



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

*Informe Definitivo
Corregido que se
envió a la entidad*
AC 14 ⁶²/₆₂ 123

DIRECCION TECNICA SECTOR SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

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

HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL E.S.E.

VIGENCIA 2001

NOVIEMBRE 2002



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AE 14 ^{el} / 02 / 22

AUDITORIA INTEGRAL AL HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL E.S.E.

Contralor de Bogotá: Juan Antonio Nieto Escalante

Contralor Auxiliar: Miguel Ángel Russi Morales

Directora Sectorial: Nancy Patricia Gómez Martínez

Subdirector de Fiscalización: María Teresa Trujillo Tobar

Subdirector Análisis Sectorial: Olga Lucia Jiménez Oróstegui

Asesor Jurídico: Ricardo Rodríguez Gama

Responsable Subsectorial: Fabio Borbón Chaparro

Equipo de Auditoria: Edgar Alfredo Daza Daza - Líder
Gloria Elizabeth Sánchez Rubiano
Luis Fernando Gamboa Gamboa

TABLA DE CONTENIDO

	PAGINA
INTRODUCCION	
1. ANALISIS SECTORIAL	6
2. HECHOS RELEVANTES DEL PERIODO AUDITADO	28
3. DICTAMEN INTEGRAL	31
4. RESULTADOS DE LA AUDITORIA	37
4.1. EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	38
4.1.1 Seguimiento a la Evaluación del Sistema de Control Interno	38
4.1.2 Evaluación Final al Sistema de Control Interno	40
4.2. EVALUACIÓN DE LOS ESTADOS CONTABLES	42
4.3. EVALUACIÓN DEL PRESUPUESTO	53
4.4. EVALUACIÓN A LA CONTRATACIÓN	54
4.5. EVALUACIÓN DE GESTIÓN Y RESULTADOS	55
4.5.1 Balance Social	55
4.5.2. Plan de Desarrollo	58
4.5.3 Plan de Atención Básica en Salud	60



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Ac 14 ⁵⁹/₆₂ 120

INTRODUCCION

La Contraloría de Bogotá, en desarrollo de su función constitucional y legal, y en cumplimiento de su Plan de Auditoría Distrital, practicó Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral al Hospital Vista Hermosa I Nivel, E.S.E. correspondiente a la vigencia 2001

La auditoría evaluó la contratación de la vigencia de 2001, Presupuesto, Estados Contables, Sistema de Control Interno y Gestión y Resultados. Las líneas de auditoría seleccionadas responden al análisis de la importancia de las operaciones asociadas con la materialidad, riesgo y objetivos institucionales.

Los hallazgos detectados en el transcurso de la auditoría se comunicaron a la Administración en su oportunidad algunos a través de oficio dirigido al Gerente del hospital y otros a los responsables de las áreas en forma verbal, las aclaraciones rendidas por la entidad fueron analizadas, evaluadas e incluidas en el informe de acuerdo a su pertinencia.

Dada la importancia estratégica que el hospital tiene frente al sector de la salud en el Distrito Capital localidad de Ciudad Bolívar, la Contraloría de Bogotá espera que este informe contribuya al mejoramiento continuo y con ello a una eficiente administración de los recursos públicos, lo cual redundará en el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Ac 14 ⁵⁸/₆₂ 119

1. ANALISIS SECTORIAL



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

119
AC 14 ⁵³/₆₂

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.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

117
Ae 14 56/62

1. ANALISIS SECTORIAL

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

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

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

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



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AC 14 3/5/02 116

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

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.



CONTRALORÍA DE BOGOTÁ, D.C.

AE 14 54/02
115

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 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:

1.1. 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

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 las 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.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AC 14 53/02
114

acuerdo 13 de 2000⁹ ratifica *los encuentros ciudadanos*¹⁰, como estrategia de participación social en los procesos locales de planeación.

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, carteleros 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.

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.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

113
AC 14 52/62

1.2. 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. De 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.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

112
ACJ4 3/16/2

1.3. 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



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AC 14 5/2 112

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 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.

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

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



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

110
Ac 14 49/62

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.

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 presupuestales, los cuales son conocidos por las ESE como "techos presupuestales".

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

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.

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



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

109
Ac 14 48/02

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 el distrito ya 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.
- ⇒ 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 Secretaria 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 tarifario 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.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

108
Ac 14 47
62

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 incrementa, 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.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AE 14 46/62 107

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
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.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

106
Ac 14 45/02.

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
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
TOTALII 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.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Ac 14⁴⁴/₆₂ JOS

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 pesos

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
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



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AC 14 43/62 104

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 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.

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



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

103
AeJ4 $\frac{42}{62}$

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:

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

INSUMO	AHORRO	PARTICIPACION
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.

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.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

102
AC 14 4/02

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 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 e 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

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.

²² Resolución 4252 de 1997, art. 13



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

101
AC J4 40/62

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
	Nazareth	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.

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

²⁴ Como lo establece el artículo 4º 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.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

100
AC 14 39/62

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 Cristobal	Químico Farmacéutico
Rafael Uribe	Contrato Suministro
VistaHermosa	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.

De 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.

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.

99
AC 14 3/2
62



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

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 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 el 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

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.

Ac 14 33/62



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

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.

Cuadro No. 7
COBERTURA DE VACUNACION POR BIOLÓGICO 2001
BOGOTÁ

HOSPITAL ESE	LOCALIDAD	COBERTURAS POR BIOLÓGICO %					
		POLIO	DPT	BCG	HEPATITIS B	HAEMOPHILUS	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: Secretaria 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

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 haemophilus (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 haemophilus (3 dosis) y 79% para triple viral (única dosis). Ministerio de Salud, situación de salud en Colombia. Indicadores básicos 2001.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

97
AC 14 36/62

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.

AC 14 ³⁵/₆₂



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

2. HECHOS RELEVANTES DEL PERIODO AUDITADO



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

95
A C 14 ³⁴/₆₂

2. HECHOS RELEVANTES

El Hospital Vista Hermosa I Nivel se creó mediante el Acuerdo 19 de 1991 del Concejo de Santa Fé de Bogotá como una entidad del orden distrital, posteriormente con el Acuerdo 17 de 1997 el Concejo de Bogotá lo transformó en Empresa Social del Estado. La Junta Directiva del hospital mediante Acuerdo No 006 del 20 de julio de 1998 adopta los estatutos de la entidad y cuyo objeto es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. En consecuencia, en desarrollo de este objeto, adelantará acciones y servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud, los cuales deberá dirigir prioritariamente a la población pobre y vulnerable.

El Hospital al final de la vigencia de 2001, mediante los Acuerdos N°s 17 y 18 de 2001 la Junta Directiva adopta la nueva estructura organizacional y modifica la planta global, pasando de un total de 316 a 223 funcionarios, actualmente se encuentran incluidos 18 cargos con fuero sindical, para un total de 241 funcionarios.

Oficio número 09289 del 20 de diciembre de 2001 del Departamento Administrativo del Servicio Civil Distrital donde refiere concepto favorable para modificación de la Planta de personal.

Oficio del 18 de diciembre de 2001 con número de radicado 101754 de la Dirección de Desarrollo de Servicios de la Secretaría de Salud Distrital en donde consigna concepto favorable sobre la modificación de la planta. Con disponibilidades presupuestales números 1069 y 1070 del 20 de diciembre de 2001 por valor de \$628.788.769 y \$ 402.258.789 respectivamente se ampara el pago de las indemnizaciones respectivas.

Resolución de Gerencia del hospital Vista Hermosa número 238 de diciembre 26 de 2001 donde se adopta la planta global y se incorporan los servidores públicos.

La planta del hospital en la vigencia del año 2001 contaba con trescientos dieciséis (316) cargos totales, de los cuales en virtud de las normas citadas se suprimieron ciento dieciocho (118) cargos y se crearon veinticinco (25) adicionales, los cuales están representados en dos (2) promotores de salud, un (1) auxiliar de droguería, cuatro (4) operadores de radio, dos (2) operadores de servicios generales, dos (2) camilleros y siete (7) celadores, para un total de



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

94
ACJ4 ³³/₆₂

doscientos veintitrés (223) cargos totales para la vigencia de 2002, adicionalmente se suman 18 cargos pertenecientes a igual número de funcionarios con situaciones jurídicas especiales (fueros sindicales) para una planta definitiva de doscientos cuarenta y un (241) cargos.

El presupuesto de ingresos, gastos e inversión del hospital para la vigencia 2001 alcanzó la suma de \$ 11.337.175.8 miles, incrementándose en un 32.08%, es decir la suma de \$2.753.711.8 miles con respecto a la vigencia de 2000.

Con respecto al comportamiento de los ingresos, para la vigencia fiscal de 2001, el hospital recaudó ingresos por \$ 9.200.297.7 miles, mientras los recaudados a 31 de diciembre de 2000, ascendieron a la suma de \$8.322.692.8, miles, lo que equivale a que los ingresos del periodo que nos ocupa, se incrementaron en un 10%.

Es importante destacar que para el 2001, el hospital recibió transferencias del distrito capital - Fondo Financiero Distrital de Salud y de la Nación Ministerio de Salud por \$1.743.878.0 miles.

El Hospital a 31 de diciembre de 2001, cuenta con una cartera por servicios de salud en la suma de \$4.273.377.0 miles, de los cuales \$158.996 miles corresponden a glosas que equivalen al 3.7% del total de la cartera, así mismo de la cartera se ha provisionado la suma de \$346.729.0 miles, tanto para el régimen subsidiado, contributivo cifra que alcanza un 8.1% del total de la cartera.

93

ACJ4
82/62



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

3. DICTAMEN DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

92
AC 14 31/62

Señores

MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA

Doctor

JOSE FERNANDO MARTÍNEZ LOPERA

Gerente

HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL E.S.E

La Contraloría de Bogotá, con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política, Ley 42 de 1993 y el Decreto 1421 de 1993, practicó Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral al HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL E.S.E. a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión, el examen del Balance General a 31 de diciembre de 2001, y el Estado de Actividad Financiera, Económica y Social por el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2001, cifras comparadas con la vigencia 2000, las cuales fueron auditadas por este ente fiscalizador; la comprobación de que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron conforme a las normas legales, estatutarias y de procedimientos aplicables, la evaluación y análisis de la ejecución de los planes y programas de gestión ambiental y de los recursos naturales y la evaluación del Sistema de Control Interno.

Es responsabilidad de la administración la producción y contenido de la información suministrada. 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, la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno y la opinión sobre la razonabilidad de los Estados Contables.

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



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AC 14
30/62

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de Auditoría Gubernamental Colombianas compatibles con las de General Aceptación, así como con las políticas y los procedimientos de auditoría establecidas por la Contraloría de Bogotá; por lo tanto, requirió de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresada en el informe integral. El control incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan la gestión de la entidad, las cifras y la presentación de los Estados Contables y el cumplimiento de las disposiciones legales, así como la adecuada implantación y funcionamiento del Sistema de Control Interno.

Concepto Sobre la Gestión y los Resultados

La planeación concebida como la herramienta gerencial por excelencia que articula y orienta las acciones de la entidad para el logro de los objetivos institucionales y cumplimiento de su misión particular, es el principal referente de la Gestión y marco de sus actividades.

Al evaluar la gestión del hospital y en particular el cumplimiento en su razón de ser al prestar los servicios de salud de primer nivel, principalmente en el PAB, se determina que los porcentajes obtenidos en las diferentes actividades que componen el plan fueron cumplidos en porcentajes superiores al 73% en la actividad de ambiente y calidad de vida que marca su límite inferior, hasta niveles de ejecución del 107% en la actividad de salud sexual y reproductiva que marca su límite de ejecución superior, teniendo en promedio un cumplimiento en el plan general de 96.6% considerándose satisfactorio.

De los contratos evaluados por esta auditoría para la vigencia 2001 se evidenció que: La forma como el hospital contrata la compra de bienes y servicios, le está generando mayores costos en papelería, mano de obra, mayores valores por ajuste en los precios, debido a que la administración celebra hasta seis (6) contratos, con un mismo proveedor y objeto en una vigencia fiscal, produciéndole un desgaste administrativo.

También se observa, que en los contratos para compra de bienes y servicios, que se extienden en el tiempo y la remuneración es por pagos parciales, no se pacta cláusula de liquidación; situación que no le permite a la administración una vez ejecutado los contratos determinar con claridad las obligaciones y derechos de las partes y así evitar posibles procesos jurídicos o reclamaciones.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

90
AC 34 29/02

En lo que respecta a los sistemas de información y en especial el Hipócrates, se considera que responde a las necesidades del hospital, sin embargo, es procedente que se evalúe la capacidad que tienen los servidores una vez entren a funcionar las interfases que faltan por conectar; revisar el efecto que ocasiona el ingresar los registros de manera individual y en caso de saturarse el sistema tomar los correctivos pertinentes.

Es pertinente mencionar que la ausencia de interfase en los diferentes procesos que desarrolla el hospital ocasiona que tenga que dedicarse más tiempo a la incorporación de la información, que sería útil para el análisis y depuración de la misma.

En lo referente a la Evaluación del Sistema de Control Interno, en desarrollo del proceso auditor se detectó que los correctivos propuestos por la entidad, en unos casos aún se encuentran en la etapa de implementación (mapa de riesgos, archivo general), otros fueron subsanados (difusión del código de ética, nombramiento de funcionarios responsables para las áreas de archivo y contabilidad, se estableció la responsabilidad de la oficina Jurídica en la recopilación y actualización de las normas internas y externas del hospital).

Se concluye que el sistema de Control Interno del Hospital se encuentra en un nivel de riesgo mediano, con una calificación de 3.61. Lo que indica que el sistema garantiza que todos los hechos económicos, sociales, financieros y administrativos están orientados a cumplir con los principios de eficiencia, eficacia y economía, así mismo vela porque la información financiera y administrativa sea oportuna y confiable.

Por consiguiente, se conceptúa que la gestión adelantada por el hospital durante la vigencia 2001, es favorable.

Opinión Sobre los Estados Contables

La opinión emitida respecto a los estados contables de 2000, fue con salvedades.

En el examen a los Estados Contables con corte a 31 de diciembre de 2001, se detectaron hallazgos que afectan la razonabilidad de los mismos así:

La falta de incorporar en la contabilidad, los vehículos que la Secretaría de Salud le entregó al hospital y que asciende a la suma de \$ 26.080 miles, le ocasiona subvaluación en los bienes a su cargo. Incumpliendo con el acápite 1.1.3.1 -



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

89
AC 14 29/62

Reconocimiento de la totalidad de las operaciones del Título primero parte II del Plan General de Contabilidad Pública. P.G.C.P

No se encuentra registrado en la contabilidad el software Hipócrates donado por la Secretaría de Salud al hospital, Subvaluando el valor de los bienes y superávit de la entidad hospitalaria por el monto en que la misma Secretaría valore tal activo. Contraviniendo el acápite 1.1.3.1 - Reconocimiento de la totalidad de las operaciones del Título primero parte II del Plan General de Contabilidad Pública.

El hospital en sus cuentas de orden tiene registrados bienes inmuebles sin legalizar por valor de \$454.219.8 miles, los cuales están subvaluando los activos y gastos mientras no se legalicen.

Las conciliaciones que se realizan entre las diferentes áreas que participan del proceso contable aún presentan diferencias. Incumpliendo con lo establecido en el acápite 1.1.3.5 - Depuración de saldos antiguos, del título Primero, parte II del P.G.C.P.

El sistema de control interno contable del Hospital Vista Hermosa es satisfactorio, puesto que permite cumplir con el logro de los objetivos de la organización en materia contable y financiera.

En nuestra opinión, excepto por lo expresado en los párrafos precedentes, los Estados Contables presentan razonablemente la situación financiera, económica y social del HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL E.S.E. a 31 de diciembre de 2001 y los resultados de las operaciones por el año terminado en esa fecha, de conformidad con los Principios de Contabilidad de Aceptación General en Colombia, expedidos por la Contaduría General de la Nación.

En desarrollo de la presente auditoria se detectaron treinta y seis (36) hallazgos de carácter administrativo.

Concepto sobre Fenecimiento

Por el concepto favorable emitido respecto a la gestión realizada, el cumplimiento de la normatividad, la calidad y eficiencia del Sistema de Control Interno y la opinión con salvedades expresada sobre la razonabilidad de los Estados Contables, la cuenta rendida por el HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL E.S.E., correspondiente a la vigencia 2001, **se fenece**.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

88
AC 14 23/02

A fin de lograr que la labor de auditoria conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión pública, la entidad debe diseñar un plan de mejoramiento que permita solucionar las deficiencias puntualizadas en el menor tiempo posible documento que debe ser remitido a la Contraloría de Bogotá, dentro de los quince (15) días al recibo del presente informe.

El plan de mejoramiento debe detallar las medidas que se tomarán respecto de cada uno de los hallazgos identificados, cronogramas que implementarán los correctivos, responsables de efectuarlos y del seguimiento a su ejecución.

Bogotá, D.C. Noviembre de 2002

NANCY PATRICIA GOMEZ MARTÍNEZ
Directora Técnica de Salud y Bienestar Social



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

87
AC 14 26/02

4. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

4.1 EVALUACION AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

4.1.1 Seguimiento a la evaluación preliminar

La Contraloría de Bogotá practicó evaluación preliminar al sistema de control interno del hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. durante el tercer trimestre de 2002, radicando el informe preliminar en la Gerencia del Hospital el 16 de septiembre del año en curso, concluyendo que el ente hospitalario se encuentra en un nivel de riesgo mediano, con una calificación de 2.88 ubicándola en escala regular.

La Entidad presentó un plan de correctivos el 2 de octubre y 1 de noviembre del año en curso, siendo evaluado por el equipo auditor y realizándose seguimiento a lo presentado en dicho plan, evidenciándose una serie de acciones adelantadas, mientras que los correctivos pendientes deberán incluirse en el plan de mejoramiento.

**Cuadro No.8
SEGUIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS**

ACCIONES COMPROMETIDAS	ACCIONES ADELANTADAS
FASE AMBIENTE DE CONTROL	
Con el objeto de difundir el Código de ética el hospital se comprometió a colocar afiches en las áreas administrativas y en los centros de atención para la publicación de los valores y principios institucionales.	Se entregó a los directores y coordinadores de centros de atención afiches, a la vez que en la sede Administrativa se fijaron carteleras
Se convocó nuevamente a los funcionarios para dar nuevamente capacitación sobre el sistema de control interno y entregar a cada uno el instructivo para la implementación del S.C.I. con el fin de difundirlo a todo nivel.	El 29 de octubre se realizó capacitación con los funcionarios sobre el control interno y su incidencia en los procesos y procedimientos, se dio a conocer la Ley 734 de 2002 Código único disciplinario se entregó copia.
El hospital desde hace varios años tiene contratado un recorrido diario y un auxiliar administrativo que responde por la entrega de correspondencia y recoge los dineros de cuotas de recuperación y la facturación generada a diario por los centros de atención, además se dispuso de \$250 millones para desarrollar el proyecto de conectividad y se espera tener los primeros resultados en diciembre de 2002.	Efectuado el seguimiento y análisis respectivo el grupo de auditoría evidenció que el hospital cuenta con personas que se encargan de hacer los recorridos diarios de reparto de correspondencia y de recoger el dinero de los centros de atención.
FASE ADMINISTRACION DEL RIESGO	
Con el fin de elaborar el mapa de riesgos, se	Se inició el proceso de identificación de



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

85

AC 14 ²⁴/₆₂

ACCIONES COMPROMETIDAS	ACCIONES ADELANTADAS
entregó circular de gerencia, con la metodología para identificar y manejar los riesgos, al igual que el formato para elaborar el mapa y plan de manejo del mismo Oficializar plan de manejo de riesgos	riesgos en cada una de las áreas conjuntamente con la oficina de gestión pública y autocontrol. Se identificaron los riesgos en las diferentes áreas, elaborando el plan de manejo del mismo para mitigarlo, asumirlos o dispersarlos de acuerdo al nivel de impacto.
FASE OPERACIONALIZACION DE LOS ELEMENTOS	
Una vez se cuente con el perfil adecuado para el Contador del Hospital Vista Hermosa se llenará la vacante y se adelantan las gestiones ante el Servicios Civil Distrital. El día 10 de octubre se reintegra la almacenista quien se encontraba en licencia de maternidad.	Desde el 5 de noviembre de 2002, inició labores el Contador Público. Desde el día 10 de octubre se reintegró la almacenista.
FASE DOCUMENTACION	
Desde el mes de septiembre se vinculó contractualmente un técnico de archivo que ya inició los procesos de organización e inventario documental en la UPA Casa de Teja, donde se encuentra el archivo central del hospital. Se impartirán lineamientos para el manejo de archivo en cada una de las dependencias que conforman el hospital.	Con la contratación del técnico de archivo se inicia el proceso de mejoramiento del archivo. Se elaboró instructivo para el manejo y control de la correspondencia y el archivo de gestión del hospital. Con Resolución 191 del 18 de octubre de 2002, se adopta el manual para el manejo y control de correspondencia y archivo de gestión del Hospital Vista Hermosa.
La oficina de Jurídica con el apoyo de la oficina de sistemas, conformará un archivo magnético de normatividad, el cual se podrá consultar por medio de la red que funciona actualmente en la sede administrativa.	La oficina jurídica se responsabilizó de la recopilación y actualización de la normatividad y con el apoyo de sistemas conformó un archivo de normas actualizado el cual se puede consultar en la red del hospital, y puesto a disposición del los funcionarios a través del icono normatividad.

FUENTE: Informe Preliminar Evaluación Sistema de Control Interno- Respuesta Oficio de Gerencia N° 516 de Octubre 1 y 161 de Gestión Pública y autocontrol de Noviembre 1 de 2002

De las debilidades observadas en el Sistema de control interno del Hospital en la evaluación preliminar, continua la concerniente a la adopción por parte de la Junta Directiva del hospital y la Gerencia, de los manuales de procedimientos

84
ACJ4 23/62

actualizados, y que contaron con el concurso de la Universidad Nacional. Una vez surtido este trámite, le corresponde a las directivas efectuar la correspondiente difusión y socialización.

Es preciso anotar que el tiempo que demore en adoptarse este instrumento administrativo por las directivas de la entidad, puede verse afectada la eficiencia y efectividad de la institución en el logro de los objetivos institucionales.

4.1.2 Evaluación Final al Sistema de Control Interno

Evaluado y realizado el seguimiento a las respuestas y correctivos presentados por la administración del Hospital, este Ente de Control nuevamente evalúa el Sistema de Control Interno con los siguientes resultados:

4.1.2.1. Ambiente de Control

El hospital cuenta con un código de ética, formalmente adoptado, que fue entregado a cada funcionario, sin embargo, con el fin que sea conocido e interiorizado a todo nivel se fijaron en los diferentes centros, carteleras donde se informa los valores éticos y que han sido difundidos a través de capacitación.

En cuanto a la cultura del dialogo y dada la dispersidad de los centros de atención del hospital, cuenta con funcionarios que a diario hacen recorridos con el fin de entregar y recoger correspondencia, recoger el dinero por cuotas de recuperación en la venta de servicio y la facturación.

Calificación final fase de ambiente de control	3.85
--	------

4.1.2.2. Administración del riesgo

La entidad aplica políticas de administración del riesgo para lo cual tiene el programa general de seguros que ampara los bienes de la entidad contra todo riesgo, tiene contratado el servicio de vigilancia, cuenta con programa de emergencia y desastres y conformado el Comité Paritario de Salud.

Sin embargo, no se cuenta con un mapa de riesgos global ni específico, a la fecha la oficina de Gestión Pública y Autocontrol ha desarrollado actividades con

83
AC14-22/62

diferentes áreas con el fin de identificar y manejar los riesgos el que posteriormente se oficializará.

Calificación final fase administración del riesgo 2.83

4.1.2.3. Operacionalización de los elementos

En cuanto a su esquema organizacional el hospital cuenta con una nueva estructura, habiéndose reintegrado el responsable del almacén a partir del 10 de Octubre y contratada una contadora Pública a partir del 5 de noviembre.

Cuenta con mecanismos de seguimiento y evaluación permanente en las tareas y proyectos a través de gerencia día a día, donde miden el logro de las metas.

Calificación final fase operacionalización de los elementos 3.80

4.1.2.4. Documentación

Al no contar el hospital con un archivo general debidamente organizado, en septiembre de 2002, se contrato los servicios de un técnico de archivo quién está organizando e inventariando los documentos que reposan en la UPA Casa de Teja.

Elaboró un instructivo para el manejo y control de correspondencia, archivo de gestión del hospital, además con la Resolución 191 de octubre 18 de 2002, adopto el manual para el manejo y control de correspondencia, encontrándose en etapa de socialización, enviándose a cada centro y a las Subgerencias el 7 y 8 de noviembre.

Calificación final fase de documentación 3.63

4.1.2.5. Retroalimentación

La Oficina de Gestión Pública y Autocontrol, realiza seguimiento y monitoreo a las observaciones y recomendaciones que formula en cada evaluación, así mismo el Comité Coordinador de Control Interno se reúne periódicamente cada tres (3) meses donde informa de las actividades desarrolladas y a desarrollar.

82
AC 14 ³¹/₆₂

Así mismo cuenta con un plan de mejoramiento que incluye las deficiencias detectadas en las auditorias y por la Revisoría Fiscal.

Calificación final fase de retroalimentación 3.93

Cuadro No.9
CALIFICACION POR FASES SISTEMA DE CONTROL INTERNO
HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL E.S.E.
NOVIEMBRE DE 2002

FASES – COMPONENTES	CALIFICACION PRELIMINAR	CALIFICACION FINAL
1. Ambiente de Control	3.38	3.85
2. Administración del Riesgo	1.64	2.83
3. Operacionalización de los elementos	3.29	3.80
4. Documentación	2.50	3.63
5. Retroalimentación	3.60	3.93
TOTAL PROMEDIO	2.88	3.61

Como se muestra en el cuadro N° 9, la calificación definitiva a la evaluación del Sistema de Control Interno en el Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E, se encuentra en un nivel de riesgo mediano, con una calificación de 3.61 ubicándola en una escala Buena.

Una vez evaluado el sistema de control interno del hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. en forma definitiva, se evidenció que esta entidad ha implementado correctivos tendientes a mejorar su gestión y esquema organizacional, que garantizan la confiabilidad y calidad de la información, protección de los bienes y logro de los objetivos misionales, aspectos que pueden verse afectados si no se culmina a satisfacción con las acciones de archivo, manuales de procesos y procedimientos y mapa de riesgos.

4.2. EVALUACION DE LOS ESTADOS CONTABLES

Para el desarrollo de la auditoria a los Estados Contables del Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. se practicaron pruebas selectivas documentales a saldos y registros que soportan los hechos económicos, durante la vigencia del 2001.

En nuestro examen se detectaron los siguientes hallazgos que afectan de alguna manera la razonabilidad de los Estados Contables:

A.C. 14⁰⁰/₆₆

CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

4.2.1. Efectivo

A diciembre 31 de 2001 el efectivo presentó un saldo de \$487.500 miles, que comparado con el del 2000, tuvo un incremento del 6%. El valor de \$7.372 miles que figura en la cuenta de caja, corresponde a recaudo del último día del año por venta de servicios.

La cuenta de bancos se encuentra conciliada a diciembre 31 de 2001 y en donde se evidenció que tiene partidas conciliatorias netas por \$2.029 miles no registradas en libros y las cuales el Hospital en reiteradas ocasiones ha solicitado a los bancos su abono, puesto que un porcentaje representativo corresponde a descuentos de impuesto transacciones financieras y que algunas de ellas se reintegran en el 2002.

4.2.1.1. En la conciliación bancaria a diciembre 31 de 2001 del Banco Ganadero cuenta de Ahorro 013-0309-03-020007785-7, figura como partida conciliatoria \$175.005 por concepto de 3X1000. El banco en el extracto de marzo (26) hizo devolución de la cifra mencionada, siendo registrada por la oficina de Contabilidad con N.C. 000959 en las cuentas 1110 Bancos y 48109001- Otros ingresos extraordinarios, registro no pertinente puesto que cuando el banco realizó el descuento, en la contabilidad del hospital no se realizó registro alguno, sobrestimando en \$175.005 el saldo en bancos y en la cuenta de ingresos. Incumpliendo con lo estipulado en el acápite 1.2.6.3 Registro- de los principios de contabilidad pública emitido por la Contaduría General de la Nación en el Plan General de Contabilidad Pública P.G.C.P.

4.2.2. Avances y Anticipos entregados

Con un saldo de \$ 4.697 miles, analizados los valores que conforman la cuenta se estableció que estos no reflejan la realidad económica de los hechos así:

4.2.2.1 Galindo Cruz Irma por \$1.776 miles por concepto de anticipo entregado por el contrato 1038, cifra que no corresponde puesto que el contrato al cierre del ejercicio ya se había ejecutado, sin que se hubiera amortizado el anticipo debido a que el supervisor y coordinador del contrato no informaron oportunamente su ejecución; sobreestimando la cuenta de anticipos y subvaluando el gasto y cuentas por pagar. Incumpliendo con el acápite 1.2.6.2 Causación de los principios de Contabilidad pública contenido en el P.G.C.P.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

80
AC 14 19/62

4.2.2.2 Bejarano González Elvert con un saldo de \$1.076.700 valor que se encuentra subvaluado en \$1.976.700 al haber realizado dos veces la reversión de la amortización del anticipo con el documento fuente AA 00011 de mayo 31 que se efectuó erradamente y con la nota débito 467 de junio 2001, sobrestimando por consiguiente el gasto en la cuenta 58990405. Incumpliendo el acápite 1.2.6.3 Registro de los principios de Contabilidad del P.G.C.P.

4.2.3. Propiedad Planta y Equipo

Con un saldo de \$1.470.325 miles a diciembre 31 de 2001 y efectuado el análisis de este grupo se presentan los siguientes hallazgos:

4.2.3.1. Comparados los valores que figura en el libro auxiliar de contabilidad para el grupo Propiedad Planta y Equipo frente al inventario físico valorizado se estableció que:

Cuadro N° 10
DIFERENCIAS ENTRE CONTABILIDAD E INVENTARIO FÍSICO VALORIZADO
A 31 DE DICIEMBRE DE 2001

Nombre cuenta	Valor libros	Miles de Pesos	
		Valor inventario	Diferencia
Muebles y enseres	130.571	128.577	1.994
ajuste por inflación muebles y enseres	53.624	54.577	953
Ajuste por inflación equipo y maquinaria de oficina	6.591	10.961	4.370
ajuste por inflación laboratorio clínico	52.891	47.728	5.163
ajuste por inflación equipo médico y quirúrgico	566.540	491.368	75.172
Ajuste por inflación equipo odontológico	97.118	112.144	15.026
ajuste por inflación maquinaria y equipo	3.597	21.918	18.321
Depreciación maquinaria y equipo	21.015	26.779	5.764
Ajuste por inflación equipo lavandería, comedor	8.768	10.417	1.649
Depreciación Equipo comedor, cocina	27.429	30.161	2.732
Depreciación muebles y enseres	113.455	134.060	20.605
depreciación maquina de oficina	18.184	20.625	2.441
Depreciación equipo de transporte	18.401	18.966	565
Ajuste por inflación equipo de transporte	6.854	13.934	7.080
ajuste por inflación equipo de comunicación	17.066	22.318	5.252
Ajuste por inflación equipo de computación	64.309	86.216	21.907
Depreciación equipo de comunicación	31.237	34.383	3.146
Depreciación Equipo de computación	220.817	239.009	18.192
TOTAL	1.458.467	1.504.141	45.674

FUENTE: libro auxiliar de contabilidad e inventario físico valorizado del hospital



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

79

AC/4
8/62

Existe diferencia de \$45.674 miles entre las dos áreas, lo que indica que a pesar que han realizado conciliaciones falta la culminación del proceso como es la aclaración y el registro de las mismas, creando incertidumbre en el saldo de la cuenta en \$45.674 miles , transgrediendo lo establecido en las características y requisitos de la información contable pública: acápites 1.2.4.4. – Comparable, 1.2.5.3. – Consistente, 1.2.5.5. – Verificable, del Plan General de la Contabilidad Pública y el literal (e) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, relacionado con la confiabilidad de la información.

4.2.3.2 La Propiedad planta y equipo del hospital mostrada en el balance se ve afectada en \$454.219.8 miles por los bienes pendientes de legalizar y registradas en las cuenta de orden. Bienes que han sido utilizados por el hospital por más de cuatro (4) años, a los cuales se le han realizado mejoras, mantenimiento y el hospital ha declarado impuesto predial y pago de sanciones, razón por la cual la cuenta se encuentra subvaluada, es preciso anotar que el hospital ha realizado acciones con el fin de legalizar dichos predios puesto que algunos se encuentran en zonas de uso público, en cabeza de particulares, no tienen antecedentes legales o titularidad, o se encuentran en trámites notariales.

4.2.4. Otros Activos

A diciembre 31 de 2001, presentó un saldo de \$410.414 miles, mostrando un incremento del 2% con respecto al año inmediatamente anterior, siendo los intangibles los que incidieron en este comportamiento por la actualización del software Hipócrates en cuantía de \$ 27.233.8 miles.

4.2.4.1 El saldo que presenta contabilidad en la cuenta 19102101 Elementos de aseo y lavandería por valor de \$860.7 miles frente al reportado por almacén en el grupo 192 elementos de aseo y lavandería \$831.4 miles tiene diferencia de \$29.2 miles, creando incertidumbre en el saldo de la cuenta en \$29.2 miles, con lo cual es necesario que las dos áreas concilien. Incumpliendo con el acápite 1.1.3.4 Conciliación y confrontación con las existencias y obligaciones reales de los Procedimientos relativos a los principios del P.G.C.P.

4.2.4.2 Intangibles: Se observó que el saldo calculado y registrado en la amortización software supera el valor de la cuenta activa al figurar en la amortización un valor de \$4.308 miles y en la cuenta activa \$3.434 miles, sobreestimando el valor de amortización de los intangibles, el gasto y subestimando el valor de los activo en \$874 miles. Incumpliendo con el acápite

78
AC.14/12/62

1.2.5.3 Consistente de las características de la información contable pública del P.G.C.P.

4.2.5. Cuentas por Pagar

A diciembre 31 de 2001 presentó un saldo de \$569.506 miles, con una disminución del 21% con respecto al año inmediatamente anterior. A continuación se detallan los siguientes hallazgos:

4.2.5.1. Al realizar el cruce entre las cifras reportadas por contabilidad y el área de presupuesto se evidenció:

Cuadro N° 11
DIFERENCIAS ENTRE CONTABILIDAD Y PRESUPUESTO

Miles de \$

Código contabilidad	Nombre Acreedor	Valor contabilidad \$	Valor Presupuesto \$
24010101	Cryogas Gases Industriales	171.6	1.628.2
24250102	Mendieta Piñeros David	843.9	1.050.0
	TOTAL	1.015.5	2.678.2

FUENTE: Libro auxiliar de contabilidad y relación de cuentas por pagar Presupuesto

Que entre los saldos registrados en las dos áreas existe diferencia de \$1.662.8 miles, generando incertidumbre en el saldo de la cuenta. Incumpliendo con lo normado en el numeral 1.1.3.4 Conciliación y confrontación con las existencias y obligaciones reales del Plan General de Contabilidad Pública.

4.2.5.2 A diciembre 31 de 2001 en la contabilidad del hospital no figura la obligación con la señora Irma Galindo Cruz por valor de \$1.776.0 miles por concepto de suministro de refrigerios y almuerzos mediante contrato de compra venta N°1038 del 14 de mayo de 2001 y ejecutado en su totalidad antes de finalizar el año. Por consiguiente las cuentas por pagar y los gastos se encuentran subvaluados. Incumpliendo con el acápite 1.2.6.2 - principio de causación del Plan General de Contabilidad Pública y literal e del artículo 2 objetivos del sistema de control interno, de la Ley 87 de 1993.

4.2.6. Cuentas de Orden Acreedoras

4.2.6.1. Verificados los valores reportados en el balance para la cuenta 934613 Equipo de Transporte, Tracción y Elevación y los del inventario físico valorizado con los documentos fuente del registro, se observó que el valor contabilizado para



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

77
AC 14¹⁶/₀₂

la camioneta Mazda OBE 135 presenta diferencia entre el valor registrado y el documento soporte, al figurar en contabilidad e inventarios \$21.024.7 miles y en el comodato N° 3 del 7 de junio de 1997 del Fondo de Desarrollo Local de Ciudad Bolívar \$21.124.7 miles, subestimando el saldo de la cuenta en \$100 miles.

4.2.6.2 Al comparar los ajustes por inflación de la cuenta 9346 Bienes Recibidos de Terceros, con los reportados en el inventario físico valorizado se establecen diferencias por valor de \$2.392 miles, generando incertidumbre en los valores registrados para los mencionados bienes en el monto de la diferencia.

4.2.6.3 El Software Hipócrates con que cuenta el hospital y donado por la Secretaría de Salud, no se encuentra registrado en la contabilidad, subvaluando la cuenta otros activos -Intangibles, así como las cuentas de orden en el monto que la Secretaría Distrital de Salud valore dicho activo, más aún cuando el hospital ha invertido \$27.233.8 miles en mantenimiento y actualización. Contraviniendo el numeral 1.1.3.1 Reconocimiento de la totalidad de las operaciones del título primero de la segunda parte del Manual de Procedimientos-Procedimientos relativos a los principios.

4.2.6.4 Los vehículos en poder del hospital recibidos de la Secretaría de Salud por valor de \$26.080 miles no figuran registrados en los estados contables de la entidad, subvaluando las cuentas de orden. Contraviniendo el acápite 1.1.3.1 Reconocimiento de la totalidad de las operaciones del título primero de la segunda parte del Manual de Procedimientos-Procedimientos relativos a los principios.

4.2.7. Control Interno Contable

4.2.7.1 Ambiente de Control.

De la SubGerencia Administrativa y financiera dependen las oficinas de contabilidad, tesorería, presupuesto, facturación, cartera, Central de Cuentas, Recursos Físicos y almacén dependencias que no cuentan con los manuales de procesos y procedimientos actualizados y acordes con la nueva estructura de la organización. Actualmente estos están en etapa de adopción final por parte de la Gerencia y Junta directiva.

La oficina de contabilidad durante la vigencia de 2001, contó con dos (2) funcionarios: Un profesional en contaduría pública y una asistente, vinculados mediante contratos de prestación de servicios.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AC 14 1/2 76

No obstante, la oficina de contabilidad contar con solo dos (2) funcionarios, ésta se ve apoyada por las demás dependencias del hospital que afectan la contabilidad, con el suministro de los informes o la alimentación directa por interfase, permitiéndole la producción y preparación de la información de carácter contable (Balance general, estado de cambios en la situación financiera y Estado de actividad económica y social), de manera oportuna, útil y confiable.

Dada la complejidad y magnitud de los hechos económicos, sociales y financieros que genera el hospital, es preciso que las áreas que la apoyan desarrollen procesos de verificación y control en los registros que realizan, con el fin de que contabilidad oriente su gestión al análisis de las cifras y saldos tendientes a que el resultado contable sea eficaz.

4.2.7.2 Valoración de riesgos contables y financieros

El proceso contable se lleva en forma automática por medio del software denominado HIPOCRATES donado por la Secretaria Distrital de Salud.

La administración a partir del mes de octubre de 2002 inicia el levantamiento del mapa de riesgos de cada dependencia, los cuales le permitirán mejorar las actividades de control.

Sin embargo, es importante que la administración junto con el levantamiento del mapa de riesgos institucional, establezca puntos de control para validar la información producida por cada dependencia antes de ser remitida a contabilidad; a manera de ejemplo: en el registro de los pagos por concepto de letras por cobrar en donde el auxiliar muestra saldos contrarios a su naturaleza, utilización de cuentas contables que no están vigentes en el Plan General de Contabilidad Pública y obligaciones con terceros que no se registran en el periodo que se causo.

La oficina de contabilidad en su gran mayoría no posee copia o fotocopia de los documentos válidos y suficientes, que respalden las operaciones financieras debido a que estos reposan en las oficinas de origen, tesorería, en las personas que ejercen la interventoría o supervisión, cajeros de los centros de atención, haciendo dispendiosa la verificación de cualquier operación.

AC 14
L4
62



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

4.2.7.3 Actividades de Control específicas para el proceso contable.

Cada dependencia del hospital que afecte la contabilidad es responsable de la preparación, producción y custodia de la información, así como la verificación y validación de esta.

La falta de control en los reportes que generan las diferentes dependencias del hospital y que son fundamentales para la contabilidad generó algunas inconsistencias en la información, tales como: la diferencia existente en el reporte de ingresos por venta de servicios de la UPA la Estrella el día 28 de diciembre de 2001 con lo reportado y consignado en la Tesorería del hospital.

En los recibos de ingresos a Tesorería para los días 3, 12, 17, 28 y 31 de diciembre de 2001, se observó que la codificación contable que aparece en el formato detalle de consignación local, de los depósitos realizados en Megabanco figura la cuenta 11100303, y en el libro auxiliar se muestra en la cuenta 11100604 Megabanco. No se comprende como el sistema de información valida los registros con distinto código.

En los movimientos diarios de Tesorería de los distintos puntos de atención del hospital, en la relación de arqueo no figuran los recibos anulados ni la justificación del hecho, además en la remisión del movimiento diario que deben hacer los cajeros al Tesorero del Hospital, no se remiten copia de los recibos de ingreso que genera cada uno de los centros de atención, demostrando que la información no es verificada con los documentos soportes. Incumpliendo con lo establecido en el acápite 1.2.7.2 -Documentos soportes, relacionado con las normas técnicas de contabilidad pública, concordante con el inciso segundo del numeral 1.1.3.2 -Evidencia de las operaciones, contenidas en el P.G.C.P.

Los ingresos que recibe el hospital por cuota de recuperación, en los diferentes centros de atención en algunas ocasiones no se informa oportunamente en la planilla control de ingresos ni en el arqueo de caja, solo en fecha posterior como se evidenció en el recibo de ingreso 17595 del 3 de diciembre en donde se registra en caja \$52.500 por venta de servicio del CAMI Vista Hermosa, como consta en la planilla control de ingresos- cuota de recuperación y arqueo de caja; sin embargo, en la relación de facturas por usuario reportan por ingresos de particulares la suma de \$159.031 existiendo una diferencia de \$106.931 los cuales son respaldados con letras de cambio. Los títulos valores, como los ingresos no se registran el 3 de diciembre, sino hasta el día 5 del mismo mes. También se

AC 14 13/62



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

observa que en las letras de cambio no se detalla la factura que respalda. Contraviniendo el principio de causación acápite 1.2.6.2 del Plan General de Contabilidad Pública.

El CAMI Vista Hermosa, recibió ingresos de particulares el día 27 de diciembre de 2001 por la suma de \$153.079, de los cuales solamente se consigna en la tesorería de la entidad la suma de \$74.961. La diferencia \$78.118, se debe informar cuando ingresa a las arcas del hospital y con que documento soporte, por consiguiente el ingreso se encuentra subestimado y la caja o la cuenta por cobrar también en la misma proporción. Incumpliendo con los principios de causación y registro contemplados en el P.G.C.P.

El sistema de información utilizado por el hospital en el proceso contable no cuenta con procesos de validación que le permitan detectar cuando un código de tercero es correcto, es así como en el libro auxiliar de Cuentas por Cobrar a particulares figura para un mismo cliente dos números de identidad es el caso de la señora Diana Organista figura con los códigos N° 52286532 y 52286582, la E.P.S. Compensar figura con los NIT 860.066.9428 y 97.

Lo anterior afecta los abonos que se registran en las cuentas por cobrar a códigos de clientes, donde no figura saldo que adeude generando saldos contrarios a la naturaleza de la cuenta y que asciende a la suma de \$1.506.6 miles. Incumpliendo con los acápite 1.1.3.3 Realidad económica de las operaciones y 1.1.3.4 Conciliación y confrontación con las existencias y obligaciones reales de los procedimientos relativos a los principios contentivos en el P.G.C.P

Así mismo a nombre de UPA la Estrella figura un saldo por cobrar de \$3.205.831 y que corresponde a letras de cambio que no informaron por terceros si no global, se requiere hacer el respectivo registro individual. Incumpliendo con los numerales 1.1.3.3 Realidad económica de las operaciones y 1.1.3.4 Conciliación y confrontación con las existencias y obligaciones reales de los procedimientos relativos a los principios contentivos en el P.G.C.P

El hospital cuenta con una central de cuentas, que es la encargada de recibir, tramitar y registrar las obligaciones adquiridas por el hospital con contratistas y proveedores, donde no queda constancia de la fecha de radicación, documentos soportes y trámite que haya surtido desde su radicación hasta su cancelación, aspecto que puede conllevar a posible extravío o pérdida de documentos, pagos de intereses o sanciones por mora en el pago.

ACJ4¹²/₆₂



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Deficiente gestión en las funciones que deben desarrollar los supervisores o interventores de los contratos, por cuanto estos no informan oportunamente el estado financiero y de ejecución de los mismos a las áreas de contabilidad, presupuesto, tesorería y cuentas por pagar, generando inconsistencia en la información.

La contabilización de hechos económicos, sociales y financieros en algunos casos se hace en forma global, contradiciendo la técnica contable.

Obras y Mejoras en Propiedad ajena, la amortización que se realizó a la cuenta en los meses de abril y julio del 2001 mediante los comprobantes de diario AM 0001 y AM 0004 respectivamente afectó el centro de costos R882 Inventarios, sin tener en cuenta que las mejoras realizadas figura en el centro de costos 880 Recursos Físicos. Incumpliendo con el numeral 1.2.5.3 Consistente de las características de la información contable pública del P.G.C.P.

En el libro auxiliar de contabilidad no se observa en forma detallada o individual el registro de los pagos realizados, si no que se realiza en forma global. Incumpliendo con los numerales 1.2.5.5 y 1.2.5.6 del Plan General de Contabilidad Pública respecto a que la información debe ser verificable y comprensible y acápite 1.2.7.2 inciso 6 de las normas técnicas relativas a los libros de contabilidad del P.G.C.P.

En el libro auxiliar de diciembre de 2001 no indica con qué orden de pago o con qué comprobante de pago se realizó el abono en la cuenta, puesto que figura como O. P. 000001. Incumpliendo con los numerales 1.2.5.5 y 1.2.5.6 del Plan General de Contabilidad Pública respecto a que la información debe ser verificable y comprensible respectivamente e inciso 6 del numeral 1.2.7.2 de las normas técnicas relativas a los libros de contabilidad del P.G.C.P.

En el formato CGN 96-001 figura en la cuenta 934603 Bienes Recibidos de Terceros-Terrenos por valor de \$1.022 miles, que al ser verificado en el libro auxiliar de contabilidad a diciembre 31 de 2001 este valor corresponde a la cuenta 934602 Inventarios, siendo su contrapartida la cuenta 99150602 Bienes recibidos de terceros bodega.

Las operaciones de los hechos económicos que se registran en el libro auxiliar no presenta el concepto detallado de las transacciones, con el fin de que dicha información sea comprensible (clara y fácil de entender) y útil (pertinente y



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

72
ACJY 11/02

confiable). Incumpliendo con el inciso 6 del acápite 1.2.7.2. normas técnicas relativas a los libros de contabilidad - Libros auxiliares y formalidades de los libros de contabilidad.

Los comprobantes de contabilidad no cuentan con los documentos soportes anexos a ellos, puesto que estos se encuentran en las oficinas de origen, bien sea tesorería, la oficina que radica las cuentas por pagar o facturación y cartera. Incumpliendo con el acápite 1.2.7.2 Documentos soportes de las normas técnicas relativas a los libros de contabilidad

El libro auxiliar de contabilidad no contiene la información suficiente necesaria como es identificar el documento que se registra y concepto claro, además que no cuenta con la hoja control. Incumpliendo con el numeral 1.2.7.2 de los libros auxiliares del Plan General de Contabilidad Pública.

En el libro auxiliar de contabilidad y el mayor general figura con saldo la cuenta 163502 bienes muebles en bodega- equipo médico y científico con un saldo de \$107.819 miles, valor que difiere con el presentado en el formato CGN 96-001 de la Contaduría General de la Nación por \$80.220 miles, lo anterior a que en el formato CGN 96-001 se unió con el saldo de la cuenta 163598 Saldo por depurar \$(27.599) miles, en razón a que en la contabilidad se utilizaron cuentas que en el Plan General de Contabilidad Pública para el 2001 no estaban habilitadas.

4.1.2.4. Información y Comunicación

La información contable que produce el ente estatal es acorde y oportuna con los requerimientos establecidos por la Contaduría General de la Nación y demás entes de Control, sin embargo es preciso que se adopte alguna herramienta que ayude a que los documentos que soportan los registros contables reposen como soporte en contabilidad y no en las diferentes áreas involucradas.

De igual forma, es necesario que se evalúe el proceso automático y se diseñe mecanismos de validación de la información, antes de alimentar los diferentes rubros, a fin de evitar que la contabilidad muestre saldos contrarios a su naturaleza, como sucede con la cuenta Deudores- Cuentas por Cobrar - Particulares.

ACJH 10/02



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

4.2.2.5. *Monitoreo y evaluación*

Esta función es desarrollada en forma permanente por la oficina de Gestión Pública y autocontrol, la cual cuenta con una sola funcionaria, quién también se encarga de evaluar el sistema de control interno de la institución. Así mismo realiza seguimiento a las acciones desarrolladas para corregir las debilidades establecidas en la evaluación.

Además de las actividades de control establecidas en la Ley, participa en las diferentes tareas de actualización de los manuales, mapa de riesgo y socialización de los mismos.

El sistema de control interno contable del Hospital Vista Hermosa a 31 de diciembre de 2001 es satisfactorio, puesto que permite cumplir con el logro de los objetivos de la organización en materia contable y financiera.

4.3 EVALUACION DEL PRESUPUESTO

El presupuesto de ingresos, gastos e inversión para la vigencia fiscal de 2001, fue aprobado inicialmente por \$ 8.227.225.8 miles, liquidado mediante resolución 199 de diciembre 28 de 2000. Durante la vigencia este fue adicionado en la suma de \$3.109.950.2 miles, para un presupuesto definitivo de \$11.337.175.8 miles.

4.3.1 La ejecución activa al 31 de diciembre de 2001, muestra ingresos recaudados por \$9.200.297.7 miles, de los cuales por Recursos de Capital – Venta de Activos Fijos y Rendimientos Financieros el hospital recaudó la suma de \$20.419.6 miles.

En los presupuestos de rentas e ingresos de las vigencias fiscales de 2000 y 2001, no se estimaron ingresos para los rubros Recursos de Capital - Rendimientos Financieros, cuando las estadísticas y el comportamiento de los ingresos demuestran recaudo (\$20.419.6 miles 2001 y \$22.280.9 miles en 2000).

Considera este Ente de Control, que en la preparación del proyecto de presupuesto anual del hospital para vigencia fiscal de 2001, no se tuvo en cuenta el comportamiento de los recursos de capital, como lo ordena los artículos 13º De la Composición del Presupuesto y 23º Del Cómputo de las Rentas del Acuerdo 24 de 1995, por el cual se expide el Estatuto Orgánico de Presupuesto para el Distrito Capital, emitido por el Concejo de Bogotá.

ACJ4⁹/₆₂



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

4.3.2 Para el registro de la contabilidad presupuestal, se utiliza el módulo presupuesto del sistema Hipócrates. Para el caso de los ingresos, estos se registran en forma mensual y global, es decir al final del mes, se consolida el total de los ingresos captados por rubros y luego se alimenta la contabilidad.

Es importante tener en cuenta que en la contabilidad presupuestal, se debe registrar en orden cronológico los hechos económicos, sociales y financieros del ente hospitalario como suceden.

4.3.3 La contabilidad presupuestal debe llevar impreso los libros auxiliares, por rubros, tanto de ingresos como de gastos e inversión, los cuales deben producirse al final de cada mes, como prueba y soporte de las operaciones presupuestales.

4.4 CONTRATACION

Para la evaluación de esta línea de auditoria, este ente de control seleccionó 69 contratos celebrados por el hospital de las vigencias 2001 valor que ascendió a \$815.8 millones, equivalente al 21% del total contratado (\$ 3.930.1 millones).

Valoradas las respuestas de la entidad, se confirman los siguientes hallazgos:

4.4.1 La forma como contrata el hospital la compra de bienes y servicios, le genera un desgaste institucional, por cuanto se observa que para una actividad o función se celebra de uno hasta seis (6) contratos con el mismo proveedor o contratista, conllevando a un alto volumen de operaciones. El proceso contractual además de producir desgaste institucional, le ocasiona mayores costos en papelería, mano de obra, actualización de precios por efectos de la inflación y disposiciones del gobierno nacional. Como ejemplo citamos los contratos N°s 1326, 1347, 1504 1612 con la firma Servisión de Colombia, contratación del servicio de vigilancia que abarca un periodo de 10 meses.

En la misma situación se encuentra los servicios de mantenimiento automotor, celebrados con la firma Auto Pineda, en total cinco (5), Elbert Bejarano, Proyecciones Urbanas, entre otras.

AC 14/02



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

4.5 EVALUACIÓN DE GESTIÓN Y RESULTADOS

4.5.2 BALANCE SOCIAL

El hospital Vista Hermosa cuenta en total con (16) puntos de atención dispersos en la localidad 19 de Ciudad Bolívar, los cuales están representados en tres (3) CAMIs: Vista Hermosa, Jerusalem, y Manuela Beltran, diez (10) UPAs: Casa de Teja, Sierra Morena, El Limonar, Candelaria (presta servicio las 24 horas), La Estrella, San Francisco, Perdomo, Pasquilla y Mochuelo (estos dos últimos están situados en zona rural) y tres (3) UBAs: Paraiso, San Isidro y Lucero Medio.

La problemática que enfrenta el Hospital está relacionada con la accesibilidad a los centros de salud por los usuarios, por cuanto solo se tiene fácil acceso las UPAs la Candelaria, San Francisco, Perdomo y Sierra Morena, en las demás zonas se hace evidente el mal estado de las vías, las localizaciones de los centros que no obedecen a una previa planeación, apertura de centros generados por la comunidad en lugares cercanos a otras instituciones de salud y el tipo de transporte inadecuado e inseguro.

La apertura de las UPAs como centros de atención, desde su creación obedecen a movimientos de carácter comunitario y de ellos el mas antiguo es el de Ismael Perdomo fundada en 1969 que cumplía funciones como centro de acopio de alimentos, los demás centros cuentan desde sus inicios para su funcionamiento con actividades sociales locales, lo cual genera una permanente veeduría ciudadana sobre los procesos que se desarrollan en su interior.

En los estudios elaborados por el Hospital sobre la redistribución de los puntos de atención se encuentra que tan solo nueve (9) de estos puntos son productivos, enfrentando el problema en el que la comunidad se opone a la eliminación de cualquiera de los existentes.

Los servicios que presta el hospital y que se encuentran seriamente afectados por la accesibilidad, corresponde a los siguientes:

Salud Mental: se presta en la UPA La Estrella y se encuentra en una zona altamente montañosa.

CAMI Jerusalén su acceso requiere de varios transportes.

Optometría se presta en la UPA Sierra Morena, requiriendo de varios transportes



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

68
AC 14 2/62

En la zona rural se encuentran las UPAs Mochuelo y Pasquilla que por decisión de la Secretaría de Salud del Distrito fueron anexadas en el año 1998 al hospital Vista Hermosa, perteneciendo anteriormente al hospital de Nazareth, las cuales se caracterizan por el mal acceso de las vías y la limitación de horarios para la circulación tanto peatonal como vehicular en razón de las condiciones de orden público, además se encuentran en áreas geográficas muy cercanas.

Casa de Teja, se presta el servicio de rayos X donde los pacientes son enviados de las diferentes consultas, de hospitalización y de urgencias, presenta escaso transporte y limitadas vías de acceso.

La población que compone la comunidad en la localidad y según datos publicados por el DANE en 1993, se consideraba un total de 536.677 habitantes, donde la predominancia está representada en el sexo femenino con un 51.5% y la masculina con un 48.5%, registrando un crecimiento irregular a causa de la alta movilidad generada por los desplazamientos que según estimativos del hospital puede alcanzar la cifra de 700.000 habitantes.

Adicionalmente, las tasas de fecundidad por 1000 nacidos vivos, comparadas entre la localidad y el resto del Distrito Capital, excede la primera en todos los grupos de edad, particularmente de 15 a 19 años registrando un 54.6% para el Distrito y un 92% para la localidad y de 20 a 24 años se registra un 11.9% para el Distrito y un 165% para la localidad, mencionando algunos ejemplos relevantes.

En cuanto hace referencia a los consultantes de los diferentes centros de salud del hospital se registra una distribución de un 80% de pacientes vinculados, dependientes del Fondo Financiero Distrital de Salud y un 20% pertenecientes al régimen subsidiado; las condiciones socioeconómicas registran cifras cercanas a los 150.000 habitantes con Necesidades Básicas Insatisfechas de las cuales el 67% corresponde a población pobre y un 33% a población en miseria.

De acuerdo a proyecciones establecidas entre el hospital y la Secretaría Distrital de Salud para atender el problema social, se elaboraron los contratos 004 de 2001 adicionado por el contrato 310 de 2001 definiendo trece (13) actividades prioritarias en salud para la atención al vinculado estableciéndose un nivel de cumplimiento general de 86.1%, relacionados en el siguiente cuadro:



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AC 14/02
67

Cuadro N° 12
ATENCIÓN DEL PROBLEMA SOCIAL - VINCULADOS
CONTRATOS 004 Y 310 DE 2001

PROYECTOS	METAS PROGRAMADAS	METAS ALCANZADAS	VARIACION
Promoción y prevención	196.620	182.938	93%
Consulta médica general	57.600	45.368	79%
consulta especializada	1.031	1.039	101%
Tratamientos, odontológicos terminados	7.620	7.219	95%
Egresos	2.904	2.905	100%
Partos	1.620	1.358	84%
Salud mental	8.844	6.888	78%
Oxigenoterapia	516	485	94%
Menor maltratado	275	263	96%
Urgencias odontológicas	1.260	969	77%
Optometría	2.604	2.256	87%
Ambulancia		267	
Egreso Psiquiátrico	144	142	99%

Fuente: Cuadros Planeación Hospital Vista Hermosa

De los proyectos con menor porcentaje de cumplimiento se encuentra Consulta Médica General con 79%, que explica su nivel de ejecución en razón al aumento de población en el régimen subsidiado, Partos con ejecución de 84%, los cuales no son programables, Salud Mental con 78% que presenta disminución de demanda de servicios asociada a ajustes administrativos por cuota de recuperación, Urgencias Odontológicas con 77%, las cuales no son programables.

En cuanto a la atención del problema social en el régimen subsidiado se presenta el siguiente cuadro de ejecución:



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

66
A.G.14 3/62

Cuadro N° 13
ATENCIÓN AL PROBLEMA SOCIAL 2001
REGIMEN SUBSIDIADO

PROYECTOS	METAS PROGRAMADAS	METAS ALCANZADAS	VARIACIÓN
Consulta medica general	21.283	20.227	95%
Consulta especializada	322	307	95%
Urgencias	6.668	6.350	95%
Tratamientos odontológicos terminados	5.394	5.137	95%
Egresos	1.689	1.609	95%
Partos	660	629	95%
Laboratorio	26.897	25.616	95%
Rayos X	707	674	95%
Ecografía	1.718	1.636	95%
Esquema vacunación completa	2.567	2.435	95%
Optometría	888	846	95%

Fuente: Cuadros Planeación Hospital Vista Hermosa

Los niveles de ejecución para los subsidiados se encuentran dentro de rangos aceptables.

4.5.3 PLAN DE DESARROLLO

Con base en el Plan de Desarrollo Distrital se elabora al interior del hospital el Plan de Gestión interno, que para el Hospital Vista Hermosa está representado en la promulgación del acuerdo número 003 del 14 de junio de 2001 emitido por la Junta Directiva, el cual recoge como objetivo central de la Empresa Social del Estado la administración de los servicios de salud entendidos como un servicio público a cargo del estado y como parte integrante del sistema de seguridad social en salud y en desarrollo de este objeto adelantará acciones y servicios de promoción, prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación en salud y atención del ambiente, los cuales deberá dirigir prioritariamente a la población pobre y vulnerable.



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

Para efectos de la armonización entre los dos (2) Planes de Desarrollo que cubre la vigencia 2001, de las prioridades establecidas en el Plan de Desarrollo "Por la Bogotá que queremos" se tomaron las siguientes:

Desmarginalización: En la cual se plantea la ampliación de la cobertura a la población vulnerable de 0 a 6 años, actividad plasmada en el proyecto de menores de un (1) año y el de niños y niñas del Plan de Atención Básica.

Interacción Social: Define la calidad y cobertura de los servicios de salud facilitando el acceso con calidad en los mismos, el hospital adoptó los programas a través del PAB, entre otros vigilancia epidemiológica y programas tendientes a disminuir la mortalidad infantil, materna y perinatal.

Eficiencia Institucional: Se promueve la optimización de recursos a través de la descentralización y fortalecimiento de la gestión pública, actividad que se desarrolló por medio del área de planeación institucional, de la organización del recurso humano, la racionalidad tecnológica y mejoramiento de la oportunidad y calidad de la atención.

Con relación al Plan de Desarrollo "Bogotá para vivir todos del mismo lado" se tomaron las prioridades siguientes:

Familia y niñez: Su objetivo es crear condiciones para que los niños y niñas puedan vivir su niñez y apoyar los comportamientos de las diferentes formas de familia. El hospital toma este objetivo en la línea de salud pública y entre otras acciones, reducir el subregistro de casos de violencia intrafamiliar, la disminución de las muertes maternas evitables y la ampliación de cobertura en vacunación

Justicia Social: Su objetivo es mejorar el acceso de las personas más vulnerables a condiciones mínimas de nutrición, salud, educación y cariño con criterios de responsabilidad compartida e imparcialidad. Como líneas de acción el hospital toma para este objetivo, mejorar la situación nutricional, disminuir la mortalidad evitable materna y perinatal y la morbilidad por neumonía en menores de cinco (5) años, la atención de los servicios ambulatorios en las diferentes áreas y la atención integral a los adultos mayores.

Gestión Pública Admirable: Su objetivo es elevar la confianza y el respeto del ciudadano hacia las instituciones y organismos distritales y el compromiso de los servidores públicos y de los ciudadanos con una gestión efectiva y transparente. El hospital en este objetivo considera las siguientes líneas de acción: mejorar la



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AC 14³/62
64

capacidad operativa ajustada a los requerimientos institucionales del plan de desarrollo, evaluar los resultados de la gestión y el impacto fiscal de las decisiones de gasto, facilitar el acceso a los ciudadanos a la información clara, veraz y oportuna sobre la gestión del hospital y sus resultados, apoyar a los ciudadanos en la organización y participación social.

Se enuncian las políticas generales del plan de acción adoptado, estableciendo tres (3) tipos:

Accesibilidad y cobertura de la atención, calidad de los servicios y eficiencia de la gestión que están enmarcadas en las acciones en salud principalmente en el Plan de Atención Básica.

4.5.4. Plan de Atención Básica en Salud -PAB

Una vez establecidos los resultados finales de la vigencia para el Plan de Atención Básica en Salud según las diferentes actividades desarrolladas y sus componentes previamente planeados en cuanto a metas por obtener, se determinaron niveles satisfactorios de cumplimiento, los cuales se resumen en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 14
PLAN DE ATENCION BASICA EN SALUD

ACTIVIDAD	INDICE DE CUMPLIMIENTO
Crecimiento y desarrollo	97.4%
Salud sexual y Reproductiva	107.0%
Crónicas	105.9%
Discapacidad	97.9%
Enfermedades transmisibles	104.6%
Vigilancia en Salud Pública	87.2%
Salud Mental	85.0%
Trabajador Informal	99.5%
Ambiente y Calidad de Vida	73.57%

FUENTE. Informe De Gerencia a Junta Directiva, Vigencia 2001

Una vez analizadas las metas programadas para el PAB durante la vigencia de 2001 comparadas con las realizadas, se estableció que para las actividades de



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AC 14/62 63

Crecimiento y Desarrollo, incluidas sus diferentes variables tales como vacunación, administración del PAI, asesoría en crecimiento y desarrollo, plan local de nutrición, talleres del IAMI etc. se obtuvo para esta actividad un 97% de cumplimiento.

Para la actividad de Salud Sexual y Reproductiva con sus diferentes variables se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 107% destacándose la instalación de talleres para grupos formados y no formados con 103 talleres y 191 sesiones respectivamente.

Para enfermedades Crónicas con sus variables se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de 105% destacándose la instalación de 17 talleres.

Para la actividad de discapacidad se obtuvo un porcentaje de 97.9% basado en la instalación de 16 talleres para los grupos formados con una programación de 510 horas cumplidas en su totalidad.

En el cumplimiento de enfermedades transmisibles se reporta un porcentaje de ejecución del 104%, el cual se sustentó sobre la instalación de grupos informados con 204 sesiones y 106 horas realizadas

Para la variable de Vigilancia en Salud Pública se reporta una ejecución de 87.2%, descendiendo su ejecución por los eventos no llevados a cabo sobre investigaciones en erradicación mortalidad

En salud mental se instalaron 30 talleres para grupos formados con un 85% de ejecución y la red de buen trato instalada en 10 fases cumplió en 100% sus objetivos.

Para la variable de trabajador informal se obtuvo un porcentaje de ejecución de 99.5%, obteniéndose una ejecución total sobre lo programado en las visitas.

En ambiente y calidad de vida incluidas las variables totales de riesgos del consumo, riesgos químicos, riesgos físicos y riesgos biológicos se reporta un porcentaje de cumplimiento del 73% siendo los de menor cumplimiento la visita de control de vectores 48% y las visitas para tenencia inadecuada de animales con 34%

Como conclusión de análisis de los programas del PAB se establece que los porcentajes de ejecución de las diferentes actividades son aceptables por cuanto



CONTRALORÍA
DE BOGOTÁ, D.C.

AC 14/62 62

se ajustaron a los niveles inicialmente programados y establecidos en el convenio interadministrativo con la Secretaria de Salud.

El convenio suscrito para la realización del PAB entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y la Empresa Social del Estado- Hospital Vista Hermosa I Nivel de Atención corresponde al contrato interadministrativo de compraventa de servicios (acciones del plan de atención básica-PAB) número 037 de 2001, el cual arroja los siguientes resultados al momento de su liquidación:

Resumen económico general: el contrato asciende a la suma de \$1.166.594.8 miles presentándose adiciones al mismo por valor de \$17.000.0 miles de pesos para un valor total pactado de \$1.183.594.8 miles.

El valor de la facturación presentada en el curso de la vigencia asciende a la suma de \$1.179.927.9 miles con un valor por glosas definitivas de \$26.602.9 miles presentando un valor neto facturado de \$1.153.324.9 miles y un valor Subejecutado por \$30.269.9 miles.

Cuadro No.15
HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS
(Cifras en miles de pesos)

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD
ADMINISTRATIVOS	36
FISCALES	0
DISCIPLINARIOS	0
PENALES	0
TOTAL	36

FUENTE: Informe de Auditoria Gubernamental con Enfoque Integral - Modalidad Regular vigencia 2001, practicada al HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL E.S.E