

**INFORME DE AUDITORIA GUBERNAMENTAL
CON ENFOQUE INTEGRAL- MODALIDAD ESPECIAL
PROYECTOS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO**

**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD
VIGENCIA AUDITADA 2009 Y PRIMER SEMESTRE DE 2010**

**PLAN DE AUDITORIA DISTRITAL 2010
CICLO III**

DIRECCIÓN SECTOR SALUD E INTEGRACION SOCIAL

DICIEMBRE DE 2010



**AUDITORIA ESPECIAL A LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD –
FONFO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD**

Contralor de Bogotá	Miguel Ángel Moralesrussi Russi
Contralor Auxiliar	Víctor Manuel Armella Velásquez
Director Sectorial	Rafael Humberto torres Espejo
Subdirector de Fiscalización Salud	Ruth Marina Montoya Ovalle
Asesor	Luis Carlos Ballén Rojas
Equipo de Auditoría	Adriana María Uribe Cabal - Líder Yolanda Gómez Flórez Yaneth Cristina García Pabón Jorge Enrique Buitrago Martínez Carlos Eduardo Chacón Romero Jorge Montealegre Cortes

TABLA DE CONTENIDO

1	Concepto sobre la Gestión Proyectos salud a su Casa y Salud al Colegio	4
2	Resultados de Auditoría	10
2. 1.	Evaluación al Control Interno	10
2.2.	Evaluación a la Gestión	19
2.2.1.	Evaluación al Proyecto Salud a su Casa	22
2.2.2	Evaluación al Proyecto Salud al Colegio	33
3.	Acciones Ciudadanas	51
4.	Anexos	56
4.1	ANEXO 1: Cuadro de hallazgos detectados y comunicados	56

1. CONCEPTO SOBRE LA GESTION PROYECTOS SALUD A SU CASA Y SALUD AL COLEGIO

Doctora

MARTHA LUCIA PARRA GARCÍA

Presidente Junta Directiva

Fondo Financiero Distrital de Salud

Doctor

HECTOR ZAMBRANO RODRIGUEZ

Secretario Distrital de Salud

Bogotá, D. C.

La Contraloría de Bogotá con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política y el Decreto 1421 de 1993, practicó Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral, Modalidad Especial a los Proyectos Salud a su Casa y Salud al Colegio de la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud 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, la evaluación y análisis de la ejecución de los planes y programas y la evaluación del Sistema de Control Interno relacionado con los proyectos objeto de auditoría.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada y analizada por la Contraloría de Bogotá. La responsabilidad de la Contraloría de Bogotá consiste en producir un informe integral que contenga el concepto sobre la gestión adelantada por la Administración de la Entidad.

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

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con las normas de Auditoría Gubernamentales compatibles con las de general aceptación, así como las políticas y procedimientos de auditoría establecidos 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, así como el adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno.

Concepto Control Interno

La Secretaría no cuenta con un diagnóstico vigente sobre los requerimientos de la población pobre y vulnerable en aspectos determinantes de la salud, y que conlleven a una eficaz ejecución de los proyectos, función que se estaría incumpliendo por parte de la Dirección de Salud Pública, tal y como lo establece el numeral 3 del Decreto 122 de 2007.

Las deficiencias y debilidades en los distintos procesos que inciden en la efectividad de los mismos, especialmente en aspectos como: deficiencias en la calidad de la información, al no disponer de información real, veraz, oportuna, no haber contratado interventoría externa en 2010; reflejar inadecuada planeación de recursos, lo que ha conllevado a retraso en la ejecución de actividades y por consiguiente en contratación del talento humano necesario, generando una alta rotación de personal y una continua capacitación del mismo, no contar con indicadores que permitan conocer a ciencia cierta el impacto real de recursos económicos asignados y ejecutados (\$54.535.25 millones), permiten conceptuar que las medidas de control han sido insuficientes, lo que afecta y pone en riesgo la efectividad y horizonte de este tipo de proyectos y por consiguiente la calidad de vida y de la salud de la población pobre y vulnerable de la ciudad.

Concepto Proyecto Salud a su Casa SASC

Como respuesta a la meta “Cubrir 425 microterritorios con el proyecto Salud a su Casa”, del actual Plan de Desarrollo, la SDS a través del PIC desarrolla la estrategia en los hospitales de I y II nivel de atención, interviene y prioriza familias con SISBEN 1 y 2 y beneficia al 21% de la población, familias en territorios con condiciones de alta vulnerabilidad de 19 localidades del Distrito.

En los resultados del Proyecto SASC, durante la vigencia 2009, se evidenció que la entidad no cumplió con la meta de implementar 24 nuevos microterritorios y la caracterización de individuos, familias y entornos, es decir, de acuerdo con las proyecciones de la SDS, se dejaron de intervenir en promedio a 28.800 familias que corresponden a 92.160 individuos. Así mismo, se constataron inconsistencias en los datos de distintas fuentes de información frente al cumplimiento de microterritorios, cobertura del proyecto, reportes de la estrategia APS en línea, deficiencias en la formulación y seguimiento a algunos indicadores.

Se evidenció que la estrategia APS en línea presenta dificultades como el tiempo que transcurre entre la captura de la información de la ficha en la casa y el

diligenciamiento; los controles que se aplican, el tipo de contratación de los digitadores. Adicionalmente, no cuenta con un sistema integrado de información que permita la unificación e integralidad de los diferentes datos, toda vez que no permite visualizar de manera integral los resultados actualizados y en tiempo real del proyecto SASC.

Durante el año 2009 se consolidó y procesó una base de datos con 176.592 registros de discapacidad y se desarrolló el análisis para los niveles distrital y local; de igual manera se localizaron y caracterizaron 6.516 personas con discapacidad, se actualizó información de 819 personas registradas en el periodo 2005 – 2007 y se validaron 47.551 registros de discapacidad severa.

La SDS reportó intervención psicosocial a 11.071 familias, durante la vigencia 2009, sin que se evidencie un análisis que le permita direccionar intervenciones, metas y acciones. Estas inconsistencias en el reporte de los datos generan incertidumbre en la gestión del Proyecto SASC lo cual impide realizar seguimiento al impacto en la población vulnerable del distrito.

Concepto Proyecto Salud al Colegio (SAC)

Con relación al Proyecto Salud al Colegio, se evidenció que las diversas fuentes de información reportan diferentes datos con relación al cubrimiento del Proyecto Salud al Colegio lo que indica que la información presentada carece de los principios de validez y confiabilidad.

Con relación a la población beneficiaria del Proyecto Salud al Colegio se pudo evidenciar que la Secretaría Distrital de Salud establece un promedio de población por sede educativa atendida (1.063), evidenciándose que el cubrimiento del Proyecto SAC no es real, se encontró que en la localidad de Sumapaz se reporta un cubrimiento del 2.377,73% (estudiantes matriculados 1.208, cubrimiento SAC 28.723), lo mismo sucede en las localidades de Chapinero (201,13%), Barrios Unidos (133,55%), Santafé (133,18%), Candelaria (125,69%) y Mártires (106;03%), en las cuales el cubrimiento supera el número de alumnos matriculados según información de la Secretaría de Educación Distrital, situación que presenta una inconsistencia considerable lo que genera incertidumbre en los datos reportados por la Dirección de Salud Pública referentes a la información e impacto real del proyecto.

Al realizar el análisis del Proyecto Salud al Colegio de la entidad se pudo establecer que el planteamiento de las metas, la formulación inadecuada y/o deficiente selección de indicadores dificulta un adecuado seguimiento a la gestión del proyecto y no permite la evaluación del mismo, lo que dificulta la toma adecuada de decisiones por parte de la alta Dirección.

Para la vigencia 2009 el proyecto Salud al Colegio no contaba con un sistema que consolidara la información remitida por los hospitales en las diferentes líneas de intervención que este ejecuta, se encontró que la información reportada por los hospitales es consolidada en tablas de Excel en la Dirección de Salud Pública por línea de intervención y por cada uno de los referentes.

La dificultad para obtener la información de los resultados de la ejecución del programa SAC, las deficiencias encontradas en los sistemas de información, la consolidación de los datos remitidos por las ESE, el inadecuado planteamiento de indicadores, la falta de interventoría externa, entre otros, evidencian que la Dirección de Salud Pública no realiza un análisis de la información obtenida para replantear intervenciones, metas y acciones que puedan llevar a obtener un mayor impacto en la salud de la población objeto del proyecto.

Luego de evaluados los Proyectos Salud a su Casa y Salud al Colegio en la vigencia 2009 y primer semestre de 2010, se concluye que la gestión adelantada por la entidad presenta deficiencias como las descritas en los párrafos anteriores, que no inciden de manera significativa en los resultados de los mismos, lo que nos permite conceptuar que la gestión adelantada por la entidad acata las disposiciones que regulan sus hechos y operaciones y en lo que se refiere al control interno de los proyectos objeto de auditoría, se conceptúa que las medidas de control han sido insuficientes, lo que afecta y pone en riesgo la efectividad y horizonte de este tipo de proyectos; por lo que la gestión de la entidad relacionada con los Proyectos Salud a su Casa y Salud al Colegio se considera FAVORABLE CON OBSERVACIONES.

Se hace necesario reglamentar el destino de los recursos asignados a las ESE para la esterilización y vacunación de caninos y felinos, toda vez que como se manifiesta, si bien es cierto el cumplimiento de las metas dentro del Plan de Intervenciones Colectivas es bueno, no ocurre lo mismo respecto del censo poblacional cuyo índice es mínimo y el direccionamiento de los excedentes económicos por este concepto son ejecutados en otras actividades y no en esta misma actividad.

Así mismo, la deficiente planeación en la administración y manejo de los recursos permite observar que a las ESE no se les determinan metas para un periodo de tiempo determinado, permitiendo que estos recursos le sirvan a la ESE como apalancamiento financiero.

Consolidación de hallazgos

En desarrollo de la presente auditoría tal como se detalla en el Anexo 1 se establecieron diecinueve (19) hallazgos administrativos.

A fin de lograr que la labor de la auditoría conduzca a que se emprendan actividades de mejoramiento de la gestión pública, la entidad debe diseñar un Plan de Mejoramiento que logre solucionar las deficiencias puntualizadas, documento que debe ser remitido a la Contraloría de Bogotá, dentro de los cinco (5) 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, cronograma en que implementarán los correctivos, responsables de efectuarlos y del seguimiento a su ejecución, como lo establece la Resolución Reglamentaria 014 de 2010.

Bogotá D. C., Diciembre de 2010

RAFAEL HUMBERTO TORRES ESPEJO
Director Sector Salud e Integración Social

2. RESULTADOS DE AUDITORIA

2.1. EVALUACION CONTROL INTERNO

Con el fin de evaluar la calidad y nivel de confianza del control interno efectuado a los proyectos objeto de evaluación de esta Auditoría Especial “Salud a su Casa (SASC) y Salud al Colegio (SAC)”, se efectuaron visitas y encuestas, a la Oficina de Control Interno, las Direcciones de Salud Pública, Planeación y Sistemas, así como verificación de la información suministrada, básicamente en lo que tiene que ver con las medidas de control, manejo de la información y lo relativo a la administración del riesgo en dichos proyectos; proceso en el cual se evidenciaron deficiencias que se enuncian a continuación:

2.1.1. Debilidades en la Planeación

La Secretaría no cuenta con un diagnóstico vigente sobre los requerimientos de la población pobre y vulnerable en aspectos determinantes de la salud, y que conlleven a una eficaz ejecución de los proyectos, función que se estaría incumpliendo por parte de la Dirección de Salud Pública, tal y como lo establece el numeral 3 del Decreto 122 de 2007¹.

Respecto a la formulación de los proyectos 623 y 624, se evidenció un gran número de modificaciones y actualizaciones de las fichas EBI, tanto en 2009 como en 2010, especialmente en lo que tiene que ver con modificaciones en el presupuesto de recursos.

La Secretaría definió lineamientos para los proyectos SASC y SAC tanto en 2009 como en 2010, soporte para las ESE que participan y ejecutan estos proyectos; así mismo otro sustento fueron los Diagnósticos Locales, herramienta que fue tomada como base para definir los territorios y microterritorios seleccionados de acuerdo con la información reportada por la entidad, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de las familias. No obstante estos documentos no cuentan con estadísticas actualizadas, las allí consignadas hacen referencia a datos correspondientes a los años 2005-2007.

De otra parte, se tiene que la entidad continúa utilizando los procesos y procedimientos que en 2005 se adoptaron para el programa Salud a su Hogar, como son la ficha técnica y los instructivos para la identificación y caracterización de núcleos familiares, sin tener en cuenta los cambios que ha presentado la ciudad en el transcurrir de los años.

¹Mantener actualizado el diagnóstico de las necesidades y problemas de salud de la población del Distrito Capital, mediante la identificación de las formas de protección y mantenimiento de la Salud, los determinantes y tendencias.

Con los aspectos arriba citados y dada la importancia de efectuar una programación y planeación de actividades de estos proyectos, coherentes con realidad que vive la población beneficiaria, la planeación de recursos como expresión financiera que garantice total coherencia e integración con elementos indispensables para lograr el impacto real de estos proyectos, se observa incumplimiento del literal h) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993², así como el literal l del artículo 3 de la Ley 152 de 1994.

2.1.2. Alta rotación del Talento Humano:

Respecto al talento humano³ que operativiza estos proyectos, se observa que continúa siendo en gran parte por personal vinculado a través de contrato de prestación de servicios; observándose igualmente que se da una alta rotación de los mismos, desaprovechándose así el conocimiento y la experiencia adquirida frente al tema, lo que afecta seriamente la continuidad de las actividades y por ende la gestión de los proyectos objeto de estudio. Situación evidenciada en las actas de seguimiento adelantadas por el Área de Acciones en Salud y los informes de la firma interventora.

La Oficina de Control Interno recomendó en auditoría adelantada en 2009, que se delegara en personal de planta calificado la coordinación de los proyectos existentes en la Dirección de Salud Pública, debido al alto nivel de rotación del personal contratista⁴, situación que persiste a fecha de la auditoría, toda vez que los referentes entrevistados, están por contrato de prestación de servicios; aspecto que se convierte en debilidad, sumado esto, la incertidumbre en la continuidad de los contratos, hace que la SDS-FFDS, deba contratar nuevo personal e iniciar el proceso de capacitación e inducción, lo que genera desgaste administrativo y de inversión de recursos, con lo que se actuaría en contrario a lo preceptuado en el literal f) del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

Igualmente se tiene que la mayor glosa realizada por la auditoría externa en 2009, tiene que ver con incumplimiento de requisitos en Talento Humano.

De otra parte, se constató que en algunos casos los controles no son suficientes en el evento del retiro especialmente del personal vinculado a través de contrato de prestación de servicios; así mismo no se evidenció que en el SGC se cuente con formato de acta de entrega del puesto de trabajo, asegurando la entrega de la

² h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características.

³ La Secretaría proyectó para 2010, que las ESE contaran para adelantar el Proyecto Salud a su Casa, 1.356 personas, y para Salud al Colegio 929 para un total de 2.285 personas.

⁴ Informe de Auditoría Integral realizado por la Oficina de Control Interno de la SDS, a la Dirección de Salud Pública en a junio de 2009.

información, con lo que genera riesgo de pérdida de registros efectuados en el desarrollo de estos proyectos, situación que transgrede los literales a) y f) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.

2.1.3. Control y Seguimiento

2.1.3.1. Interventoría Externa

Generalmente en los proyectos de inversión las entidades del Estado acuden a la interventoría externa como herramienta de control y seguimiento en aras del mejoramiento; en este sentido la SDS-FFDS contrató para el 2009, con la firma HAGGEN AUDIT LTDA la interventoría de los proyectos del PIC, entre los cuales están “Salud a su Casa y Salud al Colegio”, se suscribió el contrato No.1188 el 29 de diciembre de 2008, y se ejecutó en 2009 y hasta enero 13 de 2010, con valor inicial de \$1.900,0 millones, incluido el IVA (con CDP 3026 de junio 27 de 2008), posteriormente se surtieron dos prórrogas de tres meses y dos adiciones por valor de \$712,5 millones y \$237,5 millones, para un valor total de \$2.850,0 millones, con el objeto de: **Seleccionar al contratista que preste los servicios de interventoría integral** (técnica, administrativa y financiera), con énfasis en la calidad de la prestación de los servicios, sobre los contratos de compraventa de servicios de salud para la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, suscritos entre la Secretaría Distrital de Salud-Fondo Financiero Distrital de Salud y las Empresas Sociales del Estado (resaltado fuera de texto). De este contrato se evidenciaron las siguientes inconsistencias:

1. El contrato en mención fue concebido como Contrato de prestación de servicios de Interventoría, y conforme a la ley 80 de 1993 no existe esta tipificación o modalidad⁵, máxime cuando fue adjudicado a través del proceso del Concurso de Méritos No. FFDS-CM-003-2008.
2. El objeto del contrato no guarda coherencia con las obligaciones pactadas en el contrato, incumpliendo lo estipulado en el Decreto 2474, acerca de las **DISPOSICIONES GENERALES APLICABLES A LAS MODALIDADES DE SELECCIÓN**, plasmadas en el **Artículo 3^o**.

⁵La ley 80 define en el Título III, artículo 32 numeral 3 define: “Son contratos de prestación de servicios los que celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad. Estos contratos sólo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimientos especializados. Y en el numeral 2: Son contratos de consultoría los que celebren las entidades estatales referidos a los estudios necesarios para la ejecución de proyectos de inversión, estudios de diagnóstico, prefactibilidad o factibilidad para programas o proyectos específicos, así como a las asesorías técnicas de coordinación, control y supervisión”. Son también contratos de consultoría los que tienen por objeto la interventoría, asesoría, gerencia de obra o de proyectos, dirección, programación y la ejecución de diseños, planos, anteproyectos y proyectos”.

⁶ Estudios y documentos previos. Numeral 2. La descripción del objeto a contratar, con sus especificaciones y la identificación del contrato a celebrar.

3. El contrato 1188 del 29 de diciembre de 2008, no fue incluido en el reporte a la Contraloría Distrital a través del SIVICOF, con lo que se incumplió lo estipulado en la Resolución No. 34 de 2009.
4. La Dirección de Salud Pública suministró los informes entregados por dicha firma: Un informe final por ESE y por ámbito; un informe financiero con fecha febrero 12 de 2010; un informe cualitativo Distrital Final, etc. Es importante mencionar, que en estos informes por un lado, no se evidenció análisis, conclusiones y recomendaciones fundamentales, como elementos de juicio adicionales, en aras de la mejora y toma de decisiones por parte de la entidad; de otra parte se evidencia que en lo transcurrido del presente año no ha sido contratada la interventoría externa a los proyectos del PIC, es decir que no se ha dado un proceso de retroalimentación sobre los aspectos auditados en 2009, máxime si se tiene en cuenta el valor considerable del contrato antes citado, el cual alcanzó los \$2.850,0 millones.
5. Una de las actividades contratadas a realizar en la interventoría financiera, tiene que ver con expedir la certificaciones de pago con reserva de glosa de las cuentas presentadas por las ESE; el contrato en mención finalizó en el mes de enero del presente año y no se conoce el destino o liberación de la glosa plasmada en el informe de la firma interventora, aunado a esto se observó que debido a la ausencia de interventoría la SDS viene realizando una glosa preventiva correspondiente al 10%, situación que disminuye afecta y pone en riesgo el flujo de recursos de los hospitales que ejecutan las actividades PIC.

Vale la pena resaltar que la Oficina de Control Interno hizo la recomendación importante, respecto a la necesidad de implementación por parte de la Dirección de Salud Pública de un plan de contingencia en el evento de que la firma interventora terminara su relación contractual. Esta situación no fue atendida por la SDS, toda vez que a fecha de la presente auditoría no se ha surtido el proceso de contratación de una firma externa que realice la interventoría y seguimiento a los contratos suscritos con cargo a estos proyectos de inversión; situación que igualmente pone en riesgo la ejecución óptima de los proyectos de inversión que conforman el PIC (\$193.401.34 millones) y dentro de los cuales se encuentran Salud a su Casa y Salud al Colegio, los que contaron igualmente con recursos financieros importantes (\$54.535.25 millones).

Las situaciones antes descritas, dejan en evidencia la falta de controles en la etapa precontractual, contractual y post contractual, por parte de los responsables del proceso, así como de la Oficina de Control Interno, aspectos que ponen en riesgo administrativo y jurídico, así como una posible pérdida de recursos, toda vez que no se evidencia un valor agregado, dado el objeto contractual y retroalimentación del mismo. Por lo expuesto en los párrafos anteriores la entidad

está incumpliendo lo estipulado en los literales a, b, c, d, e, f y h del artículo 2 de la ley 87 de 1993.

2.1.3.2. Autocontrol y seguimiento.

La Dirección de Salud Pública ha desarrollado medidas de autocontrol como formatos de seguimiento para los proyectos de inversión. Es así como durante el primer semestre de 2010, el Área de Acciones en Salud realizó vistas de acompañamiento como plan de contingencia, dado que no se realizó contratación de firma interventora externa, razón por la cual no se evidencian observaciones, glosas ni objeciones financieras, así mismo no se realiza el seguimiento por proyecto de inversión, sino por ámbitos, lo que dificulta tener un acercamiento a la gestión e impacto para los proyectos en estudio.

Al respecto se tiene evidencia de un único proceso de seguimiento adelantado, por ámbitos, en el mes de junio de 2010 en las diferentes ESE, del cual elevaron actas, bajo un formato establecido en el Sistema de Gestión de Calidad (114-MEC-FT.V.02 de enero de 2010). Es considerado en general como un documento de control documental, más no se puede considerar como un formato de acta específico para realizar seguimiento a los proyectos del PIC, semejando más bien un formato de control de reuniones.

De otro lado, verificados selectivamente estos documentos de los hospitales Fontibón, Chapinero, Rafael Uribe y Del Sur, es coincidente que estas actas se diligencian manualmente, presentan tachones, en algunos casos es ilegible la información allí consignada; se utilizan formatos o instructivos que no hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad de la Secretaría⁷ se abordan temáticas diversas (Seguridad alimentaria y nutricional, Discapacidad, Gestantes, se plasman acciones a ser contempladas en un plan de mejoramiento, más no se tiene el documento como tal en el cual se evidencien hallazgos y los responsables de realizar las acciones correctivas y de mejora. Igualmente, se utilizó el formato de seguimiento PIC 2010-Formato de formulación de glosas, que no hace parte del SGC de la entidad, no se diligencia en su totalidad, no hace referencia a qué contrato pertenece, no se evidencia seguimiento a la ejecución de recursos, no reflejan conclusiones objeto de la visita o seguimiento; lo que hace más difícil la retroalimentación de la información obtenida.

Es de resaltar que la Oficina de Control Interno, planteó la necesidad de contratar la interventoría del PIC, entre otras razones, para que no se desplace personal de la Dirección de Salud Pública a las ESE, y realizar estas labores, ya que se puede

⁷ Lista de chequeo para verificación de procesos PIC, Categoría Direccionamiento estratégico para la salud y la calidad de vida vigencia 2010; Tal es el caso de la carpeta del contrato 015/10 Hospital Fontibón.

afectar el cumplimiento de las actividades propias de la Dirección de Salud Pública, por lo que se observa incumplimiento al literal g) del artículo 4o. de la ley 87 de 1993.

2.1.3.3. Gestión de la Oficina de Control Interno en los proyectos de Salud a su Casa y Salud al Colegio

La Oficina de Control Interno en 2009, programó y realizó auditoría integral a la Dirección de Salud Pública, en la cual se incluyeron los proyectos 623 Salud a su Casa y 624 Salud al Colegio, así como dos seguimientos al plan de mejoramiento objeto de la auditoría integral informes a julio y septiembre de 2010).

Respecto al programa de auditorías para 2010, no se evidenció programación de auditoría a estos proyectos, no obstante fue allegado el informe final de auditoría a la gestión de la Dirección de Salud Pública con corte a junio 30 de 2010 realizado en septiembre, con el objetivo de comprobar la elaboración, cumplimiento y seguimiento al Plan Operativo Anual (POA) programado y suministrado por la Dirección de Salud Pública para la vigencia 2010; específicamente el cumplimiento de metas y actividades, así como evidenciar la utilización de la herramienta PIGI (indicadores) bajo el cual se hace el seguimiento a la gestión de los proyectos adelantados por esta Dirección.

En el informe correspondiente, ésta oficina dejó plasmados aspectos a mejorar y que a la fecha continúan presentando inconsistencias, tal es el caso del manejo al aplicativo PIGI, al cual los auditores de control interno no pudieron acceder y por tanto no se realizó el seguimiento al POA, sin embargo en el informe del proyecto Salud al Colegio, se reporta a junio 30 un cumplimiento de metas del 100%, sin mostrar la ejecución de actividades.

Respecto al Proyecto 623 Salud a su casa, se observa en el mismo documento la meta de: A diciembre 31 de 2010 cubrir 49 territorios nuevos de salud a su casa, no muestra el cumplimiento de ejecución del PIGI, no contiene datos de las metas mensualizadas, sin embargo se reporta su cumplimiento.

En consecuencia se tiene que estos informes no contribuyen a una retroalimentación para la toma de decisiones, dada las fallas en este tipo de herramientas bajo las cuales se mide la gestión de los proyectos de la Dirección de Salud Pública.

De otro lado, en el informe de avance al MECI - 2009, reportado al DAFP, que en aspectos observados en esta auditoría relacionados con deficiencias o debilidades en la administración de riesgos a los que está expuesta la entidad, muestra un avance importante del 95.53% y actividades de control con un 91%, no obstante

los elementos de control e indicadores muestran el menor porcentaje de avance con el 80% y 75% respectivamente. Llama especial atención la calificación a los elementos del componente de Información, el cual muestra un avance del 100%, tema que en el desarrollo de esta auditoría muestra en contrario serias deficiencias, como se ha reflejado en el presente informe.

Acorde a lo anterior, no se desconoce que la Oficina de Control Interno si bien ha realizado recomendaciones importantes a las dependencias involucradas en la ejecución de los proyectos Salud a su Casa y Salud al Colegio; dadas las inconsistencias antes mencionadas, se incumple con lo normado en la Resolución Interna 1024 de 2008 y el artículo 2º de la ley 87 de 1993.

2.1.4. Administración del Riesgo

Es responsabilidad de la entidad, contar con un conjunto de componentes de control que al interrelacionarse entre sí, le permitan cumplimiento de sus objetivos, proyectos y metas, es por esto que la administración del riesgo se constituye en herramienta esencial para fortalecer la gestión de sus actividades; al respecto se evidenció que la Secretaría Distrital de Salud definió un mapa institucional de riesgos por procesos y no por proyectos de inversión, lo que dificulta contemplar eventuales riesgos específicos de cada uno.

Existe en el Sistema de Gestión de Calidad el procedimiento para la gestión de riesgos con el Código: 114 AGS - PR. 007 V.02, con fecha julio de 2010, no obstante se observa como fecha de elaboración y aprobación septiembre 8 y septiembre 24 de 2010 respectivamente, además con el objetivo de *“Establecer la metodología para la identificación análisis, valoración y toma de acciones en la Gestión de riesgos para todos los procesos de la SDS”*, es decir aun la entidad no cuenta con la metodología tal y como lo ha sugerido el Departamento Administrativo de la Función Pública.

2.1.4.1. Se evidencia en este proceso que la responsabilidad fue concebida por elemento de autocontrol de cada uno de los responsables de los procesos, así mismo lo establece el Decreto 1599 de 2005, en todo caso no se ha realizado seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno al mapa de riesgos institucional.

Para los proyectos en estudio, en este sentido definió para el proceso denominado *“Afectar determinantes”* en el cual están inmersos los proyectos ejecutados por la Dirección de Salud Pública y dentro de éstos se encuentran Salud a su Casa y Salud al Colegio; allí se determinaron algunos riesgos, y que aplicarían para los proyectos de inversión objeto de la auditoría, no obstante no se ha hecho, valoración, análisis y seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno,

contraviniendo lo preceptuado en los literales a) y f) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993, así como lo preceptuado en el Decreto 2145 de 1999, y el Artículo Cuarto, de la Resolución interna 1024 de 2008.

2.1.5. Sistemas de Información

Se evidenció que la Secretaría, no cuenta con mecanismos de control adecuados que garanticen una información ordenada y procesada, de tal manera que sea insumo fundamental para la ejecución de los procesos y en consecuencia para sus respectivos productos, situación que pone en riesgo a la entidad al tomar decisiones sobre aspectos que presentan diversidad de información, por ejemplo en situaciones contempladas en los distintos componentes evaluados como: Diferencias en información de recursos financieros asignados a los proyectos, frente a la presentada por la Dirección de Salud Pública; diferencias en la información suministrada respecto a datos de coberturas de los programas, entre otras.

Respecto al proyecto Salud a su Casa, la SDS cuenta con aplicativos como el de El sistema de APS en línea⁸ en el cual se registra el resultado de las encuestas aplicadas a las familias; verificados selectivamente algunos reportes, se evidencia que en ocasiones se presentan demoras en ingresar la información desde el momento en que se aplica la encuesta, a continuación citamos algunos casos:

CUADRO 1
CASOS EN LOS QUE SE PRESENTA DEMORA
EN INGRESAR INFORMACION AL APLICATIVO APS EN LINEA

Hospital	Ficha	ObjetoVisita	Fecha Visita	FechaDigitacion
Hospital Pablo VI Bosa	104332	Mujer sin citología en la familia	25-Jun-09	26-Nov-09
Hospital Pablo VI Bosa	150492	Mujer sin citología en la familia	14-Jul-08	26-Nov-09
Hospital Pablo VI Bosa	150492	Mujer sin citología en la familia	08-Jun-09	26-Nov-09
Hospital Pablo VI Bosa	150492	Mujer sin citología en la familia	22-Jul-09	26-Nov-09
Hospital Pablo VI Bosa	150330	Mujer sin citología en la familia	23-Jun-09	26-Nov-09
Hospital Pablo VI Bosa	104124	Mujer sin citología en la familia	10-Jun-09	25-Nov-09
Hospital de Chapinero	181040	Otros	17-Sep-09	29-Oct-09
Hospital de Chapinero	1862	Otros	18-Sep-09	29-Oct-09
Hospital de Chapinero	15036	Otros	22-Sep-09	29-Oct-09
Hospital de Chapinero	1842	Otros	23-Sep-09	29-Oct-09
Hospital de Chapinero	1810	Otros	10-Sep-09	29-Oct-09
Hospital de Chapinero	1701	Otros	15-Sep-09	29-Oct-09
Hospital Rafael Uribe Uribe	263531	Otros	11-Mar-09	18-May-09
Hospital Rafael Uribe Uribe	479178	Otros	30-Oct-08	03-Jul-09
Hospital Rafael Uribe Uribe	277746	Otros	18-Feb-08	18-May-09
Hospital Rafael Uribe Uribe	277746	Otros	20-Ago-08	18-May-09
Hospital Rafael Uribe Uribe	277746	Otros	20-Ago-08	18-May-09
Hospital Rafael Uribe Uribe	277746	Otros	15-Abr-09	18-May-09

Fuente: Información suministrada por la Dirección de Planeación y Sistemas

⁸ Definido como un sistema de información que apoya en los procesos relacionados con la estrategia de atención primaria en salud, unificando e integrando el trabajo de campo de las diferentes Empresas Sociales del Estado y demás actores que participan en el desarrollo de la estrategia y facilita a la Secretaría Distrital de Salud ejercer su labor de rectoría sobre los prestadores involucrados. (según aparece en la Intranet de la SDS).

Respecto a los casos arriba citados, se observa la inoportunidad en el reporte de información, no solo puede llegar a incidir en la toma de decisiones acerca de las problemáticas detectadas, sino también en la salud de las personas encuestadas.

El Proyecto Salud al Colegio, no cuenta con ningún aplicativo informático ó plataforma para la administración de la información, es manejada en hojas Excel, situación que ha materializado riesgos como: duplicidad de información, diferencias en la información entre los reportado por las ESE y el SISPIC.

Estas debilidades en el reporte de información, permiten advertir el incumplimiento a lo consignado en el literal e), artículo 2º de la ley 87 de 1993.

2.1.6. Indicadores.

La aplicación y el resultado de los Indicadores de salud se convierten en elementos básicos para analizar la situación de la salud de la población beneficiada con los proyectos de inversión; indicadores éstos que se deben contar con la disponibilidad de información soportada en datos válidos y confiables como condición indispensable para obtener un análisis real de la situación y requerimientos que en salud presenten las personas beneficiadas tanto del proyecto SASC como los de SAC, además para que la SDS llegue a tomar decisiones basada en la evidencia y por ende realice una planeación adecuada en beneficio de la salud y calidad de vida de la población capitalina.

Al respecto se tiene que la SDS en 2009, realizó seguimiento a la gestión de los proyectos a través de tableros de mando; así mismo se implementó el aplicativo PIGI el cual para 2010 es la herramienta oficial bajo la cual se hace la medición a la gestión de la entidad.

En esta auditoría, se evidenciaron fallas sustanciales desde definición y construcción de los indicadores, hasta el resultado de los mismos, por tanto se requirió información actualizada, específicamente para los proyectos objeto de estudio, siendo dispendioso para la entidad suministrarla oportunamente, aspectos que generan incertidumbre acerca de la calidad de la información con que cuenta la Oficina de Planeación y dependencias que genera este tipo de reportes.

Los anteriores aspectos permiten observar incumplimiento a lo consagrado en el Literal j) del artículo 4º. de la Ley 87 de 1993, así como lo establecido en la Resolución interna 082 de 2008.

Concepto

Evaluated the Internal Control of the projects Health at home and Health at School, it was observed numerous deficiencies and weaknesses in the different processes that occur in the effectiveness of the same, especially in aspects such as: deficiencies in the quality of the information, not having real, accurate, timely information, not having contracted external interventoría in 2010; reflecting inadequate planning of resources, which has led to delays in the execution of activities and consequently in the hiring of the necessary human talent, generating a high turnover of personnel and a continuous training of the same, not having indicators that allow knowing with certainty the real impact of economic resources assigned and executed (\$54,535.25 million), allowing to conceptualize that the control measures have been insufficient, which affects and puts at risk the effectiveness and horizon of this type of projects and consequently the quality of life and health of the poor and vulnerable population of the city.

2.2. EVALUACIÓN A LA GESTION

The Health Plan of the Capital District points to the transformation of the processes of quality of life and health of the population, through the promotion of conditions and healthy lifestyles, protection against risks through the definition of policies in public health of individual and collective form.

For the development of the activities directed to the community, the District Secretary of Health proposed the Public Health Plan of Collective Interventions PIC, which includes a set of interventions, procedures and activities directed to promote health and quality of life, prevention and control of risks and damage to health to contribute to the fulfillment of the goals of the National Plan of Public Health and the District Development Plan "Bogotá Positive, to live better".

This is structured through six objectives and six structuring axes that contain strategies and goals. In the third axis of Public Health is contained the PIC, in the second objective are defined the intentionality and the goals that are fulfilled through the guidelines given by the District Secretary of Health and groups interventions from the Development of Autonomy and Transversality in accordance with the stages of the life cycle.

The organization and development of collective public health actions include the components of: Local Management for the Promotion of Quality of Life; Interventions in Areas of Daily Life and Surveillance in Public Health.

The daily life areas in which the interventions of the PIC are carried out

son: Laboral, IPS, Escolar (Salud al Colegio SAC); Familiar (Salud a su Casa, SASC) y Comunitario. Los lineamientos de intervención se establecen en la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud de acuerdo con las metas del Plan de Desarrollo Distrital y son ejecutados por los hospitales de la red pública distrital.

Dentro del PIC los Proyectos Salud a su Casa (SASC) y Salud al Colegio (SAC) se desarrollan a través de los ámbitos Familiar y Escolar respectivamente, estructuran su propuesta de trabajo en tres momentos: **la gestión territorial** para la producción de conocimiento, el posicionamiento político de los temas de interés en salud pública y el fortalecimiento de la planeación y la gestión; **las acciones de prevención y de restitución de la salud y la calidad de vida** que se dinamizan a través de los Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA) y las Transversalidades, y **las acciones de promoción** de la salud a cargo de un grupo interdisciplinario de profesionales que tienen la tarea de profundizar y dar mayor relevancia dentro de la vida escolar a las acciones y procesos realizados desde las acciones restitutivas⁹.

Para su operacionalización la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud (SDS-FFDS) suscribió contratos con los hospitales de la red pública del Distrito Capital de I Nivel de atención y algunos de II Nivel de Atención:

CUADRO 2
CONTRATOS PIC VIGENCIA 2009
(Valor en millones)

HOSPITAL	No. CONTRATO	VALOR TOTAL	VALOR SALUD A SU CASA	%	VALOR SALUD AL COLEGIO	%
HOSPITAL DEL SUR	730-2008	7.926,90	265,60		129,00	
			215,06		357,32	
	614-2009	11.787,51	2.384,85	20,23	1.644,14	13,95
HOSPITAL FONTIBON	732-2008	6.364,71	135,16		80,54	
			87,74		150,00	
	620-2009	6.805,63	1.168,66	17,17	889,51	13,07
HOSPITAL USAQUEN	729-2008	4.096	129,19		67,10	
			80,94		163,10	
	624-2009	5.406,75	1.106,09	20,46	820,04	15,17
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	740-2008	6.992	302,40		98,28	
			272,27		193,81	
	625-2009	8.981,06	2.544,33	28,33	964,91	10,74
HOSPITAL CHAPINERO	741-2008	6.031	117,31		72,29	

⁹ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Ficha General de los Ámbitos Familiar y Escolar – Programas Salud a su Casa y Salud Al Colegio - 2009.

HOSPITAL	No. CONTRATO	VALOR TOTAL	VALOR SALUD A SU CASA	%	VALOR SALUD AL COLEGIO	%
			94,59		247,54	
	613-2009	8.227,20	762,75	9,27	1.207,00	14,67
HOSPITAL SAN CRISTOBAL	733-2008	5.480	238,25		104,05	
			100,69		159,30	
	615-2009	7.445,01	2.381,05	31,98	961,32	12,91
HOSPITAL PABLO VI BOSA	738-2008	7.362	373,54		103,90	
			278,26		253,53	
	621-2009	9.601,72	3.522,71	36,69	1.311,90	13,66
	1657-2009	224,67	0,00		224,67	100,00
	1622-2009	131,16	0,00		131,16	100,00
HOSPITAL VISTA HERMOSA	731-2008	6.806,84	305,00		98,80	
			234,76		260,00	
	623-2009	8.749,14	2.715,98	31,04	1.229,23	14,05
HOSPITAL NAZARETH	739-2008	2.196,73	66,34		65,55	
			1,64		133,30	
	611-2009	2.948,41	394,40	13,38	629,64	21,4
	1584-2009	40,00	40,00	100,00	0,00	0
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	734-2008	6.825,27	170,73		76,73	
			52,50		210,20	
	612-2009	9.118,48	1.356,05	14,87	1.060,14	11,62
HOSPITAL SUBA	742-2008	7.281,28	380,39		98,30	
			288,87		227,90	
	619-2009	10.253,12	4.167,27	40,64	1.085,84	10,59
	1440-2009	1.431,80	1.431,80	100,00	0,00	
HOSPITAL ENGATIVA	743-2008	5.808,21	215,19		103,20	
			121,01		277,00	
	618-2009	7.031,65	1.840,00	26,17	1.346,50	19,15
HOSPITAL TUNJUELITO	737-2008	4.162,86	116,84		67,20	
			85,07		132,23	
	617-2009	5.437,59	1.097,63	20,19	805,30	14,81
HOSPITAL USME	736-2008	5.235,61	208,99		99,00	
			225,67		256,60	
	616-2009	7.211,09	2.145,77	29,76	1.267,00	17,57
TOTAL HOSPITALES		193.401,34	34.223,34	17,70	19.864,07	10,27
NIVEL CENTRAL			206,59		240,17	
TOTAL CONTRATACION PROYECTOS			34.429,93		20.104,24	
VALOR EJECUCION PRESUPUESTAL			34.430,83		20.104,42	

Fuente: Dirección de Salud Pública – Área de Presupuesto – Secretaría Distrital de Salud.

Como se puede observar en el cuadro anterior los recursos del PIC asignados al Proyecto Salud a su Casa se encuentran entre 9% y 30% aproximadamente y con relación al Proyecto Salud al Colegio estos valores oscilan el 10% y 21% dependiendo del hospital, es de aclarar que no evidencian criterios específicos para la distribución de los recursos por ESE.

2.2.1 Evaluación al Proyecto Salud a su Casa SASC

Mediante el Acuerdo 308 de 2008 *“Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2008 – 2012 “BOGOTÁ POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR”*, en el Objetivo Estructurante *“Ciudad de Derechos”*, el Programa *“Bogotá Sana”* establece en el artículo 33 la meta para el proyecto de inversión 623: *“Cubrir 425 microterritorios con el proyecto Salud a su Casa”*, dando continuidad al programa Salud a su Hogar de la anterior administración distrital.

En el objetivo 4 del Plan de Salud¹⁰ *“Orientar la formulación e implementación y evaluación de las Políticas en Salud Pública a partir del conocimiento construido”* como meta estructurante se incluye: *“Cubrir 425 microteritorrios con la Estrategia Salud a su Casa”* que se desarrolla a través de los hospitales de I y II nivel de atención, interviene y prioriza familias con SISBEN 1 y 2 y beneficia al 21% de la población, familias en territorios con condiciones de alta vulnerabilidad que se ubican en zonas ilegales o en vía de legalización, zonas de alto riesgo geográfico, riveras de los ríos, cercanía al relleno sanitario, presencia de vectores, hacinamiento, entre otros, de 19 localidades¹¹ del Distrito.

El *Ámbito Familiar: Salud a su Casa*: *“se define como el espacio social de vida cotidiana donde, a partir del reconocimiento de las condiciones de vida, estructura y dinámica funcional de la familia, se construyen respuestas integrales en salud con el fin de garantizar, promover y restituir la autonomía, tanto del colectivo familiar como de los integrantes de la misma”*.¹²

La estrategia es la puerta de entrada a la Atención Primaria en Salud APS¹³, se orienta a la identificación participativa de las necesidades sociales con perspectiva individual y familiar; el fortalecimiento de su capacidad de respuesta a las necesidades y el mejoramiento de su entorno y la promoción en la familia de una cultura de valores positivos que favorezcan relaciones dinámicas, funcionales y armónicas, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud, teniendo en cuenta los ciclos vitales: infancia, juventud, adultez y persona mayor.

¹⁰ Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012 Secretaría Distrital de Salud, página 79.

¹¹ Excepto la localidad de Teusaquillo. Análisis de Situación de Salud de Bogotá – 2009 Serie: Documentos Técnicos. Secretaría Distrital de Salud, página 83.

¹² Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Lineamientos para la promoción de la calidad de vida en el Ámbito Familiar. Bogotá. 2009.

¹³ Análisis de Situación de Salud de Bogotá – 2009 Serie: Documentos Técnicos. Secretaría Distrital de Salud, página 82.

El objetivo general del Proyecto SASC es “Mejorar la calidad de vida de las familias mediante el desarrollo de respuestas integrales que afecten positivamente los determinantes sociales que inciden en ella y promuevan el ejercicio de sus derechos”.¹⁴

Como Objetivos Específicos señala: 1) Identificar y comprender las problemáticas de las familias a partir de una lectura compleja de necesidades con perspectiva de ciclo individual y familiar; 2) Promover la participación de las familias en los procesos propios del ámbito para fortalecer su capacidad de respuesta a las necesidades y el mejoramiento de su entorno, avanzando en la afectación positiva de los factores determinantes y favoreciendo el ejercicio de los derechos; 3) Promover en la familia una cultura de valores positivos que favorezcan relaciones dinámicas, funcionales y armónicas¹⁵.

De acuerdo con la Ficha EBI a junio de 2010, señala como objetivo general “Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital” y como objetivos específicos: 1) Impactar en las condiciones de calidad y salud de la población del Distrito Capital con el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad definidas en el plan de Salud del Distrito Capital y 2) Mejorar la calidad de vida de las familias mediante el desarrollo de respuestas integrales que afecten positivamente los determinantes sociales que inciden en ella y promuevan el ejercicio de sus derechos.

Para el ámbito de vida cotidiana¹⁶, la estructura está constituida por categorías, en donde se ubican las diferentes acciones: Gestión social; Procesos para la promoción y protección de la autonomía de los sujetos individuales y colectivos en el territorio y Procesos para la restitución de la autonomía de los sujetos individuales y colectivos en el territorio.

Las intervenciones de promoción de la salud incluyen: plurimodal, entornos de trabajo saludable, estrategia AIEPI, salud oral, discapacidad, salud sexual y reproductiva, desplazados, intervención psicosocial, visita por tenencia inadecuada de animales, visita por presencia de vectores al interior de las viviendas, visitas de vivienda y entorno saludable, número de participantes en núcleos de gestión de la salud.

¹⁴ Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Lineamientos para la promoción de la calidad de vida en el Ámbito Familiar. Bogotá. 2009

¹⁵ Ibídem.

¹⁶ Presentación realizada por la Dirección de Salud Pública. Programa Salud a su Casa. Noviembre 2010.

En procesos para la restitución de la autonomía se realiza la intervención psicosocial, entendida como el apoyo psicológico a la familia en su domicilio para activar, movilizar y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales en la búsqueda de cambios positivos en la dinámica familiar así como el fomento de la restitución de derechos vulnerados ante la exposición de un evento que afecte la salud mental y calidad de vida de la familia.

Cada equipo básico de salud familiar y comunitaria EBSFC está conformado por médico, enfermera jefe y dos auxiliares de enfermería; tienen a cargo un microterritorio constituido por 1200 familias con las que se realizan los diferentes procesos del programa de acuerdo con los componentes de: Gestión del territorio; intervenciones que promocionan la salud y de prevención del riesgo mediante: 1) Lectura de necesidades; 2) Organización de la respuesta y 3) Participación Social.

Para brindar atención integral a los casos detectados en los microterritorios, el programa SASC en los hospitales cuenta con el equipo ampliado que realiza diferentes intervenciones a nivel psicosocial, discapacidad, desplazados, salud oral y entornos saludables.

CUADRO 3
META PROYECTO SALUD A SU CASA
PLAN DE DESARROLLO BOGOTÁ POSITIVA

Meta Plan	Línea Base	2009		2010	
		Programado	Ejecutado	Programado	Ejecutado a Junio
Cubrir 425 microterritorios con la estrategia Salud a su Casa	325 microterritorios cubiertos con el programa. SDS.	375	351	360	356

Fuente: Dirección Salud Pública. Programa Salud a su Casa. 2010.

2.2.1.1 De acuerdo con la meta establecida en la ficha EBI para la vigencia 2009, se tenían programados cubrir 375 microterritorios con la estrategia SASC, sin embargo, continuó con los 351 ya existentes, es decir, la entidad no cumplió con la implementación de 24 nuevos microterritorios y la caracterización de individuos, familias y entornos. De acuerdo con las proyecciones de la SDS se dejó de intervenir en promedio a 28.800 familias que corresponden a 92.160 individuos, por lo tanto, en el Proyecto SASC no se cumplió la meta programada para el 2009, situación que incide en el impacto del proyecto en la población pobre y vulnerable de la ciudad e incumple el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012, lo cual contraviene lo normado en el literal d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

2.2.1.2 En la ficha técnica¹⁷ del Proyecto de Inversión 623 SASC, en la vigencia 2009 se establecen 15 metas que le brindan aporte a otras metas estructurales,

¹⁷ Secretaría Distrital de Salud. Acciones en Salud. Versión 2/2009.

mediante el desarrollo de diferentes actividades, sin embargo, al contrastarlo con la ficha EBI del Proyecto de la vigencia 2009 se enuncian solo 7 metas y no las 15 a las que se apuntan en los lineamientos. Igual situación se evidenció en los lineamientos del proyecto en la vigencia 2010 donde se formularon 8 metas indirectas y en la ficha EBI 2010 no se incluyen las metas 5 y 15. En el Informe del Balance Social¹⁸ de la vigencia 2009 señala que el Proyecto aporta de manera indirecta a 4 metas. Estas inconsistencias impiden evaluar su cumplimiento y generan incertidumbre en la información que reporta la SDS lo cual impide realizar seguimiento al impacto y la gestión en el Proyecto SASC incumpliendo lo establecido en los literales e) y g) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

2.2.1.3 De acuerdo con la información entregada en presentación al proceso auditor, la SDS reporta que a junio de 2010 con 351 microterritorios del Proyecto SASC, se dio cobertura a 558.875 familias para un total de 1.638.020 individuos, sin embargo, en otra fuente de información reportan cobertura de 498.551 familias con un total de 1.622.571 individuos. No obstante, en la población o unidades de focalización atendidas del Informe del Balance Social¹⁹ de la vigencia 2009, se señala que se realizó seguimiento a 479.467 familias conformadas por 1.555.508. Posteriormente señala que “De 1.047.936 individuos cubiertos por el programa SASC a diciembre de 2009...”. Estas inconsistencias evidenciadas en distintas fuentes de información generan incertidumbre en los datos que reporta la SDS lo cual impide realizar seguimiento al impacto y la gestión en el Proyecto SASC e incumple lo normado en los literales e) y g) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

CUADRO 4
COBERTURA PROYECTO SALUD A SU CASA
Vigencia 2009

Localidad	No. De Territorios	Individuos	Familias
USAQUEN	11	62.934	17.385
CHAPINERO	2	12.453	3.300
SANTA FE	10	43.201	14.547
SAN CRISTOBAL	31	145.639	42.089
USME	24	130.094	36.374
TUNJUELITO	12	63.224	20.253
BOSA	50	207.927	63.517
KENNEDY	24	117.929	35.260
FONTIBON	13	72.693	21.746
ENGATIVA	21	112.301	33.468
SUBA	70	275.132	89.652
BARRIOS UNIDOS	1	3.055	984
MARTIRES	4	19.245	7.925
ANTONIO NARIÑO	2	11.379	4.724

¹⁸ Informe Balance Social. Vigencia 2009. página 105

¹⁹ Informe Balance Social. Vigencia 2009. página 112

Localidad	No. De Territorios	Individuos	Familias
PUENTE ARANDA	3	12.097	4.450
CANDELARIA	2	9.382	3.133
RAFAEL URIBE	34	135.468	48.906
CIUDAD BOLIVAR	35	185.740	50.478
SUMAPAZ	2	2.678	360
TOTAL	351	1.622.571	498.551

Fuente. SDS-SQL-Server-Junio 2010. Presentación a equipo auditor. 2010

2.2.1.4 Según la información reportada en el Informe CB 0404 Indicadores de Gestión, a junio de 2010 se tienen 351 microterritorios en la estrategia Salud a su Casa, mediante el sistema de información APS en línea se reportan 356, sin embargo, a este ente de control mediante oficio con radicado 93387 de 9/07/2010 se reportan 360 microterritorios a junio de 2010. Durante el proceso auditor, se constató que a partir del mes de agosto de 2010 se encuentran en fase de implementación 4 microterritorios. Estas inconsistencias en el reporte de los datos generan incertidumbre en la gestión del Proyecto SASC lo cual impide realizar seguimiento al impacto en la población vulnerable del distrito, en contravía de lo establecido en el literal e) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

La información del Proyecto SASC se realiza mediante la captura de datos en la ficha durante la primera visita que realiza el promotor en la que se diligencian los datos y reporta la información de los beneficiarios. En la ficha no se incluye la clasificación por estrato socioeconómico o sin estrato que señala la Secretaría de Planeación Distrital, solamente se incluye la ficha SISBEN. Esta información de caracterización y seguimiento de la familia la reportan los referentes de los hospitales a través de Internet y alimentan la estrategia APS en línea que contiene la base de datos del Proyecto.

2.2.1.5 Se evidenció que existen deficiencias en la formulación de algunos indicadores del Proyecto SASC, tal como se observa en el Informe CB0404 en el que se establece como fórmula del indicador "Numero de casos de suicidio Consumado / Total de Casos de Suicidio Consumado X 100", así mismo, algunos de los indicadores se modifican cada año impidiendo la trazabilidad en el comportamiento del indicador entre una vigencia y otra. Algunas de las actividades que apuntan al cumplimiento de metas no se incluyen y no se tiene establecido la forma de cuantificar su cumplimiento tal como ocurre con la actividad "*Fortalecer relaciones intrafamiliares en familias desplazadas*" de la cual no se presentan resultados en la matriz de metas del cuatrienio y tiene asignación presupuestal, lo cual incumple lo establecido en el literal d) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

CUADRO 5
CUANTIFICACION DE ACTIVIDADES
PROYECTO SALUD A SU CASA SASC

NOMBRE DEL PROYECTO: SALUD A SU CASA						
FORMATO ID-08: CUANTIFICACION DE ACTIVIDADES DE LA ALTERNATIVA No. 1						
Componente 1: Intervenciones en determinantes sociales que inciden en la calidad de vida y salud de las familias en Bogotá						
ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	Años del Proyecto / Años Calendario				
		0 2.008	1 2.009	2 2.010	3 2.011	4 2.012
1.1 Caracterizar individuos, familia y entornos en micro territorios nuevos	Micro territorio	26		37	37	0
1.2 Hacer seguimiento y mantenimiento a micro territorios antiguos.	Micro territorio	325	351	388	425	425
1.3 Desarrollar intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano en las familias.	Familia	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.4 Promocionar los derechos y la calidad de vida todas las familias en situación de discapacidad.	Grupo de familias	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.5 Generar entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional.	Vivienda	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.6 Desarrollar promoción de la Salud Oral en los micro territorios de Salud a su Casa	Familia	12.5% de la meta	22% de la meta	27% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.7 Desarrollar la estrategia de Entornos Saludables	Plan de entorno	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.8 Desarrollar la estrategia de protección y cuidado al menor de 5 años (AIEPI)	Familia	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.9 Desarrollar la estrategia Extramural de PAI	Grupo operando	0% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.10 Gestionar el mejoramiento de las condiciones para la seguridad alimentaria y nutricional en micro territorios	Proceso en micro territorios	12.5% de la meta	22% de la meta	27% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.11 Acompañamiento y consolidación de red primaria en el cuidado de la mujer gestante	Familia con mujer gestante de alto riesgo	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.12 Ejecutar acciones para la garantía del derecho en necesidades urgentes en SSR (Hipotiroidismo congénito, Sífilis y VIH gestacional, casos de mujeres gestantes a quienes se les da casa por cárcel y casos de mortalidad materna y perinatal)	Familia gestante	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.13 Asesorar a familias en situación de discapacidad	Familia	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.14 Desarrollar intervención Psicosocial en la familia	Familia	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.15 Fortalecer relaciones intrafamiliares en familias desplazadas	Familia	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.16 Asesorar a familias con tenencia inadecuada de animales	Familia	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.17 Asesorar a familias para control de vectores plaga en interiores	Familia	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.19 Desarrollar todos los procesos de gestión en los territorios de Salud a su Casa	Proceso de gestión por hospital	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
1.19 Procesos para el desarrollo conceptual, metodológico y operativo de la estrategia. (Nivel central)	Proceso	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
Este proyecto le brinda aporte a otras actividades del Plan Distrital de Salud, mediante el desarrollo de las acciones que lo constituyen, de la siguiente manera:						
2.1 Dar continuidad a la Estrategia de Rehabilitación basada en comunidad, en los diferentes ámbitos de vida cotidiana y demás componentes del PIC articulados con los PDA y Transversalidades, existentes.	Familia	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
3.1 Desarrollar una estrategia de Educación, información y comunicación dirigida a actores institucionales y comunitarios para promover la demanda inducida a control prenatal de mujeres gestantes desde el primer trimestre del embarazo y	Familia	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta

la calidad en la prestación del servicio.						
4.1 Diseñar e implementar el programa Distrital para la promoción, protección y defensa de la lactancia materna y la alimentación saludable en los niños y niñas menores de cinco años en el marco de la coordinación intersectorial.	Familia	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
5.1 Dar continuidad a la asesoría y seguimiento a familias en las cuales alguno de sus miembros presentó conducta suicida	Familia	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
6.1 Generar espacios de participación y discusión que permitan sensibilizar a padres, educadores, cuidadores, trabajadores de la salud y adolescentes, sobre las problemáticas asociadas al embarazo en este grupo poblacional.	Familia	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
7.1 Diseñar e implementar estrategias intersectoriales que permitan la identificación, realización y consolidación del proyecto de vida en el grupo de adolescentes de la ciudad para incidir positivamente en la disminución de embarazos en esta etapa.	Familia	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta
8.1 Ajustar e Implementar la política de salud y ambiente para el distrito Capital, con participación intra e intersectorial y comunitaria.	Planes de entorno	12.5% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	25% de la meta	12.5% de la meta

Fuente: Dirección de Salud Pública. Proyecto SASC. Descripción de actividades por componente. 2010

2.2.1.6 Se evidenció que la estrategia APS en línea presenta dificultades como el tiempo que transcurre entre la captura de la información de la ficha en la casa y el diligenciamiento de la ficha por parte de los referentes en los hospitales que alimenta el sistema; los controles que se aplican en el diligenciamiento de la información, el tipo de contratación de los digitadores que en ocasiones conlleva a suspender la actualización de la estrategia APS en línea; así mismo, no cuenta con un sistema integrado de información que permita la unificación e integralidad de los diferentes datos que arroja, toda vez que no permite visualizar de manera integral los resultados actualizados y en tiempo real del proyecto SASC. Estas deficiencias incumplen lo establecido en los literales e, f y h del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

Discapacidad

La Política Pública Distrital de Discapacidad²⁰ se aprobó mediante el Decreto 470 de 2007 y se construyó de manera colectiva con el aporte del Sistema Distrital de Discapacidad (Consejo Distrital, Comité Técnico y Consejos Locales, Acuerdo 137 de 2004). Busca el ejercicio permanente de la ciudadanía, se enmarca en una concepción participativa, en un enfoque de derechos, en la articulación con otras políticas poblacionales, sociales y públicas y en una orientación amplia de la discapacidad.

En la política se reconoce a los ciudadanos y ciudadanas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores como prioridad para lograr la universalización de los derechos desde la perspectiva familiar y comunitaria, organiza las demandas sociales de la población en cuatro dimensiones: desarrollo de capacidades y oportunidades, ciudadanía activa, cultural simbólica y entorno, territorio y medio ambiente.

²⁰ SDS. Dirección de Salud Pública. Discapacidad RBC 2010

La SDS con el proyecto Gestión Integral en Salud del PIC, a través del enfoque promocional de calidad de vida y atención primaria en salud, busca satisfacer las necesidades individuales y colectivas de las personas con discapacidad en el Distrito.

De acuerdo con la SDS²¹ durante el año 2009 se consolidó y procesó una base de datos con 176.592 registros de discapacidad y se desarrolló el análisis “Caracterización de la población con discapacidad” para los niveles distrital y local; de igual manera se localizaron y caracterizaron 6.516 personas con discapacidad, se actualizó información de 819 personas registradas en el periodo 2005 – 2007 y se validaron 47.551 registros de discapacidad severa como aporte a la meta de gratuidad en salud.

La meta de discapacidad: *“A 2011 lograr la integración a la Estrategia de Rehabilitación basada en Comunidad (RBC) del 30% de la población con discapacidad identificada en el Registro para la localización y caracterización, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad y promoviendo la inclusión social de las personas, sus familias, cuidadoras y cuidadores. (Línea de base 5% prevalencia DANE 2005) es transversal a todas las acciones que se desarrollan y aporta tanto al plan de salud como al plan de discapacidad del D. C. y se aborda en el Proyecto SASC.*

La Red de Rehabilitación Basada en Comunidad de Bogotá RBC reúne a todos los actores locales (profesionales, agentes de cambio, persona con discapacidad, familias, cuidadores, organizaciones, líderes, instituciones, empresas, colegios, jardines), en acciones colectivas puestas en lo público. Desde la perspectiva de Ciclo vital, las respuestas a familias en situación de discapacidad se ordenan con base en las necesidades identificadas y los satisfactores (desarrollo de habilidades y capacidades).

En la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad RBC, se define el trabajo con la unidad familiar como “Acciones centradas en el sistema persona con discapacidad, familia, cuidador y cuidadora como actor social que vive una situación de discapacidad, con acciones encaminadas a mejorar su calidad de vida, el ejercicio de sus derechos y su inclusión social”, lo cual implica su participación activa en construcciones conjuntas acordes al enfoque de derechos y los principios de autonomía, solidaridad, participación, corresponsabilidad, integralidad y equidad, donde el énfasis esté en las personas, sus vínculos y relaciones dentro de redes primarias y secundarias.

²¹ Análisis de Situación de Salud de Bogotá – 2009 Serie: Documentos Técnicos. Secretaría Distrital de Salud, página 34.

En la estrategia RBC se maneja como concepto central la unidad “persona con discapacidad, familia, cuidadora y cuidador”, (unidad familiar), como sujetos con similares necesidades, prioridades y metas. En este sentido, se hace referencia a la familia como la red primaria de apoyo y sujeto de derechos; el concepto de cuidador como la persona que está a cargo de la satisfacción de las necesidades diarias de la persona con discapacidad que puede ser o no parte de la familia y presenta necesidades de apoyo y orientación. Y la persona con discapacidad quien requiere que sus derechos sean validados por la sociedad.

Como respuesta, el Proyecto SASC con enfoque promocional de vida y atención primaria en salud, durante la vigencia 2009 realizó 8009²² intervenciones de “asesorías a familias en situación de discapacidad” en la categoría de Restitución de autonomía, teniendo en cuenta que las familias de personas con discapacidad se encuentran en situación de vulnerabilidad.

Violencia Intrafamiliar

En el Proyecto SASC, la Intervención Psicosocial²³ en eventos que influyen en la salud mental y calidad de vida de la familia²⁴ es un proceso dirigido a brindar apoyo psicológico a la familia que presenta uno o mas problemas como consecuencia de factores que afectan negativamente el estado de salud mental individual o colectivo y por lo tanto la calidad de vida y salud de la familia.

Está orientada a intervenir sobre procesos psicológicos para fomentar cambios en las interacciones personales como medio para solucionar problemas y promover un incremento en el bienestar individual y familiar con el propósito que la familia reconozca las dificultades que alteran las relaciones intrafamiliares, potenciar sus capacidades para superarlas y modificarlas como un medio efectivo en el desarrollo integral de sus miembros.

De acuerdo con los lineamientos, se interviene con la familia en su domicilio con el fin de favorecer y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales en contexto para el fortalecimiento de la autonomía y la prevención de riesgos asociados con factores que influyen en el estado de salud en un momento específico de vulnerabilidad, recuperar en el menor tiempo posible el control de la situación, activando sus recursos, capacidades, fortalezas y potencialidades, orientando un aprendizaje para aprehender y utilizar soluciones positivas en

²² Análisis de Situación de Salud de Bogotá – 2009 Serie: Documentos Técnicos. Secretaría Distrital de Salud, página 84.

²³ Dirección de Salud Pública. Plan de Intervenciones Colectivas PIC Ficha Técnica PDA Salud Mental. Proyecto Salud a su Casa.

²⁴ Ciertos eventos o factores que no son enfermedades ni lesiones y pueden ser considerados problemas que influyen en el estado de salud mental tanto individual como familiar y que en la CIE-10 se clasifican en los grupos: Z55:Z65, Z80:Z99, T74, O05, otros incluidos como: 1, 2 y 99.

futuros eventos negativos. Se fundamenta en el desarrollo de las potencialidades humanas para emprender acciones que permiten propiciar el sentido de pertenencia, la comunicación efectiva, la solidaridad, los lazos afectivos duraderos, la resolución de conflictos de manera adecuada e inmediata, entre otros.

El alcance de esta intervención corresponde a familias, con énfasis en microterritorios de Salud a Su Casa, que presenten un evento prioritario que influye en el estado de salud; sin embargo, la importancia que tiene esta intervención en la salud mental de la población de la ciudad, no se evidencia en los resultados presentados por la SDS.²⁵

2.2.1.7 La información que arroja esta intervención no se desagrega y se incluye solamente como un dato estadístico de ejecución, ya que durante la vigencia 2009, se reporta intervención psicosocial a 11.071 familias, sin que se evidencie un análisis que le permita direccionar intervenciones, metas y acciones que conlleven a medir el impacto en la población beneficiaria del proyecto, lo cual incumple lo contemplado en los literales b), c), d), e), f), h) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

Análisis Financiero del proyecto

El proyecto Salud a su casa para la vigencia 2009 contó con un presupuesto inicial de \$33.989.9 millones, un presupuesto final de \$34.430.8 millones. Presentó a 31 de diciembre de 2009 compromisos de \$34.430.1 millones (100%), giros de \$31.307.2 millones (90.93%) y constituyó reservas de \$3.122.9 millones.

Para el primer semestre de 2010 mostró un presupuesto final de \$29.425.0 millones, compromisos de \$9.519.3 millones y giros de \$8.258.3 millones. Así mismo, realizó giros por concepto de reservas que ascendieron a \$1.517.2 millones.

2.2.1.8. Se observan diferencias entre la información presupuestal presentada por la Dirección de Salud Pública y la ejecución presupuestal de la vigencia 2009, suministrada por la Dirección Financiera, la cual muestra un presupuesto final para el proyecto Salud a su Casa de \$34.430.8 millones, mientras la Dirección de Salud Pública presenta un presupuesto, un flujo financiero y una territorialización presupuestal, para la misma vigencia, por valor de \$34.626.2 millones con un porcentaje de ejecución del 100%, arrojando una diferencia de \$195.4 millones, lo que muestra falta de conciliación entre las diferentes direcciones, incertidumbre en las cifras presentadas por la Dirección de salud Pública y contraviene lo normado en la Ley 87 de 1993, Artículo 2, literal e), que establece en los objetivos del

²⁵ Análisis de Situación de Salud de Bogotá – 2009 Serie: Documentos Técnicos. Secretaría Distrital de Salud, página 84.

sistema de control interno: *“Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros.”*

2.2.2. Evaluación al Proyecto Salud al Colegio (SAC)

Dentro del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) la Secretaría Distrital de Salud planteó el Proyecto Salud al Colegio para dar cumplimiento a lo establecido en el Plan de Desarrollo 2008 – 2012 “Bogotá Positiva para Vivir Mejor”, objetivo estructurante Ciudad de Derechos, programa Bogotá Sana.

Este Proyecto del Plan de Desarrollo tiene como meta plan “Cubrir 734 sedes educativas con el Programa Salud al Colegio”. En los lineamientos dados por la SDS a los hospitales para su ejecución se describen los enfoques y las metodologías acordes con el Plan Distrital de Salud y el Plan Nacional de Salud para el desarrollo de las actividades del PIC.

El ámbito escolar desarrolla sus acciones en colegios, jardines infantiles e instituciones de educación superior, de acuerdo a la meta 1 establecida en el proyecto para el año 2009 se debían cubrir con el programa 470 sedes de colegios, 160 jardines infantiles y 8 instituciones de educación superior²⁶, meta que mantendría para el año 2010.

A nivel de jardines infantiles se promueve el desarrollo de niños y niñas de 0 a 6 años de edad estimulando la creatividad lo que permite el desarrollo de capacidades de autocuidado desde los primeros años de vida con la participación de padres, madres, cuidadores y docentes.

En las escuelas y colegios se implementan procesos de salud escolar con la participación de la comunidad educativa (alumnos, docentes y padres de familia), realizando una importante articulación entre los sectores de salud y educación.

En las IES (Instituciones de Educación Superior) que se intervienen en el Distrito se realiza la intervención de jóvenes en busca de mejorar su calidad de vida mediante la apropiación de competencias y mayores niveles de autonomía. En este ámbito se desarrollan intercambios de carácter académico, cultural y social, que posibilitan la identificación de necesidades, problemáticas y fortalezas de los procesos que viven los y las jóvenes en cada institución, permitiendo la promoción integral de la salud y la prevención y generación de respuestas efectivas frente a la incidencia de eventos de interés en salud pública, relacionados con esta etapa de ciclo vital²⁷.

²⁶ Ficha EBI. Junio de 2010

²⁷ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Ficha General del Ámbito Escolar - Programa Salud Al Colegio. 2009. Bogotá

El proyecto es desarrollado por equipos que operan en unidades micro territoriales que abarcan en promedio 12 sedes educativas cada una. En el ámbito escolar se debe contar con un coordinador en cada ESE cuya función es conectar los equipos con los espacios locales y distritales, articularse con los responsables de la Secretaría de Educación Distrital (SED) e interactuar con los procesos intersectoriales dinamizados por la gestión social integral (Secretaría Distrital de Integración Social - SDIS) en cada localidad, construyendo planes de acción conjuntos que sirvan como soporte y fortalezcan la operación de los equipos.

En cada unidad micro territorial se hacen actividades de caracterización de condiciones sociales, acercamiento y reconocimiento de los actores de la comunidad educativa, fortalecimiento de grupos gestores, e identificación de las estructuras de respuesta institucional y social, que son los insumos para la elaboración de los planes de acción del equipo los cuales son concertados con la comunidad educativa. Para la operativización del proyecto la ESE debe contar con equipos interdisciplinarios de acuerdo a los lineamientos dados por la SDS con el fin de cumplir con los objetivos propuestos.

Las líneas de acción que incluye el proyecto son:

COLEGIOS:

- Como Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA)

- Salud Mental que está dirigido a prevención de consumo de sustancias psicoactivas (SPA), identificación y manejo de violencias, identificación e intervención de conducta suicida y promoción de la Línea 106.
- Salud Sexual y Reproductiva desarrolla actividades en promoción de derechos sexuales y reproductivos dentro del cual se maneja la prevención de embarazos no deseados y se realiza seguimiento a adolescentes gestantes, postparto y lactantes.
- Salud Oral en la que se realizan actividades relacionadas con buenas prácticas de higiene oral.

- Como Transversalidades:

- Discapacidad en la que se desarrollan estrategias como Colegios Promotores, Colegios Integradores y acompañamiento a casos identificados relacionados con discapacidad.
- Actividad Física
- Seguridad alimentaria y nutricional que realiza actividades sobre alimentación saludable y suplementación con micronutrientes.
- Salud Ambiental se realiza a través de Planes de Acción Escolar en Salud Ambiental (PAESA).

- Desplazados con acciones integrales a población escolar en condición de desplazamiento de acuerdo a las necesidades identificadas.
- Prevención del trabajo infantil que articula su que hacer con el ámbito laboral.

JARDINES

- Estrategia AIEPI
- Salud mental con promoción del buen trato
- Seguridad alimentaria y nutricional con actividades de promoción de la lactancia materna exclusiva por 6 meses promoción de alimentación complementaria, alimentación infantil saludable y suplementación nutricional.
- En la línea de discapacidad se enfatiza en el desarrollo infantil.
- Salud ambiental con entornos y ambientes saludables.
- Salud oral con buenas prácticas de higiene oral.

INSTITUCIONES DE EDUCACION SUPERIOR (IES)

- Salud mental dirigido principalmente al consumo de sustancias psicoactivas (SPA).
- Salud sexual y reproductiva en prevención de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), promoción de derechos sexuales y reproductivos y reconocimiento de la diversidad sexual.

Con referencia a las fichas EBI del Proyecto 624 “Salud al Colegio” en las vigencias 2009 y 2010 se observó que éstas presentaron 8 y 21 modificaciones respectivamente. También se pudo evidenciar que los recursos asignados al proyecto han presentado reducciones por valor de \$4.290,65 millones en la vigencia 2009 y \$9.258,1 millones en el 2010.

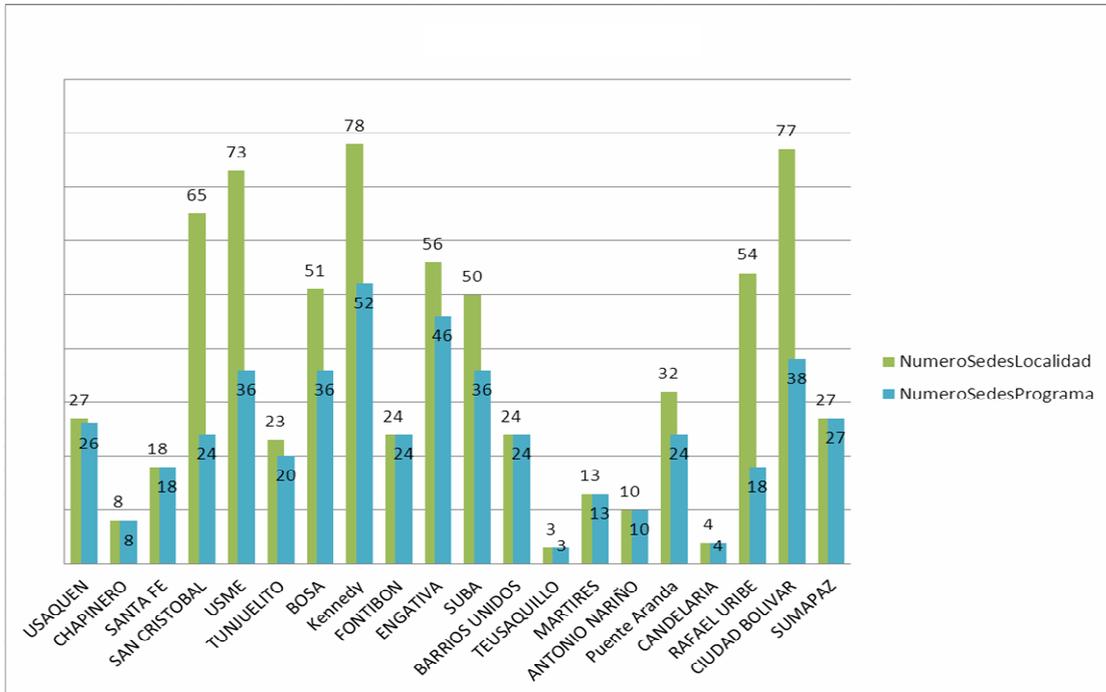
CUADRO 7
COBERTURA PROGRAMA SALUD AL COLEGIO

ESE	Localidad		Escenario	Cobertura		Población beneficiaria	
	No.	Nombre		2009	31 de junio de 2010	2009	30 de junio de 2010
USAQUEN	1	USAQUEN	Sedes IED	26	26	27.660	27.660
			Jardines	12	12	767	1.843
CHAPINERO	2	CHAPINERO	Sedes IED	9	9	9.574	9.574
			Jardines	7	7	686	886
			IES	4	4	24.136	17.516
	12	BARRIOS UNIDOS	Sedes IED	23	23	24.468	24.468
			Jardines	9	9	1.426	1.555
13	TEUSAQUILLO	Sedes IED	3	3	3.191	3.191	

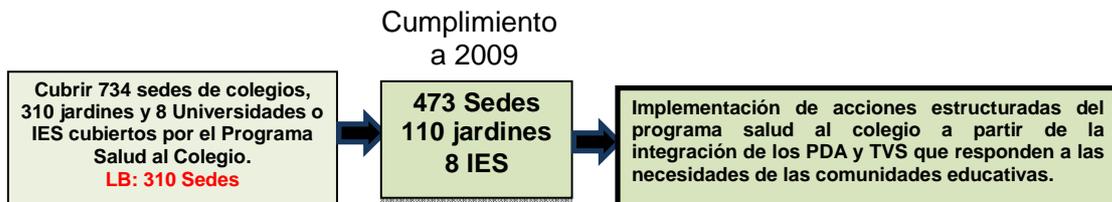
ESE	Localidad		Escenario	Cobertura		Población beneficiaria	
	No.	Nombre		2009	31 de junio de 2010	2009	30 de junio de 2010
			Jardines	7	7	1.048	1.262
CENTRO ORIENTE	3	SANTAFE	Sedes IED	18	18	19.149	19.149
			Jardines	4	4	580	643
			IES	2	3	4.041	33.200
	14	MARTIRES	Sedes IED	13	13	13.830	13.830
			Jardines	3	3	334	664
	17	CANDELARIA	Sedes IED	5	5	5.319	5.319
Jardines			2	2	279	201	
IES			2	1	8.121	7.500	
SAN CRISTOBAL	4	SAN CRISTOBAL	Sedes IED	24	24	25.532	25.532
			Jardines	10	10	2.569	2.531
USME	5	USME	Sedes IED	36	36	38.298	38.298
			Jardines	11	11	1.070	809
TUNJULEITO	6	TUNJULEITO	Sedes IED	20	20	21.277	21.277
			Jardines	10	10	1.250	1.336
PABLO VI	7	BOSA	Sedes IED	36	36	38.298	38.298
			Jardines	11	11	1.800	1.975
SUR	8	KENNEDY	Sedes IED	37	37	39.362	39.362
			Jardines	11	11	1.603	1.874
	16	PUENTE ARANDA	Sedes IED	23	23	24.468	24.468
			Jardines	10	10	3.352	1.681
FONTIBON	9	FONTIBON	Sedes IED	25	25	26.596	26.596
			Jardines	10	10	1.160	923
ENGATIVA	10	ENGATIVA	Sedes IED	46	46	48.936	48.936
			Jardines	12	12	1.978	2.556
SUBA	11	SUBA	Sedes IED	36	36	38.298	38.298
			Jardines	11	11	1.543	1.855
RAFAEL URIBE	15	ANTONIO NARIÑO	Sedes IED	10	10	10.638	10.638
			Jardines	3	3	589	403
	18	RAFAEL URIBE	Sedes IED	15	15	15.957	15.957
			Jardines	6	6	1.397	1.202
VISTA HERMOSA	19	CIUDAD BOLIVAR	Sedes IED	38	38	40.426	40.426
			Jardines	11	11	1.233	1.010
NAZARETH	20	SUMAPAZ	Sedes IED	27	27	28.723	28.723
TOTAL			Sedes IED	470	470	500.000	500.000
			Jardines	160	160	24.664	25.209
			IES	8	8	36.298	58.216

Fuente: FFDS, matrices de ejecución del presupuesto de gastos e inversión, con cierres a diciembre 31 de 2009 y a junio 30 de 2010

GRAFICA 1
COBERTURA SEDES COLEGIOS – PROGRAMA SALUD AL COLEGIO



Fuente: Presentación realizada por la Dirección de Salud Pública – Programa Salud al Colegio a funcionarios de la Contraloría.



Fuente: Presentación realizada por la Dirección de Salud Pública – Programa Salud al Colegio a funcionarios de la Contraloría.

2.2.2.1. Como se puede evidenciar en el cuadro 7 se reportan 470 sedes educativas cubiertas por el programa y en la gráfica 1 se reportan 487 sedes evidenciándose una diferencia de 17 sedes; con relación al cubrimiento de jardines se presenta una diferencia de 50 jardines entre las diferentes informaciones reportadas por la entidad, lo que indica que la información presentada carece de los principios de validez y confiabilidad. Incumpliendo lo establecido en los literales d, e, f y h del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.

CUADRO 8
PORCENTAJE DE COBERTURA DEL PROGRAMA SALUD AL COLEGIO
EN COLEGIOS OFICIALES DE BOGOTÁ D. C.

HOSPITAL	LOCALIDAD	No. COLEGIOS	No. SEDES	No. COLEGIOS NEE*	No. SEDES CUBIERTAS POR SAC	%
ENGATIVA	ENGATIVA	34	66	7	46	63,01
USAQUEN	USAQUEN	12	28	4	26	81,25
CHAPINERO	CHAPINERO	3	7	2	35	81,40
	BARRIOS UNIDOS	10	25	5		
	TEUSAQUILLO	2	3	1		
SUBA	SUBA	28	56	9	36	55,38
PABLO VI	BOSA	33	53	5	36	62,07
FONTIBON	FONTIBON	10	21	3	25	104,17
DEL SUR	KENNEDY	43	78	9	60	48,39
	PUENTE ARANDA	15	32	5		
RAFAEL URIBE URIBE	RAFAEL URIBE	27	54	5	25	36,23
	ANTONIO NARIÑO	5	10	0		
CENTRO ORIENTE	SANTAFE	10	19	1	36	92,31
	MARTIRES	9	13	1		
	CANDELARIA	2	5	0		
SAN CRISTOBAL	SAN CRISTOBAL	35	66	7	24	32,88
TUNJUELITO	TUNJUELITO	12	26	6	20	62,50
USME	USME	50	71	4	36	48,00
VISTA HERMOSA	CIUDAD BOLIVAR	40	79	17	38	39,58
NAZARETH	SUMAPAZ	4	29	0	27	93,10
TOTAL		384	741	91	470	56,49

Fuente: Directorio Colegios Oficiales de Bogotá D. C. 2010 – Secretaría de Educación Distrital y Proyecto SAC, Dirección de Salud Pública – SDS.

*NEE: Necesidades Educativas Especiales (Colegios que atienden población con NEE)

Al realizar el cruce entre el número de colegios y sus sedes reportados por la Secretaría de Educación Distrital con la información de cubrimiento de sedes educativas dada por la Dirección de Salud Pública de la SDS se encontró que el Proyecto Salud al Colegio tiene un cubrimiento del 56,49% de las sedes de los Colegios Oficiales de Bogotá D. C.

Llama la atención que en la localidad de Fontibón se reporta un cubrimiento del 104,17% de las sedes educativas, en la localidad de Sumapaz el cubrimiento es de 93,10%, seguida por las localidades de Santafé, Mártires y Candelaria con 92,31%, Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo con 81,40% y Usaquen con 81,25%, mientras que las localidades de Rafael Uribe Uribe y Antonio Nariño y San Cristóbal cubiertas por los hospitales Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal tienen un porcentaje de cubrimiento de 36,23% y 32,88% respectivamente.

CUADRO 9
POBLACION BENEFICIARIA SAC – 2009 Y RECURSOS SAC 2009

(Valor en millones)

HOSPITAL	LOCALIDAD	No. SEDES CUBIERTAS POR SAC	%	POBLACION BENEFICIARIA SAC - 2009	RECURSOS 2009 SAC
DEL SUR	KENNEDY	60	54,55	63.830	2.130,47
	PUENTE ARANDA				
ENGATIVA	ENGATIVA	46	69,70	48.936	1.726,50
VISTA HERMOSA	CIUDAD BOLIVAR	38	48,10	40.426	1.588,26
PABLO VI	BOSA	36	67,92	38.298	2.025,12
USME	USME	36	50,70	38.298	1.622,43
SUBA	SUBA	36	64,29	38.298	1.411,98
CENTRO ORIENTE	SANTAFE	36	97,30	38.298	1.347,06
	MARTIRES				
	CANDELARIA				
CHAPINERO	CHAPINERO	35	100,00	37.233	1.527,24
	BARRIOS UNIDOS				
	TEUSAQUILLO				
NAZARETH	SUMAPAZ	27	93,10	28.723	828,43
USAQUEN	USAQUEN	26	92,86	27.660	1.050,19
RAFAEL URIBE URIBE	RAFAEL URIBE	25	39,06	26.595	1.257,01
	ANTONIO NARIÑO				
FONTIBON	FONTIBON	25	119,05	25.596	1.120,00
SAN CRISTOBAL	SAN CRISTOBAL	24	36,36	25.532	1.224,63
TUNJUELITO	TUNJUELITO	20	76,92	21.277	1.004,71

Fuente: Información sobre coberturas remitida por la Dirección de Salud Pública - SDS

Con referencia al cuadro anterior se pudo evidenciar que la cantidad de población beneficiaria del proyecto SAC es el mismo en las localidades con igual número de sedes cubiertas, al hacer la relación se encontró que la SDS para establecer la población cubierta por el proyecto en mención determinó un número de personas por colegio (1063 en promedio) y lo multiplicó por el número de sedes y así estableció la cobertura del proyecto, lo que indica que Salud a su Casa no cuenta con un sistema de información que le permita conocer la realidad en materia de cobertura.

Adicionalmente se observó que la designación de recursos no es proporcional ni al número de sedes de instituciones cubiertas ni a la cantidad de población beneficiaria del proyecto, por ejemplo, como se puede evidenciar en el cuadro 9 el Hospital Pablo VI Bosa cuenta con mayor cantidad de recursos para el Proyecto Salud al Colegio que el Hospital de Engativá, a pesar de cubrir menor cantidad de población y estar presente en menor número de sedes escolares.

CUADRO 10
PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO POR LOCALIDAD
(POBLACION BENEFICIARIA SAC)

HOSPITAL	LOCALIDAD	No. SEDES CUBIERTAS POR SAC	POBLACION BENEFICIARIA SAC - 2009	ESTUDIANTES MATRICULADOS POR LOCALIDAD	% CUBRIMIENTO
DEL SUR	KENNEDY	37	39.362	137.709	28,58
	PUENTE ARANDA	23	24.468	31.354	78,04
ENGATIVA	ENGATIVA	46	48.936	109.486	44,70
VISTA HERMOSA	CIUDAD BOLIVAR	38	40.426	122.398	33,03
PABLO VI	BOSA	36	38.298	119.304	32,10
USME	USME	36	38.298	79.816	47,98
SUBA	SUBA	36	38.298	109.486	34,98
CENTRO ORIENTE	SANTAFE	18	19.149	14.378	133,18
	MARTIRES	13	13.830	13.044	106,03
	CANDELARIA	5	5.319	4.232	125,69
CHAPINERO	CHAPINERO	9	9.574	4.760	201,13
	BARRIOS UNIDOS	23	24.468	18.321	133,55
	TEUSAQUILLO	3	3.191	4.554	70,07
NAZARETH	SUMAPAZ	27	28.723	1.208	2.377,73
USAQUEN	USAQUEN	26	27.660	32.346	85,51
RAFAEL URIBE URIBE	RAFAEL URIBE	15	15.957	77.573	20,57
	ANTONIO NARIÑO	10	10.638	12.218	87,07
FONTIBON	FONTIBON	25	26.596	29.896	88,96
SAN CRISTOBAL	SAN CRISTOBAL	24	25.532	72.539	35,20
TUNJUELITO	TUNJUELITO	20	21.277	43.649	48,75
TOTAL		470	500.000	1.038.271	48,16

Fuente: Cobertura Proyecto Salud al Colegio – Dirección salud Pública SDS y Directorio Colegios Oficiales de Bogotá D. C.

2.2.2.2. Con relación a la población beneficiaria del Proyecto Salud al Colegio se pudo evidenciar que la Secretaría Distrital de Salud establece un promedio de población por sede educativa atendida (1.063), evidenciándose que el cubrimiento del Proyecto SAC no es real como se puede observar en el cuadro 10 en donde se encontró que en la localidad de Sumapaz se reporta un cubrimiento del 2.377,73% (estudiantes matriculados 1.208, cubrimiento SAC 28.723), lo mismo sucede en las localidades de Chapinero (201,13%), Barrios Unidos (133,55%), Santafé (133,18%), Candelaria (125,69%) y Mártires (106;03%), en las cuales el cubrimiento supera el número de alumnos matriculados según información de la Secretaría de Educación Distrital, situación que presenta una inconsistencia considerable lo que genera incertidumbre en los datos reportados por la Dirección de Salud Pública referentes a la información e impacto real del proyecto. Incumpliendo lo establecido en los literales d, e, f y h del artículo 2° de la Ley 87 de 1993.

En contraste con estos datos se encontró que en las localidades Rafael Uribe Uribe (20,57%), Kennedy (28,58%), Bosa (32,10%), Ciudad Bolívar (33,03%), Suba (34,98%) y San Cristóbal (35,20%) que son localidades con mayor concentración de colegios y sedes educativas el cubrimiento es mucho menor.

Al realizar un análisis de la información entregada por la dirección de Salud Pública de la SDS se pudo establecer que a pesar de que se realiza un trabajo conjunto con la Secretaría de Educación Distrital (SED), para la planeación de las actividades de las diferentes líneas de intervención no se tienen en cuenta datos como, número de docentes por institución y localidad, ni realiza identificación de riesgos en estudiantes de acuerdo a la estructura familiar, información a la que pueden tener acceso por la SED y que sería de mucha utilidad al momento de realizar la planeación de metas y actividades. Adicionalmente, cada plantel educativo cuenta con una orientadora que tiene acceso a la información de la hoja de vida de los estudiantes, en la que se relaciona la composición del núcleo familiar, entre otros, datos que podrían ser utilizados para identificar factores de riesgo de la población escolar que orienten las líneas de intervención y así optimizar el uso y distribución de los recursos.

ANALISIS DE METAS

Dentro de las metas que se analizaron están las relacionadas con discapacidad, embarazos en adolescentes, salud mental (consumo de Sustancias Psicoactivas SPA) y problemática asociada a la violencia.

La línea de discapacidades desarrolla como una transversalidad, se trabaja con colegios promotores y colegios integradores en la identificación y canalización de niños y niñas con necesidades transitorias o definitivas, adicionalmente se realiza un acompañamiento en la inclusión escolar del niño y niña con algún tipo de discapacidad.

En la intervención “Sensibilización y detección de necesidades educativas especiales transitorias o permanentes en colegios **privados** y públicos del distrito”, se incluyen colegios privados, aunque se pudo establecer que el proyecto solo se lleva a cabo en sedes educativas de colegios oficiales de Bogotá.

CUADRO 11
METAS DE LA LINEA DE INTERVENCION RELACIONADA CON DISCAPACIDAD

META	INTERVENCION	INDICADORES	TOTAL DISTRITAL
A 2011 lograr la integración a la estrategia de	Sensibilización y detección de necesidades	Niños y niñas identificados, atendidos y con cambios en la autonomía (independencia funcional y social)	3.441

META	INTERVENCION	INDICADORES	TOTAL DISTRITAL
rehabilitación basada en comunidad del 30% de las personas con discapacidad, caracterizadas en el registro de discapacidad, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad y promoviendo la inclusión social de las personas, sus familias, cuidadoras y cuidadores	educativas especiales transitorias o permanentes en colegios privados y públicos del distrito.	Porcentaje de colegios con estrategias para la inclusión de niños con discapacidad	100
		Porcentaje de niños identificados por sede.	2%
		Porcentaje de cumplimiento al plan de acción.	100%
	Acompañamiento en la inclusión escolar del niño y la niña con discapacidad para promoción de la autonomía.	Nº de Colegios integradores acompañados con procesos de inclusión implementados	108
		Nº de actores sociales involucrados en la red de amigos	1
		Porcentaje de cumplimiento al plan de acción trazado	100%
		Porcentaje de niños integrados en los colegios: Numero de niños integrados/ Numero total de niños identificados por la estrategia de RBC *100.	100%
	Movilización de la ruta de acción para la identificación canalización y seguimiento de niños y niñas necesidades transitorias o definitivas	Número de sedes sensibilizadas monitoreadas efectivamente/ Sedes identificadas	440
		Número de actores sociales en discapacidad involucrados en los grupos gestores.	11.219
	Acompañamiento para la garantía del derecho a la salud de la población desescolarizada con discapacidad	Nº de escolares identificados por sede / Nº de escolares canalizados a servicios de rehabilitación institucional u otros programas	9.146
		Nº de escolares atendidos efectivamente por las aseguradoras y programas / Nº de escolares canalizados a servicios de salud	2.138
	Salud visual y auditiva	Número de niños valorados con toma de agudeza visual	24.290
		Número de niños identificados con posibles alteraciones visuales	5.884
		Número de niños remitidos al servicio de salud.	5794
Número de niños atendidos por optometría en su EPS		1230	

Fuente: Indicadores Proyecto Salud al Colegio – Dirección de Salud Pública – SDS.

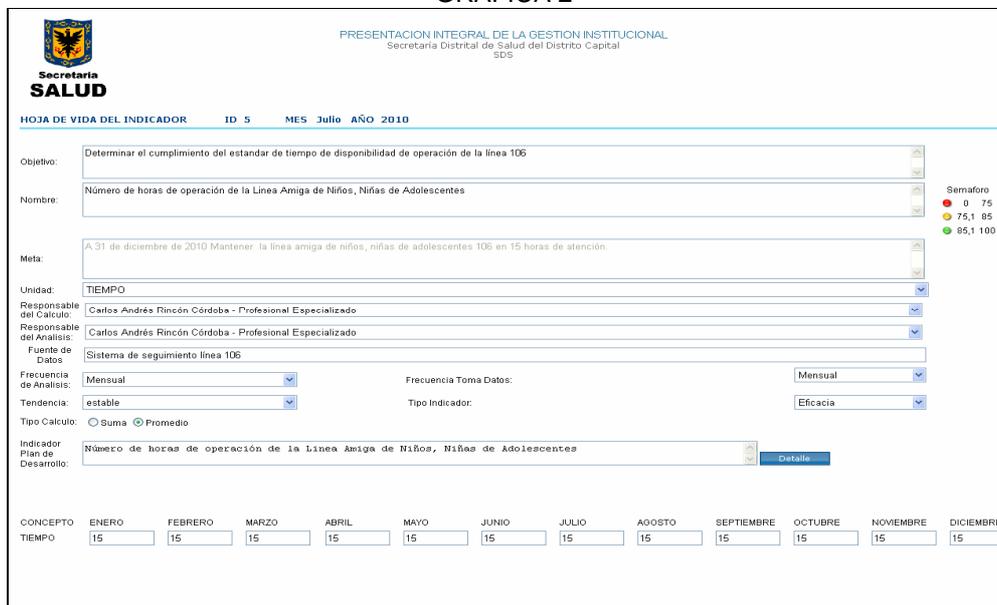
Como se puede evidenciar en el planteamiento de los indicadores, se dificulta conocer el resultado real obtenido por el programa en los aspectos mencionados, en los diferentes informes entregados por la administración no se pudo establecer cual fue la cantidad de actividades programadas y la población que se pretendía cubrir para cada una de las vigencias objeto de auditoría, es decir, se desconoce el porcentaje de cumplimiento.

Las acciones de salud mental se desarrollan como uno de los proyectos de desarrollo de autonomía, dentro del ámbito salud escolar. Dentro de esta línea de

acción se encuentra el fortalecimiento de la línea amiga de niños, niñas y adolescentes 106, tendiente a lograr prevención de las diferentes formas de violencias y formación en derechos.

Con relación a meta del cuatrienio que corresponde a atención 24 horas en la línea 106 (Línea Base 12 horas), se observó que el cumplimiento para el 2009 es 15 horas, pero al revisar la hoja de vida del indicador de esta meta se evidenció que la forma como se plantea podría interpretarse como un cubrimiento de 15 horas mes como se puede evidenciar en la siguiente gráfica.

GRAFICA 2



Fuente: Informe Seguimiento Plan de Desarrollo con corte a junio de 2010 - SIVICOF

CUADRO 12
METAS DE LA LINEA DE INTERVENCION RELACIONADA CON SALUD MENTAL

META	INTERVENCION	INDICADORES	TOTAL DISTRITAL
A 2012 tener implementada en el 100% de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS las estrategias de atención materno infantil AIEPI, IAMI y IAFI	Estrategias de promoción y protección de la salud materna e infantil AIEPI – IAMI – IAFI y línea ERA, en el ámbito del jardín infantil	No de jardineras capacitadas en curso de AIEPI / No de jardineras convocadas para curso de formación en AIEPI comunitario X 100	1.074
		Se incluyen las jardineras capacitadas	
		No de visitas iniciales realizadas con jardineras capacitadas / No de visitas iniciales de seguimiento programadas con jardineras capacitadas X 100	700
No de visitas de seguimiento realizadas con jardineras capacitadas / No de visitas de control programadas con jardineras capacitadas X 100			

META	INTERVENCION	INDICADORES	TOTAL DISTRITAL
Reducir la tasa de suicidio a 3.0 por cada 100.000 habitantes.	Sensibilización y formación en conducta suicida a docentes	No. de actividades realizadas/ No de actividades programadas	440
		No. de casos identificados y canalizados.	594

Fuente: Indicadores Proyecto Salud al Colegio – Dirección de Salud Pública – SDS.

Nuevamente se hace énfasis en la deficiencia que presentan los indicadores del Proyecto SAC, se plantean porcentajes y se reportan números absolutos, la información carece de consistencia y validez.

Con relación a la línea de salud sexual y reproductiva se pudo establecer la información correspondiente a embarazos en adolescentes en los dos grupos de edad se maneja por estadísticas vitales por el indicador de nacidos vivos, no se pudo establecer que seguimiento realizan en el desarrollo de esta línea de intervención en relación con las adolescentes gestantes identificadas y canalizadas a los servicios de salud, se desconoce el número de gestaciones que llegan a término.

CUADRO 13
METAS DE LA LINEA DE INTERVENCION RELACIONADA CON SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

META	INTERVENCION	INDICADORES	TOTAL DISTRITAL
Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual) Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años	Identificación, atención y seguimiento a adolescentes gestantes, posparto y lactantes	Porcentaje de notificación y canalización de gestantes y lactantes adolescentes de las instituciones educativas discriminadas por grupo etáreo de 10 a 14 años, 15 a 18 años y de 19 a 26 años.	En el año 2009, a través de la intervención, se realizó la identificación, atención y seguimiento a un total 2600 adolescentes gestantes y lactantes. De estas, 420 correspondieron a menores de 14 años y las restantes (2180) entre 15 y 19 años. De acuerdo al carácter de la intervención el 100% de estas, fue notificada y canalizada.

Fuente: Indicadores Proyecto Salud al Colegio – Dirección de Salud Pública – SDS.

En el plan de acción del proyecto 624 para la vigencia 2009 se evidenció que hay metas relacionadas con salud sexual y reproductiva que no tienen programación ni asignación de recursos para este periodo.

FORMATO 3															
Dirección de Salud Pública															
Año: 2009															
Proyecto: SALUD AL COLEGIO															
Programa: BOGOTÁ SANA															
Objetivo Estructurante: CIUDAD DE DERECHOS															
Presupuesto: \$24.395 millones de pesos															
Actividad No.	Ponderación %	Descripción	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
3.2	0,00%	3.2. Conformar y mantener grupos capacitados como promotores y multiplicadores de salud mental, que basados en la estrategia de la línea 106, se potencien como red de apoyo para sus pares. (En 2009: Capacitar en temas relacionados con la salud mental a niños, niñas y adolescentes donde se potencialcen como red de apoyo para sus pares.)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
9.2	0,00%	9.2. Construcción e implementación de metodologías y acciones promocionales de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la prevención integral del abuso sexual. (En 2008: Diseñar e implementar estrategias intersectoriales que permitan la identificación, realización y consolidación del proyecto de vida en el grupo de adolescentes de la ciudad para incidir positivamente en la disminución de embarazos en esta etapa (10-14 años).	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
10.2	0,00%	10.2. Construcción e implementación de metodologías y acciones promocionales de los derechos sexuales y reproductivos que fortalezcan la apropiación de criterios para la toma de decisiones conscientes respecto a la sexualidad y la procreación. (En 2008: Diseñar e implementar estrategias intersectoriales que permitan la identificación, realización y consolidación del proyecto de vida en el grupo de adolescentes de la ciudad para incidir positivamente en la disminución de embarazos en esta etapa (15-19 años).	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Fuente: Plan de acción Proyecto Salud al Colegio 2009 – SDS

Formato 4														
Entidad: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD														
Objetivo Estructurante: CIUDAD DE DERECHOS														
Proyecto: SALUD AL COLEGIO														
Año: 2009														
Actividad	Descripción	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
	COMPONENTE I													
	INSTITUCIONES EDUCATIVAS PROMOTORAS DE SALUD													
3.2	3.2. Conformar y mantener grupos capacitados como promotores y multiplicadores de salud mental, que basados en la estrategia de la línea 106, se potencien como red de apoyo para sus pares. (En 2008: Capacitar en temas relacionados con la salud mental a niños, niñas y adolescentes donde se potencialcen como red de apoyo para sus pares.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$0
9.2	9.2. Construcción e implementación de metodologías y acciones promocionales de los derechos sexuales y reproductivos con énfasis en la prevención integral del abuso sexual. (En 2008: Diseñar e implementar estrategias intersectoriales que permitan la identificación, realización y consolidación del proyecto de vida en el grupo de adolescentes de la ciudad para incidir positivamente en la disminución de embarazos en esta etapa (10-14 años).	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$0
10.2	10.2. Construcción e implementación de metodologías y acciones promocionales de los derechos sexuales y reproductivos que fortalezcan la apropiación de criterios para la toma de decisiones conscientes respecto a la sexualidad y la procreación. (En 2008: Diseñar e implementar estrategias intersectoriales que permitan la identificación, realización y consolidación del proyecto de vida en el grupo de adolescentes de la ciudad para incidir positivamente en la disminución de embarazos en esta etapa (15-19 años).	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	\$0

Fuente: Plan de acción Proyecto Salud al Colegio 2009 – SDS

INDICADORES PROYECTO

CUADRO 14
INDICADORES DEL PROYECTO SALUD AL COLEGIO 2009

META	INTERVENCION	INDICADORES	TOTAL DISTRITAL
A 2011 lograr la integración a la estrategia de rehabilitación basada en comunidad del 30% de las personas con discapacidad, caracterizadas en el registro de discapacidad, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad y	Sensibilización y detección de necesidades educativas especiales transitorias o permanentes en colegios privados y públicos del distrito.	Niños y niñas identificados, atendidos y con cambios en la autonomía (independencia funcional y social)	3.441
		Porcentaje de colegios con estrategias para la inclusión de niños con discapacidad	100
		Porcentaje de niños identificados por sede.	2%
		Porcentaje de cumplimiento al plan de acción.	100%

META	INTERVENCION	INDICADORES	TOTAL DISTRITAL
promoviendo la inclusión social de las personas, sus familias, cuidadoras y cuidadores	Acompañamiento en la inclusión escolar del niño y la niña con discapacidad para promoción de la autonomía.	Nº de Colegios integradores acompañados con procesos de inclusión implementados	108
		Nº de actores sociales involucrados en la red de amigos	1
		Porcentaje de cumplimiento al plan de acción trazado	100%
		Porcentaje de niños integrados en los colegios: Numero de niños integrados/ Numero total de niños identificados por la estrategia de RBC *100.	100%
	Movilización de la ruta de acción para la identificación canalización y seguimiento de niños y niñas necesidades transitorias o definitivas	Número de sedes sensibilizadas monitoreadas efectivamente/ Sedes identificadas	440
		Número de actores sociales en discapacidad involucrados en los grupos gestores.	11.219
	Acompañamiento para la garantía del derecho a la salud de la población desescolarizada con discapacidad	Nº de escolares identificados por sede / Nº de escolares canalizados a servicios de rehabilitación institucional u otros programas	9.146
		Nº de escolares atendidos efectivamente por las aseguradoras y programas / Nº de escolares canalizados a servicios de salud	2.138
	Salud visual y auditiva	Número de niños valorados con toma de agudeza visual	24.290
		Número de niños identificados con posibles alteraciones visuales	5.884
Número de niños remitidos al servicio de salud.		5794	
Número de niños atendidos por optometría en su EPS		1230	
A 2012 tener implementada en el 100% de las Empresas Sociales del Estado adscritas a la SDS las estrategias de atención materno infantil AIEPI, IAMI y IAFI	Estrategias de promoción y protección de la salud materna e infantil AIEPI – IAMI – IAFI y línea ERA, en el ámbito del jardín infantil	No de jardineras capacitadas en curso de AIEPI / No de jardineras convocadas para curso de formación en AIEPI comunitario X 100 Se incluyen las jardineras capacitadas	1.074
		No de visitas iniciales realizadas con jardineras capacitadas / No de visitas iniciales de seguimiento programadas con jardineras capacitadas X 100	700
		No de visitas de seguimiento realizadas con jardineras capacitadas / No de visitas de control programadas con jardineras capacitadas X 100	
Reducir la tasa de suicidio a 3.0 por cada 100.000 habitantes.	Sensibilización y formación en conducta suicida a docentes	No. de actividades realizadas/ No de actividades programadas	440
		No. de casos identificados y canalizados.	594

META	INTERVENCION	INDICADORES	TOTAL DISTRITAL
<p>Reducir en 100% los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual)</p> <p>Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años</p>	<p>Identificación, atención y seguimiento a adolescentes gestantes, posparto y lactantes</p>	<p>Porcentaje de notificación y canalización de gestantes y lactantes adolescentes de las instituciones educativas discriminadas por grupo etáreo de 10 a 14 años, 15 a 18 años y de 19 a 26 años.</p>	<p>En el año 2009, a través de la intervención, se realizó la identificación, atención y seguimiento a un total 2600 adolescentes gestantes y lactantes. De estas, 420 correspondieron a menores de 14 años y las restantes (2180) entre 15 y 19 años. De acuerdo al carácter de la intervención el 100% de estas, fue notificada y canalizada.</p>
		<p>Porcentaje de adolescentes gestantes y lactantes incluidas dentro de programas sociales intersectoriales (integración social, Salud, educación, etc.)</p>	
<p>Aumentar en 10% la denuncia de violencia intrafamiliar y violencia sexual.</p>	<p>Movilización de la ruta de acción ante las violencias (abuso sexual, explotación sexual, maltrato infantil, violencia intrafamiliar y conducta suicida)</p>	<p>No. sedes abordadas con ruta de violencias movilizadas / No. total sedes abordadas * 100</p>	440
		<p>No. de actores de la comunidad educativa que participaron de manera directa en esta intervención (número absoluto).</p>	3.500
		<p>Número de casos identificados desde Instituciones educativas – remitidos por eventos prioritarios de salud mental (violencias, uso y abuso de psicoactivos) (número absoluto)</p>	1.270

Fuente: Información sobre indicadores del Proyecto Salud al Colegio – Dirección de Salud Pública - SDS

2.2.2.3. Al realizar el análisis del Proyecto Salud al Colegio de la entidad se pudo establecer que el planteamiento de las metas, la formulación inadecuada y/o deficiente selección de indicadores dificulta un adecuado seguimiento a la gestión del proyecto y no permite la evaluación del mismo, lo que dificulta la toma adecuada de decisiones por parte de la alta Dirección. Incumpliendo lo establecido en los literales d y f del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

SISTEMAS DE INFORMACION PROYECTO SAC

2.2.2.4. Para la vigencia 2009 el proyecto Salud al Colegio no contaba con un sistema que consolidara la información remitida por los hospitales en las diferentes líneas de intervención que este ejecuta. Es el caso de la línea de Salud Sexual y Reproductiva, se evidencian dificultades en la consolidación de la información debido a inconsistencias en los informes trimestrales que remiten los hospitales, las cuales fueron detectadas por el referente del programa en la SDS, adicionalmente se encontró que la información reportada por los hospitales es

consolidada en tablas de Excel en la Dirección de Salud Pública por línea de intervención y por cada uno de los referentes.

La dificultad para obtener la información de los resultados de la ejecución del programa SAC, las deficiencias encontradas en los sistemas de información, la consolidación de los datos remitidos por las ESE, el inadecuado planteamiento de indicadores, la falta de interventoría externa, entre otros, evidencian que la Dirección de Salud Pública no realiza un análisis de la información obtenida para replantear intervenciones, metas y acciones que puedan llevar a obtener un mayor impacto en la salud de la población objeto del proyecto. Lo evidenciado incumple con los literales b, c, d, e, f y h del artículo 2 de la Ley 87 de 1993.

En el segundo semestre de 2009 la SDS realizó una prueba piloto para la implementación del SISPIC (Sistema de Información del Plan de Intervenciones Colectivas) y es obligatorio para el año 2010. El SISPIC cuenta con dos módulos, uno de seguimiento técnico administrativo por cada uno de los hospitales que ejecutan el Plan de Intervenciones Colectivas y otro de seguimiento al talento humano contratado para las diferentes actividades programadas dentro del PIC.

Otro aplicativo de sistemas de información con que cuenta la SDS a nivel interno es el PIGI, que es un sistema para hacer seguimiento a los proyectos, cada dirección realiza análisis de la información reportada para establecer como va el proyecto con relación a las metas programadas, la Dirección de Planeación y Sistemas y la Oficina de Control Interno también realizan controles sobre la información reportada por las diferentes direcciones.

INDICADORES CIUDAD

CUADRO 15
INDICADORES TRAZADORES DE SALUD PÚBLICA

INDICADOR	2008*		2009*	
	No.	TASA o RAZON	No.	TASA o RAZON
Nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años	584	NA	568	NA
Nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años	20.837	NA	20.397	NA
Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	21	Tasa 3,6 por 100.000 <5 años	21	Tasa 3,5 por 100.000 <5 años
Mortalidad materna	45	Razón 37,7 por 100.000 NV	56	Razón 49,1 por 100.000 NV

INDICADOR	2008*		2009*	
	No.	TASA o RAZON	No.	TASA o RAZON
Mortalidad perinatal	1.707	Tasa 14,6 por 1.000 NV	1.609	Tasa 14,1 por 1.000 NV
Mortalidad Infantil	1.492	Tasa 14,6 por 1.000 NV	1.345	Tasa 11,8 por 1.000 NV
Mortalidad en menores de 5 años	1.680	Tasa 28,5 por 10.000 <5 años	1.505	Tasa 25,4 por 10.000 <5 años

Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública - Dirección Salud Pública – SDS

* Datos preliminares de la SDS

Aún siendo datos preliminares se evidencia una leve mejoría en los indicadores correspondientes a mortalidad perinatal, mortalidad infantil y mortalidad en menores de 5 años. La mortalidad por desnutrición en menores de 5 años no presenta variación entre las dos vigencias y se observa una leve disminución en el indicador de nacimientos en adolescentes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, es de aclarar que la meta del Plan de Desarrollo “Bogotá Positiva: para vivir mejor” es disminuir el 100% los embarazos en adolescentes en los dos grupos de edad mencionados, sin embargo el indicador que mide la SDS está planteado en el registro de nacimientos en adolescentes.

Los hallazgos evidenciados y el comportamiento de los indicadores trazadores en salud pública generan incertidumbre sobre el impacto real que está produciendo el desarrollo de los Proyectos Salud a su casa y Salud al Colegio en la salud de población del Distrito Capital.

Análisis Financiero del Proyecto Salud al Colegio

El proyecto Salud al colegio para la vigencia 2009 contó con un presupuesto inicial de \$26.618.0 millones, un presupuesto final de \$20.104.4 millones. Presentó compromisos a 31 de diciembre de 2009 de \$20.103.9 millones (100%) y giros de \$17.749.8 (88.29%), constituyendo reservas a 31 de diciembre de 2009 de \$2.354.1 millones.

Para el primer semestre de la vigencia 2010 presentó un presupuesto final de \$22.086.2 millones, compromisos a 30 de junio de 2010 de \$6.906.9 millones y giros de \$5.984.1 millones. Así mismo, realizó giros por concepto de reservas que ascendieron a \$1.143.4 millones.

3 - ACCIONES CIUDADANAS

De conformidad con el derecho de petición interpuesto y que hace referencia a la vacunación y esterilización de caninos y felinos en el Distrito Capital, en lo que tiene que ver con el seguimiento de los dineros destinados para las esterilizaciones de los mismos y en especial en lo atinente a la diferencia de los valores pagados por los hospitales, con relación al valor cancelado por la Secretaría Distrital de Salud, al respecto este organismo de control estableció:

La Secretaria Distrital de Salud, a través de la Dirección de Salud Pública, el Área de Acciones en Salud pública, el Centro de Zoonosis y el Plan de Intervenciones Colectivas (ámbito comunitario), desarrolla las actividades de esterilización, recolección, vacunación, entre otras.

El proyecto No 627-1, Comunidades Saludables, componente I (Gestión y movilización Comunitaria), desarrolla actividades tales como:

- “Realizar actualización del censo de población canina y felina y el desarrollo de jornadas de vacunación orientadas al logro de coberturas útiles de vacunación en el D.C. (extramural e intramural).”
- “Realizar actualización del censo de población canina y felina para esterilización a hembras (incluye la esterilización a hembras caninas y felinas de la ciudad como alternativa de control de la población)”.

El censo de población de caninos y felinos en el Bogotá D.C. para la vigencia 2009 fue de 599.513 ejemplares, en el año 2010 presentó un incremento del 2%, equivalente a 10.667 caninos y felinos, significando que la vigencia actual presenta un censo de 610.180 animales.

Vacunación -2009

En la vigencia 2009 el proceso de vacunación presentó una sobreejecución del 10% en el cumplimiento de metas del plan de Intervenciones Colectivas en las veinte localidades, sin embargo frente al nivel de población (Universo en el D.C.) canina y felina, registra un cumplimiento de 31%. Es importante indicar que en las localidades de, Teusaquillo y Puente Aranda adscritas a los hospitales de Chapinero y del Sur, no cumplieron las metas establecidas, en razón a que lograron el 13% y 75% de lo programado.

El Centro de Zoonosis durante esta vigencia, aplicó 3557 biológicos antirrábicos a caninos y felinos, cifra equivalente al 2% de la meta fijada para las localidades, coadyuvando al cumplimiento de la política pública.

Es de anotar, que a través del área de acciones en salud, la Secretaria Distrital realiza continuos requerimientos a las E.S.E, con el fin de recordar el cumplimiento de los procedimientos y metas propuestas.

CUADRO 16
VACUNACION CANINOS Y FELINOS 2009

	Localidad	PROGRAMADO	EJECUTADO	% vacunación
1	Usaquén	6481	7502	115,8
2	Chapinero	1130	1658	146,7
3	Santa Fe	7120	6266	88,0
4	San Cristobal	11345	14401	126,9
5	Usme	9300	10068	108,3
6	Tunjuelito	4615	5390	116,8
7	Bosa	16601	13946	84,0
8	Kennedy	17500	17774	101,6
9	Fontibón	6024	6481	107,6
10	Engativa*	10439	21328	204,3
11	Suba	20616	22443	108,9
12	Barrios Unidos	2300	3201	139,2
13	Teusaquillo	6212	843	13,6
14	Los Mártires	4183	3277	78,3
15	Antonio Nariño	3333	3123	93,7
16	Puente Aranda	6860	5197	75,8
17	La Candelaria	1044	1296	124,1
18	Rafael Uribe	10100	13934	138,0
19	Ciudad Bolívar	25937	29488	113,7
20	Sumapaz	556	729	131,1
		171696	188345	109,7

Fuente: Área de Acciones en Salud pública

Vacunación -2010

En la vigencia del 2010 y hasta septiembre, el avance de las metas del Plan de Intervenciones Colectivas propuestas para vacunación canina y felina en las localidades de la ciudad fue del 61%; así mismo se observa que las localidades de Teusaquillo y Puente Aranda muestran porcentajes de cumplimiento inferiores al 30%. Frente al censo poblacional el factor de cumplimiento escasamente alcanza un índice del 17%.

Según estudio de población canina y felina del D.C la vacunación realizada por particulares, está estimada en 245.000 ejemplares.

Esterilizaciones Vigencia- 2009

El proceso adelantado en las 20 localidades del Distrito Capital, pretendió atender 19.141 ejemplares durante la vigencia del año 2009, distribuidos en cada una de éstas. Las localidades de Chapinero, San Cristóbal, Usme, Kennedy, Fontibón, Engativá, Suba, Barrios Unidos, Teusaquillo, Antonio Nariño, Puente Aranda, Candelaria, Rafael Uribe Uribe y Sumapaz, reflejaron sobreejecución en las metas propuestas en el Plan de Intervenciones Colectivas, es decir que el 70% de las localidades presentaron eficacia en el cumplimiento de las mismas, el 25 % de ellas alcanzó un nivel de cumplimiento superior o igual al 75% y la localidad de Santafé fue absolutamente ineficiente e ineficaz al presentar un rango de cumplimiento del 10% de lo propuesto.

No obstante lo anterior, frente al segmento de población canina y felina del D.C equivalente a 599.513 ejemplares, alcanzó un nivel mínimo de cumplimiento del 2.4%, situación que amerita una reformulación de las políticas en el direccionamiento de los recursos teniendo en cuenta los costos y valores pagados por la SDS.

CUADRO 17
ESTERILIZACION CANINOS Y FELINOS 2009

No.	Localidad	Programado	Ejecutado	% Cumplimiento
1	Usaquén	565	454	80
2	Chapinero	340	371	109
3	Santa Fe	6120	587	10
4	San Cristobal	1093	1.205	110
5	Usme	861	1.075	125
6	Tunjuelito	780	699	90
7	Bosa	1100	1.028	93
8	Kennedy	1100	1.347	122
9	Fontibón	500	650	130
10	Engativa*	488	584	120
11	Suba	1350	1.454	108
12	Barrios Unidos	450	509	113
13	Teusaquillo	120	214	178
14	Los Mártires	400	341	85

No.	Localidad	Programado	Ejecutado	% Cumplimiento
15	Antonio Nariño	244	354	145
16	Puente Aranda	785	925	118
17	La Candelaria	80	87	109
18	Rafael Uribe	1222	1.500	123
19	Ciudad Bolívar	1500	1.405	94
20	Sumapaz	50	161	322
		19148	14.950	78

Fuente: Área de Acciones en Salud pública

Esterilizaciones Vigencia - 2010

El censo poblacional en el Distrito, para el 2010 asciende a 610.180 ejemplares, el avance en cumplimiento de las metas respecto del mismo es del 1.7%.

La meta propuesta a nivel del Distrito Capital en el "PIC" en esterilizaciones para esta vigencia, es de 15.839 ejemplares, la cual con respecto a la vigencia 2009 presenta una reducción del 18%.

Con corte a septiembre, las localidades muestran un nivel medio de cumplimiento aproximado del 68%, entre ellas se destacan las localidades de Sumapaz y Tunjuelito que alcanzan niveles superiores al 95% de las metas propuestas. En contrario se observa que la localidad de Suba presenta el menor índice de cumplimiento equivalente al 19%, factor a tenerse en cuenta puesto que está próximo al término de la vigencia fiscal.

Recursos

Los recursos para la vacunación y esterilización de caninos y felinos son asignados por la Secretaría Distrital de Salud dentro del proyecto 627-1 "Comunidades Saludables" el cual incluye dentro de sus metas estas acciones. Acciones que se contratan con las EPSs de la red Distrital por producto, bajo unos estándares y requisitos previamente establecidos; el valor pagado por la SDS a los hospitales durante las vigencias 2009 y 2010 asciende \$1.186.00 a por cada Vacuna y por esterilización \$63.158.00.

El monto pagado a los Hospitales durante la vigencia 2009 por los conceptos de vacunación y esterilización ascendió a la suma de \$223.377.170 y \$1.135.352.741 respectivamente. A septiembre de 2010 se ha pagado:

CUADRO 18
VACUNACION Y ESTERILIZACION A SEP. DE 2010

HOSPITAL	LOCALIDAD	RECURSOS- VACUNACION	RECURSOS- ESTERILIZACION
RAFAEL URIBE U	Antonio Nariño	237.200	18.947.400
	Rafael Uribe Uribe	14.232.000	82.105.400
NAZARETH	Sumapaz	21.462.055	
CHAPINERO	Chapinero	593.000	25.263.200
	Barrios Unidos	2.372.000	31.579.000
	Teusaquillo	4.642.004	7.578.960
MEISSEN	Ciudad Bolívar	370.032	
HOSPITAL DEL SUR	Kennedy	32.420.496	156.947.630
	P Aranda		
SAN CRISTOBAL	San Cristóbal	215.207.780	
VISTA HERMOSA	Ciudad .Bolívar	31.750.406	108.000.180
	TOTAL	323.286.973	430.421.770

Fuente: Área de Acciones en Salud pública

Los Hospitales contratan la ejecución de estos productos, en especial la esterilización con terceros que ofrecen el cumplimiento de los estándares exigidos y la calidad de los mismos a precios más favorables a los pagados por la SDS. Al respecto se tiene que la Secretaria Distrital de Salud realiza seguimiento al cumplimiento de los parámetros establecidos y a la calidad del producto, respetando la discrecionalidad de las ESE en el valor de la contratación. En este sentido se pudo evidenciar que las ESE, de contar con excedentes por este concepto, los reinvierte en estas mismas actividades y/o al cumplimiento de otras actividades, dada la autonomía administrativa, lo que permite concluir que la ejecución de esta política, no hace parte de las prioridades distritales en salud pública.

Conclusión:

Se hace necesario reglamentar el destino de los recursos asignados a las ESE para realizar estos productos, toda vez que como se manifiesta, si bien es cierto el cumplimiento de las metas dentro del Plan de Intervenciones Colectivas es bueno, no ocurre lo mismo respecto del censo poblacional cuyo índice es mínimo y el direccionamiento de los excedentes económicos por este concepto son ejecutados en otras actividades y no en esta misma actividad.

Así mismo la deficiente planeación en la administración y manejo de los recursos permite observar que a las ESE no se les determinan metas para un periodo de



tiempo determinado, permitiendo que estos recursos le sirvan a la ESE como apalancamiento financiero.

4. ANEXOS

4.1 ANEXO 1: CUADRO DE HALLAZGOS DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO DE HALLAZGO	CANTIDAD	VALOR (Millones \$)	REFERENCIACION			
			2.1.1	2.1.2	2.1.3.1	2.1.3.2
ADMINISTRATIVOS	19		2.1.3.3	2.1.4.1	2.1.5	2.2.1.1
			2.2.1.2	2.2.1.3	2.2.1.4	2.2.1.5
			2.2.1.6	2.2.1.7	2.2.1.8	2.2.2.1
			2.2.2.2	2.2.2.3	2.2.2.4	
CON INCIDENCIA FISCAL	0					
CON INCIDENCIA DISCIPLINARIA	0					
CON INCIDENCIA PENAL	0					