. Al respecto cabe señalar, que el Hospital Usme durante la vigencia fiscal del año 2001, definió líneas de gestión social del problema identificado, con el objeto de brindar atención integral en salud a la población de la localidad de

Usme, y a la población afiliada a las diversas EPS y ARS que funcionan en la Capital, de igual forma atención a la población vinculada por acciones del Sisben que realiza la Secretaría Distrital de Salud.

El Problema Social identificado 1: Problemas Relacionados Con Las Gestantes

En el Hospital sólo el 47% de las gestantes controladas realiza su parto. El total de controles fue de 13.641. Es por lo visto anteriormente que el hospital debe enfocar sus esfuerzos a cubrir un mayor número de gestantes controladas.

Problema Social identificado 2: Problemas Relacionados Con Niños Y Niñas Menores De Un Año

Es la etapa de mayor riesgo y cuidado de los infantes por ello se formulan acciones para promover la salud y actitudes de prácticas saludables para esta población infantil.

Problema Social identificado 3: Problemas Relacionados Con Niños Y Niñas En Edad Escolar

La edad escolar requiere máximos cuidados para el desarrollo, crecimiento nutrición y aprendizaje, teniendo en cuenta las enfermedades de los dientes de niños y niñas de 5 a 14 años, como también teniendo en cuenta las infecciones respiratorias.

Problema Social identificado 4: Problemas De Infraestructura Física

La problemática de infraestructura se centra en deficiencias de las instalaciones de CAMIS UPAS Y UBAS, en cuanto a distribución de áreas, iluminación, ventilación en las salas de espera, de acuerdo con los requisitos mínimos esenciales, lo cual conlleva incrementos en los índices de insatisfacción de los usuarios y en la presentación de quejas por parte de la comunidad.

Los anteriores problemas fueron enfrentados mediante actividades inmersas en el Plan de atención Básica PAB como son los programas dedicados a las gestantes, menores de un año y niños y niñas en edad escolar, en cuanto a los problemas de infraestructura, el mayor de estos se concentró en adelantar gestiones para la adquisición de la IPS Compensar la MARICHUELA y dotación para la misma, el cual se finalizó el 2002.

101

4.7. PROYECTOS EJECUTADOS EN LA VIGENCIA DEL 2001

- El Hospital Usme adelantó con financiación de la Alcaldía local de Usme un “Convenio para atención a discapacitados” por \$100 millones de pesos.
- Mediante financiación con la Secretaría de Salud Distrital se realizó convenio de “Compra del Servidor principal “por valor de \$100 millones de pesos
- Se descartaron otros proyectos que no tuvieron viabilidad para su ejecución.

En el formato 3 Indicadores de Cobertura se observa una disminución en el cumplimiento de la cobertura del 73%. Ante lo cual el Hospital está en mora de implementar programas de mercadeo para atraer usuarios de los sectores próximos a los centros asistenciales de su jurisdicción.

En el Formato No. 3. POBLACIÓN POR TIPO DE SERVICIO, se observó como en el periodo anterior el hospital obtuvo una menor cobertura, de 6.307 actividades pasó a 10.440

El Hospital no estableció estrategias tendientes a incrementar la cobertura de los servicios, teniendo siempre en cuenta las características socioculturales y demográficas como las necesidades de la población del área de influencia y actividades de mercadeo, que incluyan estrategias que involucren a la población con capacidad de pago sobre la cual se debe trabajar para conocer y dar respuesta efectiva a sus necesidades particulares. En materia de financiación, es necesario incrementar los ingresos por Venta de servicios buscando pagadores adicionales al Fondo Financiero Distrital tales como ARS y población con mejor capacidad de pago lo cual no es fácil obtener debido a la recesión económica.

En general la focalización del gasto, no fue consecuente con la aplicación de las características o principios de accesibilidad, oportunidad, suficiencia, integralidad y continuidad, estipuladas en el Decreto 2174 de 1996 “Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de SEGURIDAD Social en Salud”, para efectos de evaluar el impacto en la focalización del gasto público social en los mayores niveles de cobertura y calidad, correspondientes a las actividades de fomento, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en pro de los usuarios benefactores de las acciones de salud pública.

100

4.8. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La participación ciudadana como la comunitaria se llevo a efecto mediante la coordinación intersectorial con instituciones como DABS, IDR, ICBF, de la localidad 5ª de Usme, Alcaldía Local, Policía Metropolitana, Asociación de Usuarios.

La comunidad presentó iniciativas para que el Hospital las tuviera en cuenta dentro de los planes y actividades que éste desarrollaría en el 2001, como es la relacionada con "Lentitud en la facturación en sus centros de atención" sobre el particular el hospital evaluó los tiempos de atención por cajero, destinando a los más ágiles para atender las colas más voluminosas y se implementó el programa de tele-citas para evitar madrugones de los usuarios. Además, se adquirieron servidores –sistemas- para el CAMI de Usme, Santa Librada, Betania.

Se capacitó a la comunidad en cuanto a sus deberes y derechos, también se dio a conocer el portafolio de servicios, llevándose a cabo reuniones con los representantes de la comunidad.

Se expidió Acta de compromiso con los representantes para obtener información sobre la Satisfacción del Usuario. Los resultados para el 2001 arrojaron un 85% de satisfacción, mientras que para el 2002 alcanzó el 90%.

Se efectuaron reuniones mensuales con el Comité de Asociación de Usuarios, con un total de 16 actas. Con el Comité de Etica Hospitalaria se levantaron 9 actas en el año. En ese año no se registraron Actas de reunión de los Veedores ciudadanos, estos fueron nombrados pero no se reunieron en la vigencia.

El total de quejas ciudadanas se detalla a continuación:

	AÑO 2001	AÑO 2002
QUEJAS	197	113
Sugerencias	41	81
Peticiones	0	0
Felicitaciones	91	54

Para participación comunitaria se destinaron \$20 millones mediante convenio interadministrativo N° 626 del 2001, entre el FFDS. y el Hospital Usme, especialmente para el COPACO, de los cuales se ejecutaron \$14.6 millones, en la contratación de un Profesional Universitario y el resto se dedico a gastos



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

99

administrativos, de estas actividades el profesional rindió informe con las actividades planeadas con 10 objetivos trazados y logrados según el convenio, como fueron reuniones con la comunidad, con la alcaldía local, Junta administradora local, conformación de las comisiones de trabajo del COPACO, elaboración del reglamento interno del mismo.

Al respecto la entidad expidió las resoluciones de nombramiento del delegado para la Asociación de Usuarios del Hospital y del representante del Comité de Participación Comunitaria en la Junta Directiva del Hospital de USME.



98

ANEXO 1
CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR
Administrativos	21	
Fiscales	0	
Penales	0	
Disciplinarios	0	
TOTAL HALLAZGOS	21	

BOGOTA DISTRITO CAPITAL
E.S.E. HOSPITAL DE USME
BALANCE GENERAL
A DICIEMBRE 31 DE 2001
(Cifras en Miles de Pesos)

97

<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 45%;">ACTIVO</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>CORRIENTE</td> <td style="text-align: right;"><u>5.543.058</u></td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>EFFECTIVO</td> <td style="text-align: right;">568.243</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>INVERSIONES</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>RENTAS POR COBRAR</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>DEUDORES</td> <td style="text-align: right;">4.530.571</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>INVENTARIOS</td> <td style="text-align: right;">334.937</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>OTROS ACTIVOS</td> <td style="text-align: right;">109.307</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO CORRIENTE</td> <td style="text-align: right;"><u>2.350.172</u></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>INVERSIONES</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>RENTAS POR COBRAR</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>DEUDORES</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO</td> <td style="text-align: right;">2.348.597</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>BIENES DE BENEFICIO Y USO PUBLICO E HIST.</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>RECURSOS NATURALES Y DEL AMBIENTE</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>OTROS ACTIVOS</td> <td style="text-align: right;">1.575</td> </tr> <tr> <td></td> <td>TOTAL ACTIVO</td> <td style="text-align: right;"><u>7.893.230</u></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>CUENTAS DE ORDEN DEUDORAS</td> <td style="text-align: right;"><u>0</u></td> </tr> <tr> <td>81</td> <td>DERECHOS CONTINGENTES</td> <td style="text-align: right;">173.220</td> </tr> <tr> <td>82</td> <td>DEUDORAS FISCALES</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>83</td> <td>DEUDORAS DE CONTROL</td> <td style="text-align: right;">771.392</td> </tr> <tr> <td>89</td> <td>DEUDORAS POR CONTRA (CR)</td> <td style="text-align: right;">944.612</td> </tr> </table>	1	ACTIVO			CORRIENTE	<u>5.543.058</u>	11	EFFECTIVO	568.243	12	INVERSIONES	0	13	RENTAS POR COBRAR	0	14	DEUDORES	4.530.571	15	INVENTARIOS	334.937	19	OTROS ACTIVOS	109.307		NO CORRIENTE	<u>2.350.172</u>	12	INVERSIONES	0	13	RENTAS POR COBRAR	0	14	DEUDORES	0	16	PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	2.348.597	17	BIENES DE BENEFICIO Y USO PUBLICO E HIST.	0	18	RECURSOS NATURALES Y DEL AMBIENTE	0	19	OTROS ACTIVOS	1.575		TOTAL ACTIVO	<u>7.893.230</u>	8	CUENTAS DE ORDEN DEUDORAS	<u>0</u>	81	DERECHOS CONTINGENTES	173.220	82	DEUDORAS FISCALES	0	83	DEUDORAS DE CONTROL	771.392	89	DEUDORAS POR CONTRA (CR)	944.612	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%;">2</td> <td style="width: 45%;">PASIVO</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>CORRIENTE</td> <td style="text-align: right;"><u>2.776.808</u></td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>OPERACIONES DE CREDITO PUBLICO</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>OBLIGACIONES FINANCIERAS</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>CUENTAS POR PAGAR</td> <td style="text-align: right;">324.864</td> </tr> <tr> <td>25</td> <td>OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD</td> <td style="text-align: right;">2.040.627</td> </tr> <tr> <td>26</td> <td>OTROS BONOS Y TITULOS EMITIDOS</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>PASIVOS ESTIMADOS</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>29</td> <td>OTROS PASIVOS</td> <td style="text-align: right;">411.317</td> </tr> <tr> <td></td> <td>NO CORRIENTE</td> <td style="text-align: right;"><u>0</u></td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>OPERACIONES DE CREDITO PUBLICO</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>OBLIGACIONES FINANCIERAS</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>CUENTAS POR PAGAR</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>25</td> <td>OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>26</td> <td>OTROS BONOS Y TITULOS EMITIDOS</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>27</td> <td>PASIVOS ESTIMADOS</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>29</td> <td>OTROS PASIVOS</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>TOTAL PASIVO</td> <td style="text-align: right;"><u>2.776.808</u></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>PATRIMONIO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>31</td> <td>HACIENDA PUBLICA</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>32</td> <td>PATRIMONIO INSTITUCIONAL</td> <td style="text-align: right;">5.116.422</td> </tr> <tr> <td></td> <td>TOTAL PATRIMONIO</td> <td style="text-align: right;"><u>5.116.422</u></td> </tr> <tr> <td></td> <td>TOTAL PASIVO+ PATRIMONIO</td> <td style="text-align: right;"><u>7.893.230</u></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS</td> <td style="text-align: right;"><u>0</u></td> </tr> <tr> <td>91</td> <td>RESPONSABILIDADES CONTINGENTES</td> <td style="text-align: right;">1.259.651</td> </tr> <tr> <td>92</td> <td>ACREEDORAS FISCALES</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>93</td> <td>ACREEDORAS DE CONTROL</td> <td style="text-align: right;">382.080</td> </tr> <tr> <td>99</td> <td>ACREEDORAS POR CONTRA (DB)</td> <td style="text-align: right;">1.641.731</td> </tr> </table>	2	PASIVO			CORRIENTE	<u>2.776.808</u>	22	OPERACIONES DE CREDITO PUBLICO	0	23	OBLIGACIONES FINANCIERAS	0	24	CUENTAS POR PAGAR	324.864	25	OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD	2.040.627	26	OTROS BONOS Y TITULOS EMITIDOS	0	27	PASIVOS ESTIMADOS	0	29	OTROS PASIVOS	411.317		NO CORRIENTE	<u>0</u>	22	OPERACIONES DE CREDITO PUBLICO	0	23	OBLIGACIONES FINANCIERAS	0	24	CUENTAS POR PAGAR	0	25	OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD	0	26	OTROS BONOS Y TITULOS EMITIDOS	0	27	PASIVOS ESTIMADOS	0	29	OTROS PASIVOS	0		TOTAL PASIVO	<u>2.776.808</u>	3	PATRIMONIO		31	HACIENDA PUBLICA	0	32	PATRIMONIO INSTITUCIONAL	5.116.422		TOTAL PATRIMONIO	<u>5.116.422</u>		TOTAL PASIVO+ PATRIMONIO	<u>7.893.230</u>	9	CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS	<u>0</u>	91	RESPONSABILIDADES CONTINGENTES	1.259.651	92	ACREEDORAS FISCALES	0	93	ACREEDORAS DE CONTROL	382.080	99	ACREEDORAS POR CONTRA (DB)	1.641.731
1	ACTIVO																																																																																																																																																						
	CORRIENTE	<u>5.543.058</u>																																																																																																																																																					
11	EFFECTIVO	568.243																																																																																																																																																					
12	INVERSIONES	0																																																																																																																																																					
13	RENTAS POR COBRAR	0																																																																																																																																																					
14	DEUDORES	4.530.571																																																																																																																																																					
15	INVENTARIOS	334.937																																																																																																																																																					
19	OTROS ACTIVOS	109.307																																																																																																																																																					
	NO CORRIENTE	<u>2.350.172</u>																																																																																																																																																					
12	INVERSIONES	0																																																																																																																																																					
13	RENTAS POR COBRAR	0																																																																																																																																																					
14	DEUDORES	0																																																																																																																																																					
16	PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO	2.348.597																																																																																																																																																					
17	BIENES DE BENEFICIO Y USO PUBLICO E HIST.	0																																																																																																																																																					
18	RECURSOS NATURALES Y DEL AMBIENTE	0																																																																																																																																																					
19	OTROS ACTIVOS	1.575																																																																																																																																																					
	TOTAL ACTIVO	<u>7.893.230</u>																																																																																																																																																					
8	CUENTAS DE ORDEN DEUDORAS	<u>0</u>																																																																																																																																																					
81	DERECHOS CONTINGENTES	173.220																																																																																																																																																					
82	DEUDORAS FISCALES	0																																																																																																																																																					
83	DEUDORAS DE CONTROL	771.392																																																																																																																																																					
89	DEUDORAS POR CONTRA (CR)	944.612																																																																																																																																																					
2	PASIVO																																																																																																																																																						
	CORRIENTE	<u>2.776.808</u>																																																																																																																																																					
22	OPERACIONES DE CREDITO PUBLICO	0																																																																																																																																																					
23	OBLIGACIONES FINANCIERAS	0																																																																																																																																																					
24	CUENTAS POR PAGAR	324.864																																																																																																																																																					
25	OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD	2.040.627																																																																																																																																																					
26	OTROS BONOS Y TITULOS EMITIDOS	0																																																																																																																																																					
27	PASIVOS ESTIMADOS	0																																																																																																																																																					
29	OTROS PASIVOS	411.317																																																																																																																																																					
	NO CORRIENTE	<u>0</u>																																																																																																																																																					
22	OPERACIONES DE CREDITO PUBLICO	0																																																																																																																																																					
23	OBLIGACIONES FINANCIERAS	0																																																																																																																																																					
24	CUENTAS POR PAGAR	0																																																																																																																																																					
25	OBLIGACIONES LABORALES Y DE SEGURIDAD	0																																																																																																																																																					
26	OTROS BONOS Y TITULOS EMITIDOS	0																																																																																																																																																					
27	PASIVOS ESTIMADOS	0																																																																																																																																																					
29	OTROS PASIVOS	0																																																																																																																																																					
	TOTAL PASIVO	<u>2.776.808</u>																																																																																																																																																					
3	PATRIMONIO																																																																																																																																																						
31	HACIENDA PUBLICA	0																																																																																																																																																					
32	PATRIMONIO INSTITUCIONAL	5.116.422																																																																																																																																																					
	TOTAL PATRIMONIO	<u>5.116.422</u>																																																																																																																																																					
	TOTAL PASIVO+ PATRIMONIO	<u>7.893.230</u>																																																																																																																																																					
9	CUENTAS DE ORDEN ACREEDORAS	<u>0</u>																																																																																																																																																					
91	RESPONSABILIDADES CONTINGENTES	1.259.651																																																																																																																																																					
92	ACREEDORAS FISCALES	0																																																																																																																																																					
93	ACREEDORAS DE CONTROL	382.080																																																																																																																																																					
99	ACREEDORAS POR CONTRA (DB)	1.641.731																																																																																																																																																					

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
GLADYS SIERRA PEREZ

FIRMA CONTADOR
JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ

TP50465-T

FIRMA DEL JEFE AREA FINANCIERA

FIRMA DEL REVISOR FISCAL
ORLANDO GALEANO MONTANA

T.P. 11926T

0000 3 1

BOGOTA DISTRITO CAPITAL
E.S.E. HOSPITAL DE USME
ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA, ECONOMICA Y SOCIAL
A DICIEMBRE 31 DE 2001
(Cifras en Miles de Pesos)

INGRESOS OPERACIONALES		10.258.232
41	INGRESOS FISCALES	0
42	VENTA DE BIENES	0
43	VENTA DE SERVICIOS	9.503.711
44	TRANSFERENCIAS	754.891
47	OPERACIONES INTERINSTITUCIONALES	0
57	OPERACIONES INTERINSTITUCIONALES	370
 COSTO DE VENTAS		 5.493.435
62	COSTO DE VENTAS DE BIENES	0
63	COSTO DE VENTAS DE SERVICIOS	5.493.435
64	COSTOS DE OPERACIÓN DE SERVICIOS	0
 GASTOS OPERACIONALES		 4.812.580
51	ADMINISTRACION	3.173.437
52	DE OPERACIÓN	280.897
53	PROVISIONES, AGOTAMIENTO, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES	1.358.246
54	TRANSFERENCIAS	0
55	GASTO PUBLICO SOCIAL	0
56	GASTOS DE INVERSION SOCIAL	0
 EXCEDENTE (DEFICIT) OPERACIONAL		 -47.783
48	OTROS INGRESOS	401.185
58	OTROS GASTOS	279.908
 EXCEDENTE (DEFICIT) ANTES DE AJUSTES POR INFLACION		 73.494
 EFFECTO NETO POR EXPOSICION A LA INFLACION		 0
49	CORRECCION MONETARIA	0
 EXCEDENTE(DEFICIT) DEL EJERCICIO		 73.494

96

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
GLADYS SIERRA PEREZ

FIRMA CONTADOR
JUAN CARLOS CRISTANCHO DIAZ
T.P. No. 50465-T

FIRMA DEL JEFE AREA FINANCIERA

FIRMA DEL REVISOR FISCAL
ORLANDO GALEANO MONTAÑA
T.P. No. 11926-T

000011

DIRECCION TECNICA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

RESUMEN EJECUTIVO

HOSPITAL USME, I NIVEL, ESE

VIGENCIA AUDITADA 2001

ENERO DE 2003

AUDITORIA INTEGRAL AL HOSPITAL USME I NIVEL, ESE

Contralor de Bogotá: Juan Antonio Nieto Escalante

Contralor Auxiliar: Miguel Angel Morales Russi

Director Sectorial: Nancy Gómez Martínez

Sub Director de Fiscalización: María Teresa Trujillo Tobar

Sub Director de Análisis Sectorial: Olga Lucía Jiménez Oróstegui

Asesor Jurídico: Ricardo Rodríguez Gama

Responsable Subsectorial: Fabio Borbón Chaparro
Lilia Medina Roa

Equipo de Auditoría: Noel Dari Melo Yepes- Líder
Pedro Forero Suárez
Millar Bohórquez Perdomo
Leonardo Casallas Montoya

1. DIAGNOSTICO

El Hospital de Usme I Nivel ESE es una institución prestadora de servicios de salud adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 17 de 1995 del Concejo de Bogotá, presta servicios como son: consulta médica, Consulta Odontológica, Enfermería, promoción en salud y prevención de la enfermedad, Ecografía, farmacia, laboratorio clínico, rayos X, hospitalización, partos, urgencias y ambulancias. Adicionalmente presta servicios de segundo nivel en consulta ambulatoria como son: Ginecobstetricia, ortopedia y Traumatología, Otorrinolaringología, gastroenterología, Optometría oftalmología, Cardiología, nutrición, terapias respiratoria y física, Pediatría, Cirugía General y Cirugía Plástica.

La prestación del servicio durante la vigencia de 2001, contaba con los CAMI de Usme y Santa Librada; las UPAs Betania, Santa Marta, San Juan Bautista y Yomasa; las UBAs La Unión, La Flora, El Destino, la Reforma y Lorenzo Alcantuz.

A 31 de diciembre de 2001, el Hospital registro activos por valor de \$7.893,2 millones presentando una disminución de \$213.7 millones equivalente al 2.6% del total de activos reportados en la vigencia fiscal de 2000.

Los pasivos ascendieron a la suma de \$2.776.8 millones, presentando una disminución de \$504.7 millones equivalente al 15.3% respecto a los pasivos de la vigencia de 2000.

El Consejo Distrital de Política económica Y Social – CONFIS - aprobó el presupuesto de ingresos y de gastos e inversión del Hospital de Usme por la suma de \$ 8.772.1 millones. Presupuesto que fue liquidado por el gerente del hospital mediante resolución No. 348 de octubre 31 de 2000.

Durante la vigencia fiscal del 2001, el presupuesto de la entidad fue modificado en varias oportunidades adicionándolo en la suma de \$ 739.6 millones, dando como resultado un presupuesto definitivo de \$ 9511.7 millones a diciembre 31 de 2001.

Respecto al cumplimiento de la ley 617 de 2000, artículo 53 párrafo único, el cual estipula que los gastos de funcionamiento en Bogotá D. C. para el año 2001 no deben superar el 58%; se estableció que el hospital en la vigencia ejecutó en gastos de funcionamiento la suma de \$ 4.605.8 millones equivalentes al 49.6% del presupuesto y en inversión la suma de \$ 4.723.6 millones equivalentes al 50.4%, concluyendo que la institución dio cumplimiento a la ley en mención.

Los ingresos totales del año 2001, frente a los gastos del 2000, se incrementaron en 20.7 % (\$ 1.154,7 millones), Incluyendo las cuentas por cobrar que inicialmente no se presupuestaron, mientras que los gastos lo hicieron en 25% (\$900.1 millones).

2. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

2.1. GESTIÓN Y RESULTADOS

El Hospital no alcanzó las metas establecidas para el Plan Indicativo en los diferentes servicios ofrecidos por el Hospital, por cuanto los porcentajes de cumplimiento alcanzados en la mayoría de ellos se acercaron al 95%, sin embargo se observaron porcentajes de cumplimiento del 50% o menos, que el Hospital no alcanzó a superar en la vigencia del año 2001, como es el caso de:

Actividad	Porcentaje cumplimiento
-Devolución cuenta por las administradoras (A.R.S.)	35%
-Cumplimiento del cronograma en la depuración de los estados financieros	50%
-Oportunidad en los sistemas de Información	35%
-Capacitación del Talento Humano	20%
-Desarrollo de estrategias de mercadeo y Negociación con terceros	25%
-Cultura de atención al Usuario	30%
-Participación de la comunidad en los diferentes procesos de Planeación	15%
-Procesos de autoevaluación de funcionarios	40%
-Implementación de los módulos del Sistema HIPOCRATES suministros, costos, SIG	0 %

2.2. OPINIÓN SOBRE ESTADOS CONTABLES

En la cuenta Deudores -Venta de Servicios de Salud-, se presenta una diferencia con cartera de \$167.5 millones, partidas que al no ser conciliadas oportunamente generan registros inexactos en la cuenta deudores por venta de servicios de salud y en los ingresos.

No se realizó provisión Cuentas por Cobrar – Servicios de Salud, sobre la cartera superior a 180 días equivalente a \$1.115.4 millones. Las Deudas de Difícil cobro

no se provisionaron en el 100%, faltando la suma de \$400.3 millones, cifra que afecta el Estado de Resultados y por consiguiente el Resultado del Ejercicio.

No se han registrado en las cuentas de orden glosas correspondiente a la facturación de ARS por valor de \$53.6 millones, ni las glosas correspondiente a la ejecución de los contratos suscritos con el Fondo Financiero Distrital de Salud por \$74.6 millones, incumpliendo con lo normado en la circular 035 de 2000, situación que incide en un adecuado control de estos recursos.

La Depreciación Acumulada, y los Ajustes por Inflación de la Depreciación Acumulada reflejan diferencias de \$9.9 millones de \$92.5 millones respectivamente, por no coincidir los saldos de Contabilidad y el Inventario Físico a 31 de diciembre de 2001, lo que conlleva a que la información no sea confiable.

Cesantías e Intereses sobre las Cesantías presentan una diferencia de \$702. millones por cuanto contabilidad refleja saldo de \$2.040 millones y la Oficina de Talento Humano reporta un saldo por \$2.743 millones. La falta de conciliar oportunamente esta información, conlleva a que se presenten estas inconsistencias.

En nuestra opinión, excepto por lo expresado en los párrafos precedentes, los Estados Contables del Hospital de Usme presentan razonablemente la situación financiera, en sus aspectos más significativos por el año terminado el 31 de diciembre de 2001, de conformidad con las normas de contabilidad generalmente prescritas por la Contaduría General de la Nación.

2.3. EVALUACION DE LA CONTRATACION

Contrato No. 448/01. Celebrado con la doctora HAIPHA THRICIA QUIÑONES, por valor de \$1 millón, iniciando el 11 de diciembre de 2001 y con una duración igual al proceso judicial, para que adelante acción de repetición contra un funcionario de la entidad que aparentemente obtuvo pagos sin tener el derecho.

La acción de repetición consagrada en el artículo 90 de la Constitución Política, es un instrumento para resarcir de daños a una entidad, cuando por culpa de un funcionario, esta pierde dineros del Erario Público. No era viable la acción de repetición en esta situación, toda vez que el funcionario demandado obtuvo un fallo de segunda instancia proferido por el Consejo de Estado a su favor, configurándose la figura jurídica de la cosa juzgada.

Al existir una falsa motivación en el objeto del contrato (iniciar acción de repetición sin haber lugar a ello) está el Hospital incurriendo en unos gastos que no le van a generar ningún beneficio.

Contratos: 034, 103, 148, 153, 236, 305, 426, 436, 442, 447, 468, 465 y 469/01. El Hospital de Usme celebró contratos de prestación de servicios con personas naturales y jurídicas por tiempo limitado, para realizar labores de confianza y manejo, asignando funciones y horarios de trabajo.

3. EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Con relación al Ambiente de Control, se pudo establecer que éste se viene desarrollando con la promoción y difusión de actividades, pero que al verificar la sensibilización y asimilación de los trabajadores sobre el tema, la respuesta de éstos es débil con relación a la implementación de un ambiente de control que garantice la aplicación y diseño de mecanismos de autocontrol en el desarrollo de las actividades institucionales y dependenciales.

A pesar de que se tienen Planes de Riesgo por parte del Hospital, éstos no han tenido la debida importancia y aplicación por parte de los niveles funcionales del Hospital, generando con ello, falta de conocimiento sobre los riesgos tanto internos como externos de las respectivas áreas, de los niveles administrativos y asistenciales.

Se observó que existe un exceso de Comités en el Hospital, en total 26, lo que hace que algunos trabajadores tengan que participar en reuniones que no siempre resultan funcionales o no representan un valor agregado para el Hospital.

En general en el Hospital se encuentra desorden en las diferentes áreas y dependencias con relación al manejo de documentos, oficios, carpetas y demás papeles que se generan en las mismas.

Existe un Comité Coordinador de Control Interno, el cual está en proceso de mejoramiento, pero igualmente le falta más funcionalidad en cuanto a la definición de políticas de control y de seguimiento a las mismas.

La calificación Final del Sistema de Control Interno, fue de 3.64 con un nivel de riesgo mediano.

4. CONCEPTO SOBRE FENECIMIENTO

Por el concepto con observaciones emitidas en cuanto a la gestión realizada, la calificación de 3.64 sobre el Sistema de de control interno corporativo y opinión



con salvedades expresada sobre los estados contables, la Cuenta rendida por el Hospital Usme I Nivel ESE a 31 de diciembre de 2001, se fenece.

5. HALLAZGOS

TIPO HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR
Administrativos	21	
Fiscales	0	
Penales	0	
Disciplinarios	0	
TOTAL HALLAZGOS	21	