	<b>PROCESO</b>	AUDITORÍA A LOS SUJETOS VIGILADOS	<b>CÓDIGO</b>	AIFL02
	<b>FORMATO</b>	INFORME FINAL DE AUDITORÍA	<b>VERSIÓN</b>	3

## INFORME FINAL DE AUDITORÍA

### 1 INFORMACION GENERAL

#### 1.1 Información general del sujeto auditado

Nombre o razón Social:	Bogotá D.C.
Dirección y Ubicación de la entidad auditada:	Carrera 8° No. 10-65 Bogotá D.C.
Número de Identificación Tributaria:	899.999.061-9
Email notificación judicial:	lgmorales@saludcapital.gov.co
Objeto Social:	<p>Bogotá, oficialmente Bogotá, Distrito Capital, es la capital de la República de Colombia y del departamento de Cundinamarca. Está administrada como Distrito Capital, y goza de autonomía para la gestión de sus intereses dentro de los límites de la Constitución y la ley. A diferencia de los demás distritos de Colombia, Bogotá es una entidad territorial de primer orden, con las atribuciones administrativas que la ley le confiere a los departamentos. Con La elevación de la Capital al nivel de distrito se dio su separación política, fiscal y administrativa absoluta del departamento de Cundinamarca. Por ello desde la creación del Distrito Especial de Bogotá en 1954 (es decir cuando se anexan los 7 municipios vecinos), el ahora Distrito Capital pasó a ser un ente por fuera de la jurisdicción territorial del departamento de Cundinamarca, pero manteniéndose como la sede y por ende capital del órgano territorial.</p>
Tipo de entidad auditada:	Distrito Capital
Dirección de correspondencia del Representante Legal de la Entidad Auditada:	Carrera 8° No. 10-65 Bogotá D.C.

Representante Legal: Enrique Peñalosa Londoño  
Identificación Representante Legal: CC. 19.333.606 de Bogotá

## 1.2 Información de la auditoría y del equipo auditor

Fecha de la auditoría: 25, 26, 27, 28, 29 de abril y 02 de mayo de 2016

Lugar de la auditoría: Bogotá, Carrera 32 No. 12-81

Duración de la auditoría: Cinco (5) días

Número del auto de auditoría: Auto No. 000196 del 22 de abril de 2016  
Auto No. 000242 del 29 de abril de 2016

Ordenador de la auditoría:  
Cargo: Eva Katherine Carrascal Cantillo  
Superintendente Delegada para la  
Supervisión Institucional.

Identificación: C.C. 52.048.919 de Bogotá

Coordinador de la auditoría: Adriana Marcela Cortés Galvis

Identificación: C.C. 51.811.557 de Bogotá

Profesión: Odontóloga

Cargo: Profesional Especializado

Equipo auditor:

Nombre completo: Yulieth López Retamoso  
Identificación: CC. 49.778.010 de Valledupar  
Profesión: Enfermera  
Cargo: Profesional Especializada

Nombre completo: Sonia Yasbleydy Herrera Vásquez  
Identificación: CC. 52.164.999 de Bogotá  
Profesión: Contador Público  
Cargo: Profesional Universitario

Nombre completo: Hernando Enrique Quevedo Martínez  
Identificación: CC. 79.266.353 de Bogotá  
Profesión: Médico  
Cargo: Profesional Especializado

### **1.3 Objeto de la auditoría**

Realizar auditoría Integral a Bogotá D.C., correspondiente al periodo comprendido entre el 1° de enero al 31 de diciembre de 2015 y primer bimestre de 2016, con el fin de analizar, evaluar y verificar el cumplimiento de las obligaciones por parte de la Entidad Territorial, frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud en los siguientes componentes:

- Financiamiento
- Aseguramiento
- Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS
- Prestación de Servicios de Salud
- Salud Pública en todos sus componentes y en especial en el de mortalidad materna, mortalidad infantil y programa ampliado de inmunizaciones - PAI

### **1.4 Metodología aplicada en la Auditoría**

Con el fin de realizar la auditoría integral y retrospectiva al cumplimiento de las competencias, funciones y responsabilidades que le fueron conferidas a las Entidades Territoriales del orden departamental y distrital certificadas en salud, a través de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud definió como período de verificación la información correspondiente a las vigencias 2015 y primer bimestre de 2016.

Durante la fase de planeación de la auditoría, se recolectó la información disponible como: antecedentes, nombre del representante legal, dirección, actuaciones anteriores, planes de mejoramiento, sanciones y otra información disponible en la Superintendencia sobre el sujeto a visitar.

Una vez revisados los documentos y antecedentes, se prepararon los papeles de trabajo como el auto de visita, la lista de documentos a solicitar al vigilado, las listas de chequeo con los aspectos a verificar, la plantilla de Acta de Visita y se procedió a informar previamente al vigilado sobre la realización de la visita.

En la fase de ejecución de la auditoría integral, el día veinticinco (25) de abril de 2016 la comisión auditora se desplazó a la Alcaldía Mayor de Bogotá siendo recibida por el Director Jurídico Distrital doctor William Antonio Burgos Durango, en compañía del Jefe de la Oficina de Control Interno doctor Jorge Hernando Rodríguez Morales, realizando entrega formal del auto de visita. Posteriormente, el Director Jurídico Distrital coordinó al interior de la administración distrital con las áreas a ser auditadas, para que los funcionarios con competencia se pusieran a disposición de la comisión auditora de la Supersalud.

Al tema de aseguramiento, el doctor Hernando Quevedo Martínez profesional especializado se desplazó para realizar auditoría hacia la Secretaría Distrital de Planeación (SDP) ubicada en la Carrera 30 No. 25-90 Pisos 1-5-8-13 Torre del Centro Administrativo Distrital (CAD); Secretaria de Integración Social Distrital ubicada en la Cra. 7° con Calle 32 Centro Comercial San Martín y componente aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

El resto de funcionarios de grupo auditor se desplazó a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en donde se efectuó reunión en el despacho del Sr. Secretario Distrital de Salud de Bogotá, presentación del equipo de visita de la Superintendencia Nacional de Salud y equipo de colaboradores del Señor Secretario Distrital de Salud, lectura del Auto de Visita y entrega del listado de documentos a verificar por componente.

Paso seguido, se procedió a la revisión de soportes y evidencias de las actuaciones y gestiones realizadas por la entidad territorial en cumplimiento de sus funciones y competencias como ente de inspección, vigilancia y control; así como asegurador de la población pobre no asegurada – PPNA, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los componentes de Financiamiento, Aseguramiento, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud – SOGC, Prestación de Servicios de Salud y Salud Pública.

Una vez surtido el proceso de la visita se realizó reunión de cierre y levantamiento del acta respectiva, con los representantes de la Entidad Territorial.

Posterior al cierre de la visita de campo, se realizó el análisis de los datos contenidos en las evidencias aportadas por la entidad y la información consignada en los papeles de trabajo del grupo auditor.

Finalmente, se procede a la generación del informe preliminar de visita que se describe a continuación.

## **2 ANTECEDENTES**

**2.1** El Ministerio de Salud y de la Protección Social, mediante correo electrónico, envió a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, reporte del cumplimiento de las coberturas de vacunación por biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) correspondiente al año 2015 y primer trimestre del año 2016, alcanzadas por departamentos, municipios y distritos del país. De acuerdo con estos informes, la Secretaría Distrital de Bogotá D.C. logró el cumplimiento de coberturas útiles de vacunación para la mayoría de los biológicos trazadores para el periodo auditado del 2015, se exceptuaron VOP < de 1 año + VIP < 1 año 3as - DPT menor de un año - SRP (T.V.) 5 años. Los datos del 2016 son parciales ya que corresponden solo al primer trimestre de la vigencia.

**2.2.** El Instituto Nacional de Salud publicó la información correspondiente a la semana SE 52 del año 2015 con cumplimiento del 100% de las unidades notificadoras departamentales y distritales (UND), este mismo comportamiento se mantuvo para la semana SE 13 de 2016, esto se traduce en que la Secretaria Distrital de Salud notifica todos aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en los modelos y protocolos de vigilancia, dentro de los términos de estructura de datos y periodicidad.

**2.2.1** *Comportamiento de los eventos de interés en salud pública*, el reporte manifiesta que el Distrito Capital presenta una incidencia de IRAG en el Distrito de Bogotá de 32 casos por cada 1.000 habitantes.

**2.2.2** Frente a mortalidad materna se evidenció que el distrito de Bogotá presentó treinta y seis (36) casos a la semana 52 de 2015, cinco más que los presentados para la semana 52 de 2014 que fue de treinta y un (31) casos.

**2.2.3** Frente a mortalidad perinatal en el distrito Capital se evidenció que a la semana epidemiológica 52 de 2015, se presentan 45 casos por cada 100.000 habitantes y para la semana 13 de 2016 se reportaron 4 casos.

**2.2.4.** En lo referente a la mortalidad infantil por ERA se reportaron 96 casos para la semana 52 de 2015, mientras que para la misma semana del 2014 se notificaron 119 casos.

## **2.3 Marco Legal**

**2.3.1** El artículo 68 de la Ley 715 de 2001, establece que la Superintendencia Nacional de Salud tendrá como competencia realizar Inspección, Vigilancia y Control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud y de los recursos del mismo.

**2.3.2** El Artículo 39 de la Ley 1122 de 2007 establece como objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros: "...c) Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo, d) Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud. f) Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud y h) Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema..."

**2.3.3** El artículo 121 de la Ley 1438 de 2011, establece como sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud, las Entidades Territoriales en ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como, el aseguramiento, la prestación de servicios de salud, la inspección y control y demás relacionados con el sector salud.

**2.3.4** El Numeral 4 del Artículo 5 del Decreto 2462 de 2013 del Ministerio de Salud y de la Protección Social, establece que hace parte de la estructura de la Superintendencia Nacional de salud la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional y a su vez el Numeral 4.4 del artículo en comento, establece que hace parte de la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, la Dirección de Inspección y Vigilancia para las Entidades del Orden Territorial.

**2.3.5** El numeral 36 del artículo 21 del Decreto 2462 de 2013 establece como función del Despacho del Superintendente Delegado para la Supervisión Institucional:

*“...Coordinar la realización de visitas, recibir declaraciones, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, legalmente admitidos, para el cumplimiento de sus funciones de inspección y vigilancia y comunicar a los sujetos vigilados los resultados de las mismas...”*

**2.3.6** El numeral 25 del artículo 25 del Decreto 2462 de 2013, establece como función de la Dirección de Inspección y Vigilancia para las Entidades del Orden Territorial: *“...Adelantar las visitas, recibir declaraciones, requerir información y utilizar los demás medios de prueba, legalmente admitidos, en relación con los vigilados de su competencia, para el cumplimiento de sus funciones de inspección y vigilancia y expedir los informes respectivos...”*

**2.3.7** La Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, en el ejercicio de sus funciones de Inspección y Vigilancia es competente para verificar el cumplimiento de las funciones, competencias, y responsabilidades de las Entidades territoriales de Salud Departamentales en el marco de las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, respecto a los temas de aseguramiento, sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud – SOGCS, prestación de servicios de salud, salud pública y financiamiento.

## **2.4 Generalidades de la entidad auditada**

### **2.4.1 Estructura Administrativa**

La Estructura Administrativa de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, así como las funciones por dependencias, está determinada mediante el Decreto 507 de 2013.

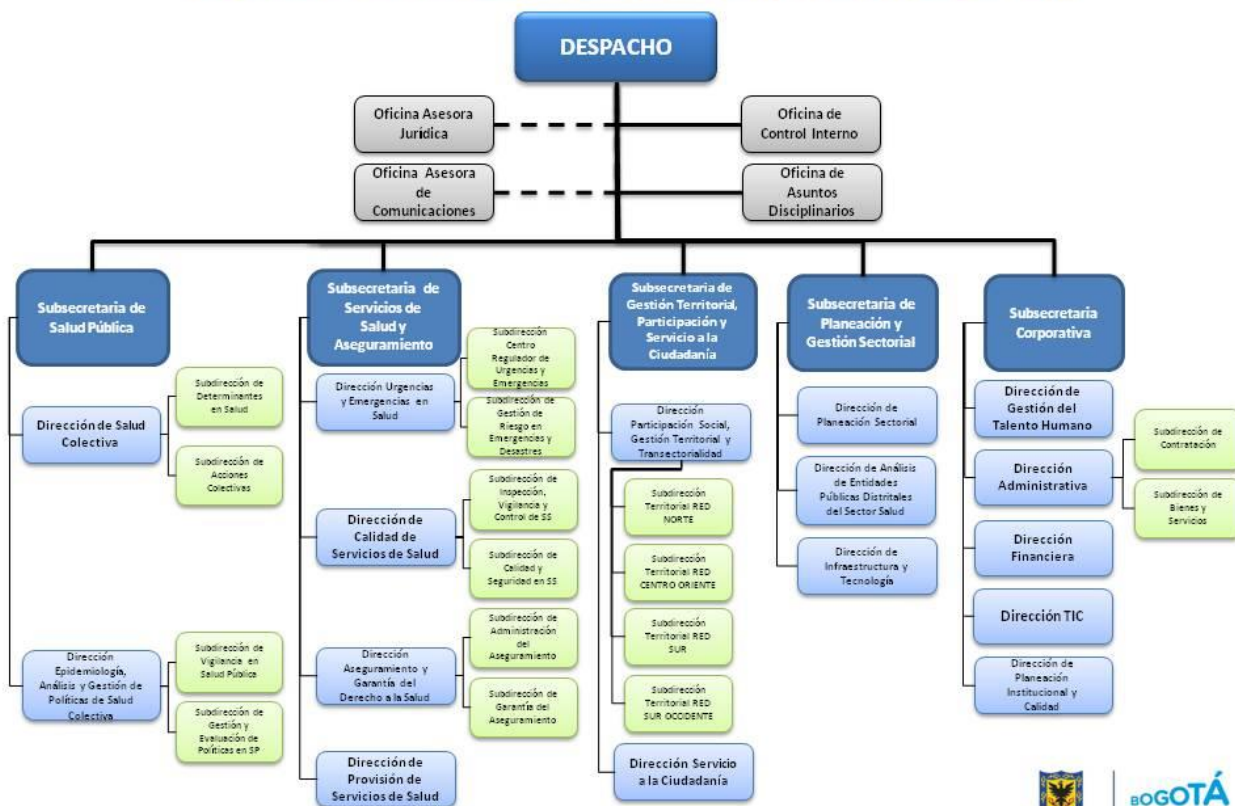
Dentro de su organigrama se encuentran 4 oficinas que dependen directamente del Despacho del Secretario de Salud: Oficina Asesora Jurídica, Oficina Asesora de Comunicaciones, Oficina de Control Interno y la Oficina de Asuntos Disciplinarios.

Luego, en orden jerárquico se observan cinco (5) Subsecretarías:

1. De Salud Pública
2. De Servicios de Salud y Aseguramiento
3. De Gestión territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía
4. De Planeación y Gestión Sectorial
5. Corporativa

Dentro de la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, se encuentran cuatro (4) Direcciones, siendo una de ellas la Dirección de Calidad y Servicios de Salud de la cual dependen dos Subdirecciones así: Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud y Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud.

# Estructura Secretaría Distrital de Salud



**Decreto 507 de 2013**



Fuente: Página web de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Las áreas auditadas corresponden así:

- Habilitación, Sistema de información para la calidad, PAMEC y Mantenimiento Hospitalario están bajo la Dirección de Calidad de Servicios de Salud, repartidos en sus dos subdirecciones.
- CRUE depende de la Dirección de Urgencias y Emergencia de Salud, Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.
- Prestación de Servicios de Salud se encuentra en la Dirección de Provisión de Servicios de Salud
- Aseguramiento está bajo la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.
- Financiera está bajo la Dirección Financiera que depende de la Subsecretaría Corporativa.

Los temas correspondientes al 1°, 2° y 3° punto dependen de la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento.

### **3 INFORME TEMÁTICO DE LA AUDITORÍA**

#### **3.1 Módulos y estándares a inspeccionar:**

##### **3.1.1 COMPONENTE FINANCIERO**

El diagnóstico financiero del Fondo de Salud del Distrito de Bogotá, se sustenta técnica y metodológicamente en el suministro de la información Presupuestal y Financiera solicitada por el Auditor del componente financiero y el diligenciamiento de los formatos AIFT26 al AIFT39 que hacen parte de las hojas de trabajo, con el acompañamiento de los funcionarios responsables de cada eje temático en la Secretaría de Salud del Distrito de Bogotá.

En el contexto anterior, se revisó con corte a 31 de diciembre de 2015 y primer trimestre de 2016, lo siguiente:

- Ordenación y Delegación del Gasto de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos.
- Fuentes y Usos - Recaudos y Compromisos.
- Información reportada en el Formulario Único Territorial – FUT
- Información Decreto 1080 de 2012 – Liquidación Contratos Régimen Subsidiado.
- Cofinanciación Distrito – Esfuerzo Propio.
- Constitución, Saldos y Movimientos de Cuentas Maestras.
- Cuentas por Pagar a Empresas Promotoras de Salud Régimen Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Salud
- Aplicación y seguimiento Resolución 1479 de 2015 por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías NO POS.
- Aplicación e implementación de la Circular Conjunta 030 de 2013 (Ministerio de la Protección Social y Superintendencia Nacional de Salud)
- Recepción y cargue de reportes de Circular Única.

##### **3.1.1.1 Ordenación Del Gasto**

La Resolución 3042 de Agosto 31 de 2007, determina la organización, funcionamiento, estructura, administración y manejo de los fondos de salud de los departamentos, distritos y municipios. Mediante los soportes que hacen parte integral de la carpeta que contiene los documentos de trabajo en desarrollo de la auditoría integral; se evidencia la creación del Fondo Financiero Distrital de Salud de Bogotá en el artículo 8 del Acuerdo No 20 de 1990, como un establecimiento público del orden distrital con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente como se indica en el parágrafo del artículo 2 de la Resolución Ibídem.

Así mismo, en cumplimiento del artículo 3 de la Resolución en mención, se determina la administración y ordenación del gasto, al Alcalde Mayor de la Ciudad o su delegado; el Secretario Distrital de Salud.



Mediante el Decreto 706 de octubre 18 de 1991, el Alcalde Mayor de Bogotá delega la ordenación del gasto del Fondo Financiero Distrital de Salud, en el Secretario Distrital de Salud, quien a la vez ejerce la Dirección Ejecutiva y Representación Legal del mismo.

Sin embargo, no se observa en el Acuerdo la Estructura del Fondo Financiero Distrital de Salud, por lo cual, se establece que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá presenta incumplimiento a la Resolución 3042 de 2007 con respecto a la organización y estructura, así como al plan de mejoramiento establecido en julio de 2014.

### **HALLAZGO No. 1**

Presunto incumplimiento a la Resolución 3042 de 2007 con respecto a la organización, y estructura, así como al plan de mejoramiento establecido en julio de 2014.

### **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*“Respetuosamente la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá no comparte o manifestado por la Superintendencia Nacional de Salud en relación al presunto incumplimiento a la Resolución 3042 de 2007, teniendo en cuenta, que si bien es cierto, el Acuerdo 020 de 1990 no contempla expresamente cómo estructura el Fondo Financiero Distrital de Salud, dicho fondo de conformidad con la estructura de los Fondos de Salud establecida en el artículo 4 de la Resolución 3042 de 2016 y de acuerdo con las competencias para las Entidades Territoriales de que tratan las Leyes 715 de 2001 y 1122 de 2007, está conformado por las siguientes subcuentas:*

- 1. Subcuenta de Régimen Subsidiado de Salud.*
- 2. Subcuenta de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda.*
- 3. Subcuenta de salud pública colectiva.*
- 4. Subcuenta otros gastos en salud.*

*De otro lado, tampoco se comparte la apreciación frente al presunto incumplimiento al Plan de Mejoramiento establecido en julio de 2014, toda vez que en cumplimiento de la acción de mejora formulada, se procedió a analizar desde lo jurídico la posibilidad de modificar el Acuerdo 20 de 1190 según los contenidos de las disposiciones normativas presuntamente vulneradas, concluyéndose de dicho análisis que no se observa oposición entre la norma anterior con las actuales. Se allega en medio magnético copia del memorando 2016IE18720, a través del cual se procedió a realizar el referido análisis jurídico.*

*Así las cosas, teniendo en cuenta que no existe incumplimiento alguno frente a la estructura establecida en el artículo 4 de la Resolución 3042 de 2016, así como tampoco frente al Plan de Mejoramiento establecido en julio de 2014, se solicita el levantamiento del presente hallazgo teniendo en cuenta los argumentos esbozados”. Cursiva fuera de texto.*

### **ANALISIS EQUIPO AUDITOR**

De acuerdo a los argumentos expuestos para sustentar la no conformidad con el hallazgo, en cumplimiento de la Resolución 3042 de 2007 y seguimiento al plan de mejoramiento establecido en julio de 2014, y prueba documental memorando 2016IE18720 se aceptan los descargos expuestos por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

## CONCLUSIÓN

Por lo anterior, se levanta el hallazgo, dado que se evidencia el cumplimiento del hallazgo en seguimiento al plan de mejoramiento de julio 2014.

### 3.1.1.2 Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, mediante los documentos que a continuación se relacionan y hacen parte de los soportes de información de la presente auditoría; expide y liquida el Presupuesto Anual de Rentas e Ingresos y Gastos e Inversiones de Bogotá de las vigencias fiscales de 2015 y 2016 respectivamente.

Tabla 1. Documentos del Presupuesto Anual de Rentas e Ingresos y Gastos.

VIGENCIA	2015	2016
Expide el Presupuesto Anual de Rentas e Ingresos y Gastos e Inversiones de Bogotá	Acuerdo 575 de 6 17 de diciembre de 2014	Decreto 517 del 11 de diciembre de 2015
Liquida Presupuesto Anual de Rentas e Ingresos y Gastos e Inversiones de Bogotá	Decreto 603 del 23 de diciembre de 2014	Decreto 533 del 15 de diciembre de 2015

Fuente. Documentos soportes Secretaria de Salud Distrital de Bogotá

#### 3.1.1.2.1 Ejecución de Ingresos 2015 y Primer Trimestre de 2016

Para la vigencia 2015, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, mediante Decreto 603 del 23 de diciembre de 2014, liquidó el Presupuesto de Rentas, Gastos y Recursos de Capital del Distrito de Bogotá, para la vigencia fiscal 2015, por un monto de \$17.302.281.100 miles, de los cuales se destinaron para el Fondo Financiero Distrital de Salud \$1.116.575.626 miles.

Así mismo, para la vigencia 2016, mediante Decreto 533 del 15 de diciembre de 2015, liquidó el Presupuesto de Rentas, Gastos y Recursos de Capital del Distrito de Bogotá, para la vigencia fiscal 2016 por valor de \$16.686.698.215 miles, de los cuales se destinaron para el sector salud \$1.965.609.990 miles.

##### 3.1.1.2.1.1 Ingresos Vigencia 2015

Tabla 2. Ingresos Vigencia 2015

Cifras en miles \$

NOMBRE	PRESUPUESTO INICIAL	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECAUDO	% RECAUDO
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	460.991.836,0	460.991.837,0	464.096.913,0	100,67
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA - FOSYGA-	502.973.319,0	474.973.319,0	471.536.733,0	99,28
RENTAS CEDIDAS	183.708.251,0	183.208.251,0	211.931.449,0	115,68
TRANSFERENCIAS DEL NIVEL NACIONAL	20.605.000,0	5.605.000,0	5.569.034,0	99,36
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	1.850.000,0	1.002.000,0	904.887,0	90,31
OTROS INGRESOS DE LD PRESUPUESTADOS EN EL FONDO LOCAL DE SALUD	594.422.626,0	595.014.787,0	375.410.236,0	63,09
INGRESOS DE CAPITAL	405.262.584,0	405.262.584,0	420.620.355,0	103,79
<b>TOTAL</b>	<b>2.169.813.616,0</b>	<b>2.126.057.778,0</b>	<b>1.950.069.607,0</b>	<b>91,72</b>

Fuente. Formato AIFT26. Ejecución Presupuestal - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Con base en la información diligenciada en el formato AIFT26 - Ejecución Presupuestal de Ingresos del año 2015, se observa que el recaudo alcanzó el 91.72% de lo presupuestado, lo cual significa una adecuada planeación y programación del recaudo; presentándose mayor recaudo en los rubros de rentas cedidas, ingresos de capital y SGP.

### 3.1.1.2.1 Ingresos primer trimestre de 2016

Tabla 3. Ingresos Vigencia primer trimestre 2016

Cifras en miles \$

NOMBRE	PRESUPUESTO INICIAL	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECAUDO	% RECAUDO
SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	485.499.122	485.499.122	105.918.824	21,82
FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA - FOSYGA-	603.523.870	603.523.870	130.126.438	21,56
RENTAS CEDIDAS	199.008.773	199.008.773	55.679.835	27,98
TRANSFERENCIAS DEL NIVEL NACIONAL	12.400.000	12.400.000	14.326	0,12
VENTA DE SERVICIOS DE SALUD	3.132.000	3.132.000	153.674	4,91
OTROS INGRESOS DE LD PRESUPUESTADOS EN EL FONDO LOCAL DE SALUD	395.401.522	395.401.522	15.179.403	3,84
INGRESOS DE CAPITAL	266.644.703	266.644.703	22.341.457	8,38
<b>TOTAL</b>	<b>1.965.609.990</b>	<b>1.965.609.990</b>	<b>329.413.957</b>	<b>16,76</b>

Fuente. Formato AIFT26. Ejecución Presupuestal - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Para el período del primer trimestre de 2016, el porcentaje de Recaudo del Fondo Distrital de Salud con respecto al Presupuesto de Ingresos alcanza el 16.76%, lo cual evidencia que no se ha recaudado el mínimo del corte, por cuanto a 31 de marzo correspondería mínimo el 25%.

### 3.1.1.2.2 Ejecución de Gastos vigencia 2015 y Primer Trimestre de 2016

Respecto al Presupuesto de Gastos, el Fondo Financiero Distrital de Salud de Bogotá, durante la vigencia 2015 y primer el trimestre de 2016, muestra el siguiente comportamiento:

#### 3.1.1.2.2.1 Gastos Vigencia 2015

Tabla 4. Gastos Vigencia 2015

Cifras en miles \$

NOMBRE	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECAUDO COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	% COMPROMETIDO	% PAGO
RÉGIMEN SUBSIDIADO	972.877.895	955.826.725	954.731.111	954.731.111	98,25	100,00
SALUD PÚBLICA	352.951.409	350.594.825	268.615.747	265.603.678	99,33	98,88
PRESTACION DE SERVICIOS A LA POBLACION POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA	175.207.127	164.506.327	144.824.237	144.824.237	93,89	100,00
OTROS GASTOS EN SALUD	625.021.346	290.174.711	170.906.887	169.617.554	46,43	99,25
<b>TOTAL</b>	<b>2.126.057.777</b>	<b>1.761.102.588</b>	<b>1.539.077.982</b>	<b>1.534.776.580</b>	<b>82,83</b>	<b>99,72</b>

Fuente. Formato AIFT28. Ejecución Presupuestal de Gastos- Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

### 3.1.1.2.2 Gastos Primer Trimestre de 2016

Tabla 5. Gastos Vigencia primer trimestre 2016

Cifras en miles \$

NOMBRE	PRESUPUESTO DEFINITIVO	RECAUDO COMPROMISOS	OBLIGACIONES	PAGOS	% COMPROMETIDO	% PAGO
RÉGIMEN SUBSIDIADO	1.126.221.146	261.958.069	261.191.980	261.191.980	23,26	100,00
SALUD PÚBLICA	337.887.407	94.856.966	7.741.092	7.741.092	28,07	100,00
PRESTACION DE SERVICIOS A LA POBLACION POBRE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA	191.226.283	42.314.088	5.043.229	5.043.229	22,13	100,00
OTROS GASTOS EN SALUD	310.268.641	10.821.046	945.557	945.484	3,49	99,99
<b>TOTAL</b>	<b>1.965.603.477</b>	<b>409.950.169</b>	<b>274.921.858</b>	<b>274.921.785</b>	<b>20,86</b>	<b>100,00</b>

Fuente. Formato AIFT28. Ejecución Presupuestal de Gastos - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Al finalizar la vigencia fiscal de 2015, el Fondo Financiero Distrital de Salud de Bogotá contó con un nivel de ejecución de las obligaciones del 82,83%, el cual no cumple con el 90% como mínimo total, por cuanto en otros gastos de salud, solo se comprometió el 46,43%, no obstante, se observa un compromiso de ejecución promedio entre Régimen Subsidiado, Salud Pública y Prestación de Servicios a la PPNA de un 97,15%, y un 99.72% de pagos realizados, sobre las autorizaciones de giro, y un valor de reserva presupuestal coincidente con la diferencia entre lo comprometido y lo obligado, según cifras tomadas de la ejecución presupuestal, presentadas por la entidad territorial.

Referente al primer trimestre de 2016, se observa que del presupuesto definitivo se encuentra comprometida una ejecución del 20.86%, y pago de los giros autorizados del 100%, sin embargo, no se observa el mínimo que se debería tener al corte del trimestre que corresponde al 25%, por lo cual, se insta a la Entidad Territorial, en cumplimiento del Decreto 111 de 1996 - Estatuto Orgánico del Presupuesto - y la Resolución 3042 de 2007, que contempla que el presupuesto de los Fondos de Salud de las Entidades Territoriales, se debe regir por analogía, con lo establecido en la Ley Orgánica del Presupuesto, cumplir con los mínimos en cada corte.

### 3.1.1.3 Ejecución presupuestal ingresos y gastos comparada con la información reportada en el FUT (formulario único territorial)

Al consultar la información de la Ejecución Presupuestal de Ingresos y Gastos del Fondo Financiero Distrital de Salud, reportada a través del Formulario Único Territorial – FUT – y comparada con la Ejecución Presupuestal entregada durante la visita, refleja que los valores reportados coinciden.

#### 3.1.1.3.1 Fuentes y usos

Para los períodos con corte a diciembre 31 de 2015 y 31 de marzo de 2016, la fuente de consulta de información se centró en los archivos suministrados por la Dirección Financiera, área de presupuesto; diligenciados en el formato AIFT29.

Tabla 6. Fuentes y Usos Vigencia 2015

Cifras en miles \$

FUENTES		USOS		%
Detalle	2015	Detalle	2015	2015
Multas	1.811.908,9	Salud Pública	457.362,5	28,67%

FUENTES		USOS		%
Detalle	2015	Detalle	2015	2015
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	62.164,5	
		<b>TOTAL</b>	<b>519.527,0</b>	
Rentas Contractuales	481,6		0,0	0,00%
Otros Ingresos no Tributarios	904.521,4	Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	894.487,2	98,89%
		<b>TOTAL</b>	<b>894.487,2</b>	
Aporte Ordinario	373.598.327,3	Salud Pública	270.894.551,3	139,33%
		Régimen Subsidiado	22.474.910,6	
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	12.312.159,7	
		Funcionamiento	6.324.011,9	
		Otros Gastos Inversión	208.515.346,4	
		<b>TOTAL</b>	<b>520.520.979,9</b>	
Sistema General de Participaciones	395.036.295,3	Salud Pública	63.003.617,6	99,18%
		Régimen Subsidiado	310.711.604,5	
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	18.065.845,4	
		<b>TOTAL</b>	<b>391.781.067,5</b>	
SGP Aportes Patronales	69.060.617,5	Salud Pública	0,0	100,00%
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	69.060.617,5	
		<b>TOTAL</b>	<b>69.060.617,5</b>	
FOSYGA	470.824.503,8	Régimen Subsidiado	470.824.503,8	100,00%
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0,0	
		<b>TOTAL</b>	<b>470.824.503,8</b>	
Rentas Cedidas	211.931.448,7	Salud Pública	0,0	84,15%
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	31.973.973,3	
		Cofinanciación Régimen Subsidiado	124.715.016,2	
		Gastos Funcionamiento	13.704.355,2	
		Prestación de servicios de salud a la población pobre afiliada al régimen subsidiado NO POS	0,0	
		Otros Gastos Inversión	5.112.743,2	
		Investigación en Salud	2.838.009,0	
		<b>TOTAL</b>	<b>178.344.096,9</b>	
Otras Transferencias Nivel Nacional	6.281.262,2	Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	2.351.538,8	68,84%
		Régimen Subsidiado	712.228,6	
		Salud Pública	1.260.003,1	
		<b>TOTAL</b>	<b>4.323.770,5</b>	
Recursos de Capital	420.620.355,4	Régimen Subsidiado	26.388.460,0	29,68%
		Salud Pública	14.834.188,0	
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	37.493.586,9	
		Prestación de servicios de salud a la población pobre afiliada al régimen subsidiado NO POS	0,0	
		Otros Gastos Inversión	46.117.298,8	
		Gastos Funcionamiento	0,0	
		<b>TOTAL</b>	<b>124.833.533,8</b>	
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1.950.069.722,1</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1.761.102.584,1</b>	<b>90,31%</b>

Fuente. Formato AIFT29. Ejecución Presupuestal - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Para la vigencia 2015, el mayor porcentaje de FUENTE está representado así: FOSYGA 24.14%, recursos de capital 21.57% y SGP 20.26. De USO, en el Régimen Subsidiado con un 42.62% y Salud Pública con 17.97% y una totalidad de uso del 90.31% lo que

indica una administración y planificación de consecución y asignación de recursos en un porcentaje representativo estipulado en el artículo 3 de la Resolución 3042 de 2007.

Tabla 7. Fuentes y Usos Vigencia primer trimestre 2016

Cifras en miles \$

FUENTES		USOS		%
Detalle	2016	Detalle	2016	2016
Multas	548.243,0	Salud Pública	0,0	0,00%
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0,0	
		<b>TOTAL</b>	<b>0,0</b>	
Rentas Contractuales	62,0		0,0	0,00%
Otros Ingresos no Tributarios	153.612,0	Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0,0	0,00%
		<b>TOTAL</b>	<b>0,0</b>	
Aporte Ordinario	14.631.159,0	Salud Pública	86.400.226,0	721,41%
		Régimen Subsidiado	11.322.672,0	
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	643.479,0	
		Funcionamiento	24.892,0	
		Otros Gastos Inversión	7.158.751,0	
		<b>TOTAL</b>	<b>105.550.020,0</b>	
Sistema General de Participaciones	105.918.823,0	Salud Pública	8.456.741,0	101,24%
		Régimen Subsidiado	85.092.920,0	
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	13.684.271,0	
		<b>TOTAL</b>	<b>107.233.932,0</b>	
SGP Aportes Patronales		Salud Pública	0,0	0,00%
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0,0	
		<b>TOTAL</b>	<b>0,0</b>	
FOSYGA	129.952.738,0	Régimen Subsidiado	129.952.738,0	100,00%
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0,0	
		<b>TOTAL</b>	<b>129.952.738,0</b>	
Rentas Cedidas	55.679.837,0	Salud Pública	0,0	42,01%
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	3.169.222,0	
		Cofinanciación Régimen Subsidiado	17.229.012,0	
		Gastos Funcionamiento	2.659.574,0	
		Prestación de servicios de salud a la población pobre afiliada al régimen subsidiado NO POS	0,0	
		Otros Gastos Inversión	0,0	
		Investigación en Salud	334.350,0	
<b>TOTAL</b>	<b>23.392.158,0</b>			
Otras Transferencias Nivel Nacional	188.026,0	Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	0,0	92,38%
		Régimen Subsidiado	173.700,0	
		Salud Pública	0,0	
		<b>TOTAL</b>	<b>173.700,0</b>	
Recursos de Capital	22.341.457,0	Régimen Subsidiado	18.187.027,0	195,37%
		Salud Pública	0,0	
		Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	25.460.595,7	
		Prestación de servicios de salud a la población pobre afiliada al régimen subsidiado NO POS	0,0	
		Otros Gastos Inversión	0,0	
		Gastos Funcionamiento	0,0	
		<b>TOTAL</b>	<b>43.647.622,7</b>	
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>329.413.957,0</b>	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>409.950.169,1</b>	<b>124,45%</b>

Fuente. Formato AIFT29. Ejecución Presupuestal - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Para el primer trimestre de 2016, se observa un mayor porcentaje de uso que de recaudo (el detalle se encuentra en el formato AIFT29 que hace parte de los papeles de trabajo de la presente auditoría), se realizó consulta a la Secretaría de Salud de Bogotá, para lo cual se informó:

*“De conformidad con las normas presupuestales vigentes, las apropiaciones presupuestales son las autorizaciones máximas de gasto para ser comprometidas durante la vigencia fiscal respectiva, por tanto para suscribir compromisos no se requiere que el recaudo esté en la Tesorería, pues tanto la contabilidad como el presupuesto son de causación y no de caja.*

*El recaudo se requiere en el momento de efectuar los pagos pactados en cada compromiso, para lo cual existe el PAC.*

*En cuanto al Aporte Ordinario que es una fuente de financiación representativa en el presupuesto del FFDS, se precisa que el Distrito Capital de acuerdo al manejo de la CUENTA ÚNICA DISTRITAL, solamente transfiere los recursos al FFDS cuando estén autorizadas las Órdenes de Pago por el Ordenador del Gasto, por ello, el recaudo que se registra en la Ejecución de Ingresos siempre será inferior al valor de los compromisos que aparece en la Ejecución de Gastos.”*

### 3.1.1.3.2 Fuentes y Usos Componente Salud Pública y Plan de Intervenciones Colectivas

La fuente de consulta de información para los períodos con corte a diciembre 31 de 2015 y 31 de marzo de 2016 son los archivos diligenciados por la Secretaría de Salud de Bogotá AIFT37 y AIFT38.

Tabla 8. Fuentes y Usos Salud Pública y PIC Vigencia 2015 Cifras en miles \$

Fuente Ingreso	Valor de Recaudo	Nombre del Programa	Salud Pública	PIC -Hospitales	Giros Salud Pública	Giros PIC - Hospitales	
SGP Salud Pública	63.006.617	Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI	1.236.934	18.329.941	1.089.573	14.369.205	
		Vigilancia Epidemiológica	186.483	39.949.298	87.245	33.064.374	
Otras Nación	1.284.345	TERRITORIOS SALUDABLES	Desplazados	0	4.787.260	0	3.771.822
			Salud Infantil	0	15.646.732	0	13.122.455
			Salud Sexual y Reproductiva	200.000	21.556.076	125.000	17.328.908
			Salud Oral	0	7.711.726	0	6.279.485
Aporte Ordinario	208.170.302		Enfermedades Transmisibles y Zoonosis	972.895	5.914.481	363.144	4.864.691
			Enfermedades Crónicas no Transmisibles	80.000	6.147.412	48.000	4.857.552
			Seguridad Alimentaria y Nutricional	200.000	8.548.834	120.000	6.785.444
Recursos de Capital	15.250.255		Entornos Saludables	0	9.027.296	0	7.338.996
			Seguridad en el Trabajo y Prevención de Enfermedades de Origen Laboral	0	5.399.643	0	4.109.313
			Gestión del PIC en Territorios	1.400.000	102.405.768	600.000	73.878.239
Otros Recursos	1.186.159		P y P en Grupos de Poblaciones Especiales	0	6.344.438	0	5.186.709
			Discapacidad	87.000	8.584.828	41.884	7.016.926
			Actividad Física	0	449.964	0	383.033
			Salud Mental	1.761.703	18.862.885	912.703	14.987.730
		Vigilancia Sanitaria y Ambiental	652.539	37.610.018	47.981	29.020.138	
		Laboratorio de Salud Pública	1.822.900	0	380.973	0	

Fuente Ingreso	Valor de Recaudo	Nombre del Programa	Salud Pública	PIC -Hospitales	Giros Salud Pública	Giros PIC - Hospitales
		Gestión de Políticas y Programas en Salud Pública	21.302.537	0	15.018.993	0
<b>TOTAL FUENTE</b>	<b>288.894.678</b>	<b>TOTAL USO</b>	<b>29.902.993</b>	<b>317.276.600</b>	<b>18.835.496</b>	<b>246.365.021</b>

Fuente. Formato AIFT37. Fuentes y Usos Salud Pública - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Tabla 9. Fuentes y Usos Salud Pública y PIC Primer Trimestre 2016

Cifras en miles \$

Fuente de Ingreso	Valor de Recaudo	Nombre del Programa	Salud Pública	PIC - Hospitales	Giros Salud Pública	Giros PIC - Hospitales	
SGP Salud Pública		Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI	0	5.711.826	0	508.619	
		Vigilancia Epidemiológica	0	14.307.959	0	1.984.921	
Otras Nación		TERRITORIOS SALUDABLES	Desplazados	0	1.404.463	0	115.913
			Salud Infantil	0	55.135	0	1.587
			Salud Sexual y Reproductiva	0	471.462	0	5.691
			Salud Oral	0	424.265	0	12.474
Aporte Ordinario		TERRITORIOS SALUDABLES	Enfermedades Transmisibles y Zoonosis	0	651.192	0	64.330
			Enfermedades Crónicas no Transmisibles	0	460.749	0	24.101
			Seguridad Alimentaria y Nutricional	0	1.183.308	0	50.747
			Entornos Saludables	0	596.659	0	26.635
Recursos de Capital		TERRITORIOS SALUDABLES	Seguridad en el Trabajo y Prevención de Enfermedades de Origen Laboral	0	749.770	0	34.976
			Gestión del PIC en Territorios	0	40.881.517	0	2.432.434
Otros Recursos		TERRITORIOS SALUDABLES	PyP en Grupos de Poblaciones Especiales	0	908.348	0	68.502
			Discapacidad	0	3.345.632	0	118.578
			Actividad Física	0	106.649	0	1.287
			Salud Mental	0	9.857.479	0	538.227
		Vigilancia Sanitaria y Ambiental	0	13.461.130	0	1.752.070	
		Laboratorio de Salud Pública	0	0	0	0	
		Gestión de Políticas y Programas en Salud Pública	279.226	0	0	0	
<b>TOTAL FUENTE</b>	<b>0</b>	<b>TOTAL USO</b>	<b>279.226</b>	<b>94.577.542</b>	<b>0</b>	<b>7.741.093</b>	

Fuente. Formato AIFT37. Fuentes y Usos Salud Pública - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá

La información de fuente reportada en formato AIFT37, resumida en las tablas 8 y 9 sobre la vigencia 2015 y primer trimestre de 2016, no es coincidente con la información reportada en Fuentes y Usos del Presupuesto reportada en el Archivo AIFT29 de las vigencias correspondientes.

Para las actividades de Gestión de Salud Pública de la vigencia 2015, se destinó el 10,39% de los recursos y para las actividades de Intervenciones Colectivas el 110,28%. Para la vigencia primer trimestre de 2016, no se puede determinar los porcentajes de uso por la falta de dato en la fuente.

En la Vigencia 2015 se presenta una diferencia entre la Fuente y el Uso por valor de \$ 42.529.657 miles, por lo cual la Secretaria de Salud Distrital de Bogotá debe explicar que sucede con los recursos sin comprometer.

## HALLAZGO No. 2

El reporte del formato AIFT37 de vigencia primer trimestre de 2016, se encuentra incompleto, es importante la identificación del Ingreso para cada actividad, y no a manera



general como se presentó, por lo cual se hace necesario que la Secretaria de Salud Distrital de Bogotá, remita nuevamente la información de acuerdo al instructivo.

## RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

“Una vez revisados los datos inicialmente suministrados en el formato AIFT37 de la Supersalud, se complementa la información del ingreso por fuente de financiación y se discrimina en las actividades el compromiso por cada una de las fuentes. De igual manera, se incluye el valor de los pasivos exigibles, reconocidos con presupuesto de la vigencia 2015, los cuales al ser sumados presentan coincidencia con lo reportado en el formato AIFT29, aclarando así las diferencias que fueron observadas por parte del grupo auditor, de acuerdo con lo solicitado (Ver Anexo 1 – Carpeta ANEXO \_ Hallazgo No. 2 FORMATO AIFT29 vs. AIFT37)

Así las cosas, teniendo en cuenta que se aclararon las diferencias observadas por el grupo auditor, se solicita levantar el presenta hallazgo.” *Cursiva fuera de Texto.*

## ANALISIS EQUIPO AUDITOR

Una vez revisada la información, se evidencia que el formato AIFT37 fue diligenciado en su totalidad y con la calidad de información requerida.

## CONCLUSIÓN

Por lo anterior, se levanta el hallazgo, toda vez que se subsano el hallazgo.

### 3.1.1.4 Recursos Esfuerzo Propio

#### 3.1.1.4.1 Vigencia a 31 de diciembre de 2015 y primer trimestre 2016

La Entidad Territorial realizó los giros de Esfuerzo Propio durante la vigencia 2015 así:

Tabla 10. Recursos Esfuerzo Propio Vigencia 2015

Cifras en miles \$

Mes	EPS	IPS	Valor a pagar	Valor Pagado	Fecha de giro	Valor Deuda
FEBRERO	CAPITAL SALUD	Ver archivo IPS	8.848.661	8.848.661	2015-03-02	-
	COMFACUNDI	Ver archivo IPS	760.228	760.228	2015-03-11	-
	COMPENSAR EPS		119.683	119.683	2015-03-10	-
	EPS Servicio Occi Salud S.A. - EPS S.O.S. S.		3.499	3.499	2015-03-10	-
	SALUD TOTAL		95.686	95.686	2015-03-11	-
	SANITAS EPS S.A.		9.798	9.798	2015-03-11	-
<b>Total FEBRERO</b>			<b>9.837.554</b>	<b>9.837.554</b>		-
MARZO	ALIANSALUD EPS S.A.		1.418	1.418	2015-03-25	-
			1.421	1.421	2015-04-01	-
	CAFESALUD EPS S.A.		57.392	57.392	2015-03-25	-
			70.665	70.665	2015-04-01	-
	CAPITAL SALUD	Ver archivo IPS	8.657.313	8.657.313	2015-03-30	-
	CAPRECOM	Ver archivo IPS	2.248.361	2.248.361	2015-03-25	-
	COMFACUNDI	Ver archivo IPS	778.064	778.064	2015-03-30	-
	COMPENSAR EPS		130.485	130.485	2015-04-01	-
	COOMEVA EPS S.A.		8.824	8.824	2015-03-25	-
			9.295	9.295	2015-04-01	-
CRUZ BLANCA EPS S.A.		68.877	68.877	2015-03-25	-	
		93.902	93.902	2015-04-01	-	

Mes	EPS	IPS	Valor a pagar	Valor Pagado	Fecha de giro	Valor Deuda
	EPS FAMISANAR LTDA.		185.356	185.356	2015-03-25	-
			262.773	262.773	2015-03-30	-
	EPS SALUDCOOP		109.056	109.056	2015-03-25	-
			153.845	153.845	2015-03-30	-
	EPS Servicio Occi Salud S.A. - EPS S.O.S. S.		1.749	1.749	2015-04-01	-
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		29.323	29.323	2015-03-25	-
			47.954	47.954	2015-04-01	-
	LA NUEVA EPS S.A.		65.873	65.873	2015-03-25	-
			92.599	92.599	2015-04-01	-
SALUD TOTAL		228.829	228.829	2015-03-30	-	
SANITAS EPS S.A.		7.939	7.939	2015-04-01	-	
<b>Total MARZO</b>			<b>13.311.312</b>	<b>13.311.312</b>		
ABRIL	ALIANSALUD EPS S.A.		2.242	2.242	2015-04-29	-
	CAFESALUD EPS S.A.		37.507	37.507	2015-04-29	-
	CAPITAL SALUD	Ver archivo IPS	1.941.599	1.941.599	2015-04-29	-
			6.686.921	6.686.921	2015-04-29	-
	CAPRECOM	Ver archivo IPS	2.075.305	2.075.305	2015-04-22	-
	COMFACUNDI	Ver archivo IPS	1.122.501	1.122.501	2015-04-29	-
	COMPENSAR EPS		141.390	141.390	2015-04-29	-
	COOMEVA EPS S.A.		27.393	27.393	2015-04-29	-
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		52.114	52.114	2015-04-29	-
	EPS FAMISANAR LTDA.		193.622	193.622	2015-04-29	-
	EPS SALUDCOOP		85.906	85.906	2015-04-29	-
	EPS Servicio Occi Salud S.A. - EPS S.O.S. S.		1.748	1.748	2015-04-29	-
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		38.888	38.888	2015-04-29	-
	LA NUEVA EPS S.A.		70.577	70.577	2015-04-29	-
	SALUD TOTAL		139.070	139.070	2015-04-29	-
SALUD VIDA S.A. E.P.S.		132	132	2015-04-29	-	
SANITAS EPS S.A.		9.688	9.688	2015-04-29	-	
<b>Total ABRIL</b>			<b>12.626.603</b>	<b>12.626.603</b>		-
MAYO	ALIANSALUD EPS S.A.		425	425	2015-05-29	-
	CAFESALUD EPS S.A.		47.555	47.555	2015-05-29	-
	CAPITAL SALUD	Ver archivo IPS	2.673.083	2.673.083	2015-05-25	-
			6.000.177	6.000.177	2015-05-25	-
	CAPRECOM	Ver archivo IPS	2.060.916	2.060.916	2015-05-25	-
			2.019.148	2.019.148	2015-05-29	-
	COMFACUNDI	Ver archivo IPS	978.328	978.328	2015-05-29	-
	COMPENSAR EPS		157.155	157.155	2015-05-29	-
	COOMEVA EPS S.A.		22.786	22.786	2015-05-29	-
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		56.990	56.990	2015-05-29	-
	EPS FAMISANAR LTDA.		234.598	234.598	2015-05-29	-
	EPS SALUDCOOP		112.629	112.629	2015-05-29	-
	EPS Servicio Occi Salud S.A. - EPS S.O.S. S.		1.415	1.415	2015-05-29	-
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		38.128	38.128	2015-05-29	-
	LA NUEVA EPS S.A.		79.001	79.001	2015-05-29	-
SALUD TOTAL		167.084	167.084	2015-05-29	-	
SALUD VIDA S.A. E.P.S.		37	37	2015-05-29	-	
SANITAS EPS S.A.		23.637	23.637	2015-06-02	-	
<b>Total MAYO</b>			<b>14.673.092</b>	<b>14.673.092</b>		-
JUNIO	ALIANSALUD EPS S.A.		1.572	1.572	2015-06-30	-
	CAFESALUD EPS S.A.		44.206	44.206	2015-06-30	-
	CAPITAL SALUD	Ver archivo IPS	8.425.134	8.425.134	2015-07-02	-

Mes	EPS	IPS	Valor a pagar	Valor Pagado	Fecha de giro	Valor Deuda
	CAPRECOM	Ver archivo IPS	2.063.131	2.063.131	2015-07-03	-
	COMFACUNDI	Ver archivo IPS	1.218.990	1.218.990	2015-06-30	-
	COMPENSAR EPS		149.245	149.245	2015-06-30	-
	COOMEVA EPS S.A.		22.349	22.349	2015-06-30	-
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		51.986	51.986	2015-06-30	-
	EPS FAMISANAR LTDA.		254.282	254.282	2015-06-30	-
	EPS SALUDCOOP		102.507	102.507	2015-06-30	-
	EPS Servicio Occi Salud S.A. - EPS S.O.S. S.		1.343	1.343	2015-06-30	-
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		39.517	39.517	2015-06-30	-
	LA NUEVA EPS S.A.		78.635	78.635	2015-06-30	-
	SALUD TOTAL		128.006	128.006	2015-06-30	-
	SALUD VIDA S.A. E.P.S.		34	34	2015-06-30	-
	SANITAS EPS S.A.		30.053	30.053	2015-06-30	-
<b>Total JUNIO</b>			<b>12.610.990</b>	<b>12.610.990</b>		-
JULIO	ALIANSA SALUD EPS S.A.		932	932	2015-07-27	-
	CAFESALUD EPS S.A.		51.693	51.693	2015-08-12	-
	CAPITAL SALUD	Ver archivo IPS	8.721.107	8.721.107	2015-07-30	-
	CAPRECOM	Ver archivo IPS	1.983.877	1.983.877	2015-07-30	-
	COMFACUNDI	Ver archivo IPS	783.158	783.158	2015-07-27	-
	COMPENSAR EPS		202.483	202.483	2015-07-27	-
	COOMEVA EPS S.A.		26.447	26.447	2015-07-27	-
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		66.002	66.002	2015-07-27	-
	EPS FAMISANAR LTDA.		296.544	296.544	2015-07-27	-
	EPS SALUDCOOP		123.774	123.774	2015-07-27	-
	EPS Servicio Occi Salud S.A. - EPS S.O.S. S.		1.712	1.712	2015-07-27	-
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		52.001	52.001	2015-07-27	-
	LA NUEVA EPS S.A.		86.838	86.838	2015-07-27	-
	SALUD TOTAL		176.834	176.834	2015-07-27	-
SALUD VIDA S.A. E.P.S.		13	13	2015-07-27	-	
SANITAS EPS S.A.		38.741	38.741	2015-07-27	-	
<b>Total JULIO</b>			<b>12.612.157</b>	<b>12.612.157</b>		-
AGOSTO	ALIANSA SALUD EPS S.A.		5.230	5.230	2015-08-28	-
	CAFESALUD EPS S.A.		85.341	85.341	2015-08-28	-
	CAPITAL SALUD	Ver archivo IPS	8.408.335	8.408.335	2015-08-28	-
	Comfenalco Valle EPS		156	156	2015-08-28	-
	COMPENSAR EPS		199.416	199.416	2015-08-28	-
	COOMEVA EPS S.A.		37.237	37.237	2015-08-28	-
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		108.439	108.439	2015-08-28	-
	EPS FAMISANAR LTDA.		350.711	350.711	2015-08-28	-
	EPS SALUDCOOP		209.503	209.503	2015-08-28	-
	EPS Servicio Occi Salud S.A. - EPS S.O.S. S.		1.701	1.701	2015-08-28	-
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		69.947	69.947	2015-08-28	-
	LA NUEVA EPS S.A.		106.166	106.166	2015-08-28	-
	SALUD TOTAL		252.815	252.815	2015-08-28	-
	SALUD VIDA S.A. E.P.S.		13	13	2015-08-28	-
SANITAS EPS S.A.		48.112	48.112	2015-08-28	-	
<b>Total AGOSTO</b>			<b>9.883.122</b>	<b>9.883.122</b>		-
SEPTIEMBRE	CAFESALUD EPS S.A.		38.024	38.024	2015-10-20	-
	CAPITAL SALUD	Ver archivo IPS	8.813.347	8.813.347	2015-09-25	-
	CAPRECOM	Ver archivo IPS	2.058.421	2.058.421	2015-10-20	-
	COMFACUNDI	Ver archivo IPS	1.636.805	1.636.805	2015-10-20	-

Mes	EPS	IPS	Valor a pagar	Valor Pagado	Fecha de giro	Valor Deuda
	COMPENSAR EPS		141.575	141.575	2015-10-20	-
	COOMEVA EPS S.A.		3.323	3.323	2015-10-20	-
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		50.302	50.302	2015-10-20	-
	EPS FAMISANAR LTDA.		325.045	325.045	2015-10-20	-
	EPS SALUDCOOP		105.664	105.664	2015-10-20	-
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		61.918	61.918	2015-10-20	-
	LA NUEVA EPS S.A.		60.775	60.775	2015-10-20	-
	SALUD TOTAL		143.517	143.517	2015-10-20	-
	SANITAS EPS S.A.		33.762	33.762	2015-10-20	-
<b>Total SEPTIEMBRE</b>			<b>13.472.476</b>	<b>13.472.476</b>		-
OCTUBRE	ALIANSALUD EPS S.A.		4.001	4.001	2015-11-12	-
	CAFESALUD EPS S.A.		64.831	64.831	2015-11-12	-
	CAPITAL SALUD	Ver archivo IPS	8.739.160	8.739.160	2015-11-06	-
	CAPRECOM	Ver archivo IPS	1.868.564	1.868.564	2015-10-19	-
	COMFACUNDI	Ver archivo IPS	760.115	760.115	2015-11-12	-
	COMPENSAR EPS		204.843	204.843	2015-11-12	-
	COOMEVA EPS S.A.		27.292	27.292	2015-11-12	-
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		83.185	83.185	2015-11-12	-
	EPS FAMISANAR LTDA.		333.583	333.583	2015-11-12	-
	EPS SALUDCOOP		159.363	159.363	2015-11-12	-
	EPS Servicio Occi Salud S.A. - EPS S.O.S. S.		1.738	1.738	2015-11-12	-
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		69.680	69.680	2015-11-12	-
	LA NUEVA EPS S.A.		92.527	92.527	2015-11-12	-
	SALUD TOTAL		190.488	190.488	2015-11-12	-
SALUD VIDA S.A. E.P.S.		61	61	2015-11-12	-	
SANITAS EPS S.A.		48.508	48.508	2015-11-12	-	
<b>Total OCTUBRE</b>			<b>12.647.940</b>	<b>12.647.940</b>		-
NOVIEMBRE	ALIANSALUD EPS S.A.		3.952	3.952	2015-12-03	-
	CAFESALUD EPS S.A.		60.671	60.671	2015-12-03	-
	COMPENSAR EPS		192.064	192.064	2015-12-03	-
	COOMEVA EPS S.A.		28.990	28.990	2015-12-03	-
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		74.253	74.253	2015-12-03	-
	EPS FAMISANAR LTDA.		348.867	348.867	2015-12-03	-
	EPS SALUDCOOP		134.870	134.870	2015-12-03	-
	EPS Servicio Occi Salud S.A. - EPS S.O.S. S.		2.144	2.144	2015-12-03	-
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		73.529	73.529	2015-12-03	-
	LA NUEVA EPS S.A.		133.665	133.665	2015-12-03	-
	SALUD TOTAL		258.447	258.447	2015-12-03	-
	SALUD VIDA S.A. E.P.S.		92	92	2015-12-03	-
	SANITAS EPS S.A.		49.165	49.165	2015-12-03	-
<b>Total NOVIEMBRE</b>			<b>1.360.709</b>	<b>1.360.709</b>		-
DICIEMBRE	ALIANSALUD EPS S.A.		3.080	3.080	2015-12-28	-
	CAFESALUD EPS S.A.		291.707	291.707	2015-12-28	-
	CAPITAL SALUD	Ver archivo IPS	8.766.185	8.766.185	2015-12-10	-
	CAPRECOM	Ver archivo IPS	8.782.447	8.782.447	2015-12-29	-
	COMFACUNDI		817.545	817.545	2015-12-15	-
	COMPENSAR EPS		764.291	764.291	2015-12-30	-
	COOMEVA EPS S.A.		222.135	222.135	2015-12-28	-
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		40.356	40.356	2015-12-28	-
			149.432	149.432	2015-12-28	-

Mes	EPS	IPS	Valor a pagar	Valor Pagado	Fecha de giro	Valor Deuda
	EPS FAMISANAR LTDA.		393.267	393.267	2015-12-28	-
	EPS SALUDCOOP		112.849	112.849	2015-12-28	-
	EPS Servicio Occi Salud S.A. - EPS S.O.S. S.		1.323	1.323	2015-12-28	-
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		71.925	71.925	2015-12-28	-
	LA NUEVA EPS S.A.		104.868	104.868	2015-12-28	-
	SALUD TOTAL		203.323	203.323	2015-12-28	-
	SALUD VIDA S.A. E.P.S.		1.272	1.272	2015-12-28	-
	SANITAS EPS S.A.		34.098	34.098	2015-12-28	-
<b>Total DICIEMBRE</b>			<b>25.696.293</b>	<b>25.696.293</b>		-
<b>DIFERENCIA 2015</b>			<b>0</b>			
<b>TOTAL 2015 - RECURSOS DE ESFUERZO PROPIO</b>			<b>138.732.248</b>			

Fuente. Formato AIFT30. Recursos de Esfuerzo Propio - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Tabla 11. Recursos Esfuerzo Propio Vigencia I trimestre 2016

Cifras en miles \$

Mes	EPS	IPS	Valor a pagar	Valor Pagado	Fecha de giro	Valor Deuda	
FEBRERO	ALIANSA SALUD EPS S.A.		3.191	3.191	2016-02-11	-	
	ALIANSA SALUD EPS S.A.		3.799	3.799	2016-02-15		
	CAPITAL SALUD	Ver archivo IPS	9.744.426	9.744.426	2016-02-11	-	
	CAPITAL SALUD	Ver archivo IPS	9.783.681	9.783.681	2016-02-12		
	COMFACUNDI	Ver archivo IPS	1.041.560	1.041.560	2016-02-11	-	
	COMFACUNDI	Ver archivo IPS	913.303	913.303	2016-02-19		
	COMPENSAR EPS		227.040	227.040	2016-02-11	-	
	COMPENSAR EPS		248.493	248.493	2016-02-15		
	COOMEVA EPS S.A.		36.735	36.735	2016-02-11	-	
	COOMEVA EPS S.A.		46.929	46.929	2016-02-15		
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		76.066	76.066	2016-02-11	-	
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		91.159	91.159	2016-02-15		
	EPS FAMISANAR LTDA.		331.586	331.586	2016-02-15	-	
	EPS FAMISANAR LTDA.		342.602	342.602	2016-02-11		
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		72.479	72.479	2016-02-11	-	
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		73.151	73.151	2016-02-15		
	LA NUEVA EPS S.A.		114.340	114.340	2016-02-11	-	
	LA NUEVA EPS S.A.		134.717	134.717	2016-02-15		
	SALUD TOTAL		248.507	248.507	2016-02-11	-	
	SALUD TOTAL		288.899	288.899	2016-02-15		
	SANITAS EPS S.A.		52.877	52.877	2016-02-15	-	
	SANITAS EPS S.A.		61.651	61.651	2016-02-11		
	CAFESALUD EPS		201.009	201.009	2016-02-11	-	
	CAFESALUD EPS		201.288	201.288	2016-02-15		
	SALUD VIDA S.A. EPS		226	226	2016-02-11	-	
	SALUD VIDA S.A. EPS		243	243	2016-02-15		
	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.-EPS S.O		1.680	1.680	2016-02-15	-	
	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.-EPS S.O		1.973	1.973	2016-02-15		
	<b>Total FEBRERO</b>			<b>24.343.610</b>	<b>24.343.610</b>		
	MAR	ALIANSA SALUD EPS S.A.		3.426	3.426	2016-03-16	-

Mes	EPS	IPS	Valor a pagar	Valor Pagado	Fecha de giro	Valor Deuda
	CAPITAL SALUD	Ver archivo IPS	9.985.182	9.985.182	2016-03-16	-
	COMFACUNDI	Ver archivo IPS	977.547	977.547	2016-03-16	-
	COMPENSAR EPS		166.302	166.302	2016-03-16	-
	COOMEVA EPS S.A.		38.796	38.796	2016-03-16	-
	CRUZ BLANCA EPS S.A.		73.759	73.759	2016-03-16	-
	EPS FAMISANAR LTDA.		268.236	268.236	2016-03-16	-
	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.		97.378	97.378	2016-03-16	-
	LA NUEVA EPS S.A.		142.612	142.612	2016-03-16	-
	SALUD TOTAL		196.475	196.475	2016-03-16	-
	SANITAS EPS S.A.		40.990	40.990	2016-03-16	-
	CAFESALUD EPS		177.165	177.165	2016-03-16	-
	SALUD VIDA S.A. EPS		254	254	2016-03-16	-
	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.-EPS S.O		1.637	1.637	2016-03-16	-
<b>Total MARZO</b>			<b>12.169.758</b>	<b>12.169.758</b>		-
<b>TOTAL 2016 (PRIMER TRIMESTRE) - RECURSOS DE ESFUERZO PROPIO</b>				<b>36.513.369</b>		-

Fuente. Formato AIFT30. Recursos de Esfuerzo Propio - Secretaría de Salud Distrital de Bogotá.

En Información suministrada en formato AIFT30, se observa que la Entidad Territorial durante el período de enero a diciembre de 2015, realizó giros por concepto de Esfuerzo Propio a las EPS, en su jurisdicción por valor de \$138.732.248,48 miles. Así mismo, los giros efectuados con corte a 31 de marzo de 2016 fueron de \$36.513,36 miles. Se evidencia realización del giro en su totalidad.

Sin embargo, para la vigencia 2015, los giros se realizaron extemporáneamente; incumpliendo con lo establecido en el artículo 10 del Decreto 971 de 2011 modificado por el artículo 1 del Decreto 1713 de 2012, expedido por Ministerio de Salud y Protección Social y con las actividades planteadas en el plan de mejoramiento de julio 2014.

Durante el primer trimestre de 2016, se observa que la mayoría de los giros de esfuerzo propio, se realizaron dentro de los diez días hábiles del mes, por lo cual se insta a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a continuar con la oportunidad de los giros y mejorar los realizados en fechas extemporáneas para dar total cumplimiento a la normatividad vigente.

### 3.1.1.5 Decreto 1080 de 2012

Consultada la fuente del Ministerio de Salud y Protección Social, se observa que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá reportó en ceros el anexo 4 del Decreto 1080 de 2012.

Se verificó con las órdenes de pago y reporte del Banco, los cuales hacen parte de la carpeta de soportes documentales, que la Secretaría Distrital de Salud canceló los valores a favor de las EPSS por concepto liquidación de contratos de Régimen Subsidiado, en cumplimiento con lo estipulado en el Decreto 1080 de 2012.

### 3.1.1.6 Cuentas Maestras

#### 3.1.1.6.1 Creación Cuentas Maestras

Durante la visita se solicitó la relación y la certificación de las cuentas bancarias a la fecha, en las que se administran los recursos de salud del Distrito de Bogotá, para la vigencia 2015 y primer trimestre de 2016. Se observa que la Entidad Territorial realizó la apertura de las cuentas maestras para la administración de los recursos de la salud, como lo estableció la Resolución 3042 de 2007.

#### 3.1.1.6.2 Movimiento de las Cuentas Bancarias vigencia 2015 y Primer Trimestre de 2016

En cuanto al movimiento de las Cuentas Maestras por cada componente, se evidenció de acuerdo al extracto, que los saldos finales de cada período son el inicial del siguiente.

Tabla 12. Saldos Cuentas Maestras a 31 Diciembre de 2015 Cifras en Miles \$

Cuenta Maestra	Entidad Financiera	Saldo Inicial	Saldo Final	Saldo Final Conciliado
Régimen Subsidiado	Banco Occidente	464.780.799,13	450.389.457,16	450.864.780,98
Parti Sal Ofer Fon Fin Distrital Salud	Bancolombia	99.816.190,26	73.996.386,73	74.067.884,99
SGP Seg Social Salud Pu	Corbanca	29.418.253,49	21.974.168,34	22.057.105,45

Fuente. Extractos Bancarios a 31 de diciembre de 2015 - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Tabla 13. Saldos Cuentas Maestras a 30 Marzo de 2016 Cifras en Miles \$

Cuenta Maestra	Entidad Financiera	Saldo Inicial	Saldo Final	Saldo Final Conciliado
Régimen Subsidiado	Banco Occidente	450.356.986,57	450.731.290,74	0,00
Parti Sal Ofer Fon Fin Distrital Salud	Bancolombia	78.542.976,37	87.015.425,97	0,00
SGP Seg Social Salud Pu	Corbanca	30.523.397,68	37.851.274,24	0,00

Fuente. Extractos Bancarios a 30 de marzo de 2016 - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Sin embargo, la información suministrada en el formato AIFT36 aunque es coincidente con los datos reportados en Circular Única, no es coincidente con los extractos, ni conciliaciones entregadas como soporte documental.

Tabla 14. Saldos Cuentas Maestras a 31 Diciembre de 2015 Cifras en Miles \$

Cuenta Maestra	Entidad Financiera	Saldo Inicial	Ingresos del Periodo	Retiros del Periodo	Saldo a corte del periodo
Régimen Subsidiado	Banco Occidente	483.844.093	167.685.170	196.549.696	454.979.567
Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y poblaciones especiales	Bancolombia	141.999.381	81.188.922	149.971.411	73.216.892
Acciones en salud pública	Corbanca	18.619.713	338.917.785	335.528.004	22.009.494
Otros Gastos en Salud	Banco Bogotá	21.577.406	144.345.185	115.064.971	50.857.620

Fuente. Formato AIFT36- Cuentas Maestras - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Tabla 15. Saldos Cuentas Maestras a 30 Marzo de 2016

Cifras en Miles \$

Cuenta Maestra	Entidad Financiera	Saldo Inicial	Ingresos del Periodo	Retiros del Periodo	Saldo a corte del periodo
Régimen Subsidiado	Banco Occidente	454.979.567	32.189.335	38.946.590	448.222.313
Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y poblaciones especiales	Bancolombia	73.216.893	29.139.085	15.628.948	86.727.030
Acciones en salud pública	Corbanca	22.009.494	74.281.646	59.024.475	37.266.665
Otros Gastos en Salud	Banco Bogotá	50.857.620	18.571.075	42.815.625	26.613.070

### HALLAZGO No. 3

Al confrontar la información de los extractos y conciliaciones bancarias, con la información reportada en el formato AIFT36 y Circular Única, se evidencia que no hay coincidencia en la misma, lo que prevé presuntamente el incumplimiento del artículo 114 de la Ley 1438 de 2011.

### RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“Verificada la información reportada en el informe preliminar de la auditoría realizada por la Superintendencia Nacional de Salud, a la Dirección Financiera – Tesorería, se evidenció que las diferencias se presentan debido a que en el formato AIT36 y Circular Única, se ingresa la información que se toma del boletín diario de caja y bancos y libros bancarios de la Tesorería, correspondiente a las operaciones de los ingresos y egresos realizados del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015 y del 1 enero al 31 de marzo de 2016.*

*Es importante mencionar que está información está sujeta a las partidas conciliatorias que se generan a la fecha de corte de la presentación de la información (Circular Única) y horarios de giros a través de la red bancaria ACH.*

*De otra parte, la información reportada en la Circular Única Formulario 048 – Cuentas Maestras, es información acumulada, por lo cual el saldo inicial que se toma para el informe a diciembre 31 de 2015, es el correspondiente a enero 1 de 2015 y el saldo final es del 31 de diciembre de 2015, que da como resultado el total de Ingresos y Egresos durante la vigencia 2015.*

*Lo anterior teniendo en cuenta que el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011, establece que: “Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicio de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas, las cajas de compensación, las administradoras de riesgos profesionales y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna. (...)”Cursiva fuera de texto.*

### ACLARACIONES ADICIONALES:

- **Para la vigencia 2015**

#### **Cuenta Maestra – Régimen Subsidiado Banco De Occidente: Según Tabla 12 Del Informe De La Supersalud.**

*El saldo inicial de la cuenta del Régimen Subsidiado por valor de \$464.780.7. millones, mencionado en el informe de la Supersalud corresponde al saldo final del 30 de noviembre de 2015 (inicial del 1 de diciembre de 2015) información que no corresponde, teniendo en cuenta*



que el periodo es del 1 de enero al 31 de diciembre de 2015, cuyo valor inicial según extracto Bancario es \$484.247.2 millones y en libros de \$483.844 millones.

RESPUESTA TABLA 12 BANCO OCCIDENTE REGIMEN SUBSIDIADO

NOMBRE DE LA CUENTA	NOMBRE ENTIDAD BANCARIA	NUMERO DE CUENTA	SALDO INICIAL	SALDO FINAL EXTRACTO BANCARIO DICIEMBRE DE 2015	CONSIGNACIONES NO REGISTRADAS EN BANCOS	GIROS NO REGISTRADAS EN BANCOS	SALDO FINAL CONCILIADO EXTRACTO BANCARIO
Régimen Subsidiado	BANCO DE OCCIDENTE	200-83835-7	484.247.260	450.389.457	6.249.642	5.774.318	450.864.781

Fuente. Conciliación Bancaria - Extracto Bancario Dic./31/2015.

El saldo final según extracto bancario a diciembre 31 de 2015, es de \$450.389.4 millones y teniendo en cuenta que existen consignaciones no registradas en bancos por \$6.249.6 millones, y giros no cobrados en bancos por valor de \$5.774.318 millones, partidas que no surtieron los tramites debido al cierre bancario de fin de año ya que este se realizó el día 30 de diciembre y el Fondo Financiero Distrital de Salud realizó transacciones hasta el día 31 de diciembre, haciéndose efectivo en bancos el 04 de enero de 2016.

#### **Participaciones para Salud Oferta Fondo Financiero Distrital de Salud Bancolombia:**

El valor inicial según la Tabla 12 (Bancolombia) es de \$99.816.1 millones, que corresponde al saldo con corte a 30 de noviembre de 2015 y no al inicial del periodo Observado, (1º de enero al 31 de diciembre de 2015), el cual es \$142.630.3 millones. Es de aclarar que a 31 de diciembre de 2015, existían consignaciones no registradas en bancos por valor de \$2.489.9 millones, y 15 giros no cobrados a 31 de diciembre por \$2.418.4 millones, los cuales como ya se mencionó por el cierre bancario de fin de año, fueron aplicados el día hábil siguiente, o sea el 4 de enero de 2016, quedando un saldo conciliado de \$74.067 millones.

RESPUESTA TABLA 12 BANCOLOMBIA OFERTA

\$ Miles

NOMBRE DE LA CUENTA	NOMBRE ENTIDAD BANCARIA	NUMERO DE CUENTA	SALDO INICIAL	SALDO FINAL EXTRACTO BANCARIO DICIEMBRE DE 2015	CONSIGNACIONES NO REGISTRADAS EN BANCOS	GIROS NO REGISTRADAS EN BANCOS	SALDO FINAL CONCILIADO EXTRACTO BANCARIO
CTA MAESTRA SGP. OFERTA	BANCOLOMBIA	4308322471	142.630.396	73.996.386	2.489.928	2.418.430	74.067.884

Fuente. Conciliación Bancaria - Extracto Bancario Dic./31/2015.

#### **SGP Salud Pública Corpbanca**

El valor inicial de la Tabla 12 – Corpbanca es de \$29.418 millones, corresponde al saldo con corte a 30 de noviembre de 2015 y no al inicial del periodo observado, (1º de enero al 31 de diciembre de 2015, existían partidas no registradas en bancos por valor de \$82.937 millones, para un valor conciliado de \$22.057.105 millones.

RESPUESTA TABLA 12 BANCO CORBANCA

\$ Miles

NOMBRE DE LA CUENTA	NOMBRE ENTIDAD BANCARIA	NUMERO DE CUENTA	SALDO INICIAL	SALDO FINAL EXTRACTO BANCARIO DICIEMBRE DE 2015	CONSIGNACIONES NO REGISTRADAS EN BANCOS	GIROS NO REGISTRADAS EN BANCOS	SALDO FINAL CONCILIADO EXTRACTO BANCARIO
CTA MAESTRA SGP. SALUD PÚBLICA	CORPBANCA	039-00414-3	18.931.357	21.974.168	82.937	0	22.057.105

Fuente. Conciliación Bancaria - Extracto Bancario Dic./31/2015.

*Conclusiones. Como se observa el Ente de Control tomó como fecha inicial del extracto el valor correspondiente al saldo final del mes de noviembre (o sea 1 de diciembre de 2015) y no el del 1 de enero de 2015.*

*Así mismo, no se tuvo en cuenta que la información diligenciada por el Fondo Financiero Distrital de Salud en los formularios establecidos por el Ente de Control tales como el 048 y el AIFT36, se diligencian con el movimiento de los libros de bancos a cierre de cada uno de los respectivos periodos (trimestral y anual). Por consiguiente al analizarse con el extracto, se debe tener en cuenta las partidas conciliatorias por corresponder a operaciones de Tesorería que afectan los movimientos bancarios.*

*Para mayor información se anexa un cuadro resumen aclaratorio a la Tabla 12 “Saldo Cuentas Maestras” a 31 de diciembre de 2015”, elaborado por la Supersalud en el cual se refleja la información suministrada por el Fondo con base en los datos de los libros de bancos, información reportada a la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en la Circular Única/2008 a Diciembre 31 de 2015.*

MILES \$

NOMBRE ENTIDAD	NUMERO DE	SALDO INICIAL	RECAUDOS DE LA	RETIROS DE	SALDO FINAL
BANCARIA	CUENTA		CUENTA	LA CUENTA	
BANCO DE OCCIDENTE	200838357	483.844.093	167.685.170	196.549.696	454.979.567
BANCOLOMBIA	04308322471	141.999.381	81.188.922	149.971.411	73.216.892
CORBANCA	039004143	18.619.713	338.917.785	335.528.004	22.009.494

Fuente. Boletín diario caja y bancos - Libro de Bancos

- **Para el primer trimestre de 2016**

**Cuenta Maestra – Régimen Subsidiado Banco de Occidente, Participaciones para Salud Oferta – Bancolombia y SGP Salud Pública Corpbanca.**

*Se observa en la Tabla 13 “Saldo Cuentas Maestra a 31 de marzo de 2016, elaborada por la Supersalud, que se tomaron los saldos iniciales del mes de febrero de 2016 y no los del 1 de enero de 2016.*

*Así mismo y como se mencionó en el resumen del punto anterior, la información diligenciada por el Fondo Financiero Distrital de Salud en los formularios establecidos por el Ente de Control se diligencia con el movimiento de los libros de bancos a cierre de cada uno de los respectivos periodos por lo cual se debe tener en cuenta las partidas conciliatorias para hacer el comparativo con los extractos bancarios.*

MILES \$

NOMBRE ENTIDAD	NUMERO DE	SALDO INICIAL	RECAUDOS DE LA	RETIROS DE	SALDO FINAL
BANCARIA	CUENTA		CUENTA	LA CUENTA	
BANCO DE OCCIDENTE	200838357	454.979.567	32.189.335	38.946.590	448.222.313
BANCOLOMBIA	04308322471	73.216.893	29.139.085	15.628.948	86.727.030
CORBANCA	039004143	22.009.494	74.281.646	59.024.475	37.266.665

Fuente. Boletín diario caja y bancos - Libro de Bancos

*Por lo anteriormente expuesto, se da respuesta clara y detallada al Hallazgo No 3 respecto a las diferencias presentadas por la SUPERSALUD.*

*Es importante aclarar que la presentación de los informes de la Circular Única y la Información de saldos que registran los Extractos Bancarios son diferentes en determinado periodo de tiempo por el manejo de operaciones de Tesorería al interior de la Entidad el único día del mes, las cuales generan conciliaciones bancarias.” Cursiva fuera de texto.*

## ANALISIS EQUIPO AUDITOR

Una vez analizada la información remitida por la Secretaria de Salud Distrital de Bogotá, se encuentra que las explicaciones sustentadas de los valores reportados son acordes y aclaran el hallazgo No.3.

## CONCLUSIÓN

Por lo anterior, se levanta el hallazgo, toda vez que fue aclarado en su totalidad.

### 3.1.1.7 Cuentas Por Pagar

De acuerdo con el reporte de cuentas por pagar suministrado por el Área de Contabilidad de la Secretaría de Salud del Distrito de Bogotá, se obtiene:

Tabla 16. Cuentas por Pagar Vigencia 2015 Cifras en miles \$

EPS	CxP No Vencida	CxP de 31 a 60 días	CxP de 61 a 90 días	CxP de 91 a 180 días	CxP de 181 a 360 días	CxP mas de 361 días	CxP Vencida	Total CxP
EPS	5.050.149	75.043	3.168.683	1.520.731	14.085.768	82.907.399	101.757.624	106.807.773
IPS	7.320.525	925.336	3.354.075	11.427.312	28.163.464	101.336.415	145.206.602	152.527.127
<b>Total</b>	<b>12.370.674</b>	<b>1.000.379</b>	<b>6.522.758</b>	<b>12.948.043</b>	<b>42.249.232</b>	<b>184.243.814</b>	<b>246.964.226</b>	<b>259.334.900</b>
%	4,77%	0,39%	2,52%	4,99%	16,29%	71,04%	95,23%	

Fuente. Formato AIFT33. Recobros - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Para la Vigencia del Primer trimestre de 2016, el porcentaje de deudas se refleja así:

Tabla 17. Cuentas por Pagar Vigencia 2015 Cifras en miles \$

EPS	CxP No Vencida	CxP de 31 a 60 días	CxP de 61 a 90 días	CxP de 91 a 180 días	CxP de 181 a 360 días	CxP mas de 361 días	CxP Vencida	Total CxP
EPS	8.470	37.188	0	22.175.083	17.312.112	70.349.176	109.873.559	109.882.029
IPS	7.861.932	3.335.433	5.724.226	9.630.054	17.414.067	123.220.743	159.324.523	167.186.455
<b>Total</b>	<b>7.870.402</b>	<b>3.372.621</b>	<b>5.724.226</b>	<b>31.805.137</b>	<b>34.726.179</b>	<b>193.569.919</b>	<b>269.198.082</b>	<b>277.068.484</b>
%	2,84%	1,22%	2,07%	11,48%	12,53%	69,86%	97,16%	

Fuente. Formato AIFT33. Recobros - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Revisada la información reportada en el formato AIFT33 sobre el estado de las cuentas por pagar acumulables a marzo 31 de 2016, la Entidad Territorial adeuda a las Administradoras y Prestadoras, la suma de \$277.068.484 miles, evidenciándose con respecto al saldo a diciembre 2015, un incremento del 1,93% en deuda vencida, pero disminución en las más representativas, que refieren un 1,18% en deudas mayores a 361 días, y un 3,76% de 180 a 360 días de mora.

El estado de las cuentas por pagar, determinado por componente para cada vigencia auditada, se refleja así:

Tabla 18. Cuentas por Pagar por Componente

Cifras en miles \$

Concepto Cuenta por Pagar	A Diciembre de 2015	A Marzo 31 de 2016
Régimen Subsidiado	55.711.715	55.712.765
Subsidio a la Oferta	166.888.885	184.433.455
Acciones de Salud Pública	36.683.580	37.534.221

Fuente. Estados Contables Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Analizadas las cuentas por pagar de las vigencias auditadas, se observa disminución en los periodos más representativos, sin embargo, el Ministerio de Salud y Protección social y la Superintendencia Nacional de Salud, han regulado y establecido las normas que permitan el flujo eficiente y oportuno de los recursos así como el saneamiento de cartera entre los actores del SGSSS.

#### **HALLAZGO No. 4**

Se presume incumplimiento la Ley 715 de 2001 y Circular Conjunta 030 de 2013 en lo que se refiere a las acciones de seguimiento por parte del Ente Territorial para la depuración de los Estados Financieros de los actores del SGSSS, el Decreto 1281 de 2002 en cuanto a la eficiencia y oportunidad en el manejo de los Recursos del Sector Salud, el Decreto 4747 de 2007, por el cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, referente al trámite y plazos para el pago de los servicios de salud prestados, Ley 1438 de 2011, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Circular Externa 016 de la Superintendencia Nacional de Salud la cual refiere las prácticas indebidas relacionadas con el flujo de recursos por parte de las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado e IPS, parágrafo único del artículo 2 de la Ley 1608 de enero de 2013, referente al uso de los recursos de los saldos en cuentas maestras y plan de mejoramiento de 2014 remitido por el Ente Territorial.

#### **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*“Desde la Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud (DAEPDSS) se realizan seguimiento continuos de tipo financiero para la depuración de los Estados Financieros; lo cual incluye Facturación, Cartera, Pasivos, Presupuesto, Costos, Revisoría Fiscal, entre otros, En este seguimiento se involucra todo lo relacionado con la depuración de cartera en los Estados Financieros, lo cual contempla la información registrada en el Decreto 2193 de 2004 (formato de cartera por deudor y edad), Proyecto 704 de la Secretaría Distrital de Hacienda (Fortalecimiento de la Gestión y Depuración de la Cartera Distrital) y Circular 030 de 2013 (procedimiento de aclaración de cartera). De lo anterior existen actas con el resumen de los puntos tratados, en los archivos de las DAEPDSS.*

*En cuanto al seguimiento realizado a las EPS, se anexan algunas actas de visitas de auditoria a través de las cuales se demuestra el seguimiento al pago de cartera que adeudan las diferentes Entidades Promotoras de Salud, se anexan actas de 2015 y 2016, toda vez que el corte contable y cierre financiero con corte a 2015 las EPS lo realizan en el primer trimestre de 2016.*

*Así las cosas, al no existir incumplimiento frente a lo establecido por la Ley 715 de 2001 y la Circular Conjunta 030 de 2013, se solicita el levantamiento del presenta hallazgo.” Cursiva fuera de texto.*

## ANALISIS EQUIPO AUDITOR

Una vez revisada la información soporte del hallazgo No 4, se observa seguimiento con respecto a las EPS por parte de la Secretaria Distrital de Salud por medio de auditorías, sin embargo, no se evidencia seguimiento a las mismas o documento en el que se pueda verificar el certificado en el cual la EPS informe las facturas objeto del pago

De otra parte, la prueba de seguimiento a las IPS, no es suficiente para determinar las acciones realizadas por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, que permita evidenciar que los hospitales están descargando los pagos realizados por las EPS.

## CONCLUSIÓN

Por lo anterior se concluye que la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, debe adoptar medidas de seguimiento que permitan evidenciar tanto por parte de la EPS como de la IPS, el avance de la aclaración y depuración de la cartera que sean soportados, como son actas de auditoría, certificación informando las facturas que se pagan por parte de las EPS, como certificación informando los pagos aplicados por parte de las IPS, entre otros, que permitan realizar el seguimiento al flujo de recursos a través del cumplimiento de la Circular Conjunta 030 de 2013 y demás normas mencionadas.

### 3.1.1.8 Resolución 1479 de 2015

Por medio de la Resolución Distrital 1016 del 1 de julio de 2015, la Secretaría Distrital de Salud, establece el procedimiento para garantizar la prestación, cobro, pago y verificación de los servicios NO POS y mediante Resolución 1632 del 29 de septiembre de 2015, modifica el artículo 10 de la Resolución 1016 de 2015.

A través de la Resolución 1016 del 1 de julio de 2015, la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá se acoge al modelo del capítulo II de la Resolución 1479 de 2015 y, mediante anexo 1 establece los requisitos para la radicación de solicitudes de pago por concepto de servicios y/o tecnologías NO POS y con anexo 2, informa el procedimiento de verificación y control de las solicitudes de pago por el concepto *Ibidem*.

A su vez, soporta con actas debidamente firmadas, la socialización de los anexos de la Resolución Distrital 1016 de 2015, sobre la prestación, cobro y pago de servicios NO POS dirigidos a población subsidiada a la red pública y privada de su jurisdicción; anexa archivo PowerPoint de la presentación realizada. De esta forma se evidencia el cumplimiento al artículo 4 y 11 de la Resolución 1479 de 2015.

De otra parte, al analizar la información de recobros en el formato AIFT34 se observan deudas por Tutelas y CTC así:

Tabla 19. Recobros a Julio 2015

Cifras en miles \$

EPS	TUTELAS				CTC			
	Cantidad de Recobros	Valor cobrado	Valor pagado	Valor por pagar	Cantidad de Recobros	Valor cobrado	Valor pagado	Valor por pagar
CAPITAL SALUD	18672	7.455.525	3.391.210	4.064.314	37552	26.816.328	12.144.514	14.671.814
CAPRECOM	372	384.472	55.824	326.113	591	646.596	462.325	398.176

EPS	TUTELAS				CTC			
	Cantidad de Recobros	Valor cobrado	Valor pagado	Valor por pagar	Cantidad de Recobros	Valor cobrado	Valor pagado	Valor por pagar
COMPENSAR	0	0	0	0	5	1.663	0	1.663
FAMISANAR	0	0	0	0	608	543.566	189.625	497.844
SALUD TOTAL	0	0	0	0	65	527.714	380.547	57.212
UNICAJAS	18	55.051	0	0	1256	1.034.555	277.946	756.609
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>19.062</b>	<b>7.895.048</b>	<b>3.447.034</b>	<b>4.390.428</b>	<b>40.077</b>	<b>29.570.422</b>	<b>13.454.957</b>	<b>16.383.319</b>

Fuente. Formato AIFT34. Recobros - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

Tabla 20. Recobros a Julio 2015

Cifras en miles \$

EPS	TUTELAS				CTC			
	Cantidad de Recobros	Valor cobrado	Valor pagado	Valor por pagar	Cantidad de Recobros	Valor cobrado	Valor pagado	Valor por pagar
CAPITAL SALUD	3346	877.199	0	877.199	6683	4.417.473	0	4.417.473
COMPENSAR	0	0	0	0	117	109.204	0	109.204
FAMISANAR	0	0	0	0	139	445.723	0	445.723
SALUD TOTAL	0	0	0	0	188	209.394	0	209.394
UNICAJAS	0	0	0	0	1175	689.452	0	689.452
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>3346</b>	<b>877.199</b>	<b>0</b>	<b>877.199</b>	<b>8.302</b>	<b>5.871.246</b>	<b>0</b>	<b>5.871.246</b>

Fuente. Formato AIFT34. Recobros - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

## HALLAZGO No. 5

De acuerdo al consolidado de la información reportada en las tablas 16 y 17, se evidencia que la Entidad Territorial presenta incumplimiento al artículo 1 del Decreto 1281 de 2002, en cuanto a la eficiencia y oportunidad en el manejo de los Recursos del Sector Salud, el Decreto 4747 de 2007, por el cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, referente al trámite y plazos para el pago de los servicios de salud prestados.

## RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“Al revisar los saldos de las cuentas por pagar por concepto de subsidio a la oferta, con corte a 31 de diciembre de 2015 y 31 de marzo de 2016, se presenta una variación del 10.51% incrementándose el saldo en un valor de \$17.544.570 miles de pesos; en el proceso contable de causación del Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) mensualmente se registran las facturas por conceptos de servicios de salud.*

*Durante el trimestre analizado se ha causado un total de \$43.916.458 miles de pesos, se han realizado pagos por \$23.768.067 miles de pesos y se han registrado glosas certificadas por valor de \$2.603.821 miles de pesos, situación que hace mayor el saldo que se analiza por parte del Ente de Control, con fecha de corte a marzo 31 de 2016.*

Concepto de cuenta por pagar			%	variación
Subsidio de la oferta	166.888.885,00	184.433.455,00	10,51%	17.544.570,00

Concepto	Movimiento del trimestre
Causación de periodo	43.916.458,00
pagos	23.768.067,00
Glosas definitivas contabilizadas	2.603.821,00

*Para el segundo trimestre de 2016 se informa que en los estados contables se registra un monto de pagos de cuentas causadas en periodos anteriores equivalente a \$81.060.262, en el renglón correspondiente a subsidio a la oferta; para Acciones en Salud Pública el monto cancelado durante el segundo trimestre de 2016 equivale a \$22.389077 miles de pesos.*

*Estas variaciones son parte normal del proceso financiero y administrativo de la Entidad donde algunos periodos muestran variaciones positivas o negativas dependiendo los mismos periodos o las fechas de corte.*

*Así las cosas, al no existir incumplimiento alguno por las razones antes anotadas, se solicita el levantamiento del presente hallazgo.” Cursiva fuera de texto.*

## **ANALISIS EQUIPO AUDITOR**

El artículo 1 del Decreto 1281 de 2002, refiere la eficiencia y oportunidad en el manejo de los Recursos del Sector Salud y el Decreto 4747 de 2007, regula algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, referente al trámite y plazos para el pago de los servicios de salud prestados; por tanto, no se considera que cartera mayor a 361 días, sean parte normal del proceso financiero y administrativo de la Entidad.

## **CONCLUSIÓN**

Toda vez que el hallazgo se refiere a la eficiencia y oportunidad en el pago de los Recursos del Sector Salud, se mantiene el hallazgo.

### **3.1.1.9 Circular Conjunta 030 de 2013**

Con el propósito de continuar con acciones de depuración, aclaración de cartera y flujo de recursos, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, emitieron la Circular Conjunta No. 030 del 2 de Septiembre de 2013 en la cual se asignaron responsabilidades a cada actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es así que a los Entes Territoriales se le asignaron responsabilidades como organizador y como Entidad Responsable de Pago, es así que de acuerdo a la información suministrada se observa:

#### **3.1.1.9.1 Entidad Territorial como Organizadora de las Mesas de Saneamiento de Cartera**

Para dar cumplimiento a las responsabilidades asignadas por la Circular Conjunta 030 de 2013 para el saneamiento de cartera, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá realiza seguimiento a las Entidades Beneficiarias de Pago a través de la Dirección de Análisis de

Entidades Públicas Distritales del Sector Salud y a las Entidades Responsables de Pago a través de la Dirección de Aseguramiento en Salud, que a su vez tiene a cargo la organización y convocatoria de las mesas de saneamiento de cartera.

Para la vigencia 2015 se organizaron 4 mesas en los términos de la Circular Conjunta 030 de 2013. Se convocaron 14 Entidades Responsables de Pago – ERP y 52 Entidades Beneficiarias de Pago - EBP públicas y privadas. En el año se evidencian 444 cuotas de compromisos de pago por valor total de \$ 160.974.763,70 miles

Para la vigencia primer trimestre de 2016, se realizó la primera mesa del año, con la asistencia de 5 Entidades Responsables de Pago y 22 Entidades Beneficiarias de Pago de naturaleza pública. Se evidencian 70 cuotas de compromisos de pago por valor total de \$ 692.390,37 miles y 76 fechas de compromiso de depuración de cartera (*ver hoja de trabajo, archivo AIFT09*) primer trimestre 2016.

En cuanto al reporte de información de inasistencias a la Procuraduría Distrital de Bogotá, para la vigencia 2015, se realizaron cinco (5) Informes de 17 ERP convocadas, para la vigencia 2016 no se presentó información.

Se informa durante la visita que el seguimiento a los compromisos de pago de las ERP, se realiza por medio de la Dirección de Aseguramiento a través de auditorías y, con respecto al descargue de información por parte de las Entidades Beneficiarias de Pago, a través de la Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud.

La información presentada del descargue de la información, en su mayoría, corresponde a los pagos de la vigencia actual, por lo cual no se observa cumplimiento del objetivo de la Circular Conjunta 030 de 2013 que refiere al saneamiento de cartera.

#### **HALLAZGO No. 6**

El literal h del numeral 4.3 II, de la Circular Conjunta 030 de 2013, expresa “*Hacer seguimiento a la depuración de los estados financieros de las Empresas Sociales del Estado – ESE que operen en el respectivo departamento, cuando se encuentre que las facturas ya han sido canceladas por parte de las EPS.*”; así mismo el literal i numeral 4.3 II, refiere “*Hacer seguimiento a los compromisos de pago efectuados por parte de las Entidades Promotoras de Salud – EPS tanto del régimen subsidiado como del régimen contributivo. EN el evento en que las Entidades Promotoras de Salud EPS incumplan los compromisos adquiridos de pagar por giro directo, el departamento deberá informar mensualmente a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, los montos no girados de acuerdo con el formato “Compromisos de Pago X”.*”

Aunque se expresa la realización de seguimiento, solo se observa en diligenciamiento de matriz el seguimiento a las EPS, no así el seguimiento a los hospitales, sin embargo, ninguna de las direcciones encargadas anexa soporte documental claro de las acciones realizadas para el dar cumplimiento a la norma, por lo cual se presume incumplimiento de los literales (h) e (i) del numeral 4.3 II de la Circular Conjunta 030 de 2013.



## RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*” Como ya se había mencionado, desde la Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud (DAEPDSS) se realizan seguimientos continuos de tipo financiero para la depuración de los Estados Financieros; lo cual incluye Facturación, Cartera, Pasivos, Presupuesto, Costos, Revisoría Fiscal, entre otros. En este seguimiento se involucra todo lo relacionado con la depuración de cartera en los Estados Financieros, lo cual contempla la información registrada en el Decreto 2193 de 2004 (formato de cartera por deudor y edad), Proyecto 704 de la Secretaria Distrital de Hacienda (Fortalecimiento de la Gestión y Depuración de la Cartera Distrital) y Circular 030 de 2013 (procedimiento de aclaración de cartera). De lo anterior existen actas con el resumen de los puntos tratados, en los archivos de las DAEPDSS.*

*En cuanto al seguimiento realizado a las EPS, se anexan algunas actas de visitas de auditoria a través de las cuales se demuestra el seguimiento al pago de cartera que adeudan las diferentes Entidades Promotoras de Salud. Se anexan actas de 2015 y 20146, toda vez que el corte contable y cierre financiero con corte a 2015 las EPS lo realizan en el primer trimestre de 2016.*

*De otro lado, se hace la salvedad que los incumplimientos encontrados son reportados a la Superintendencia Nacional de Salud; reportándose al Ministerio de Salud y Protección Social una vez los Hospitales realicen el descargue en sus Estados Financieros y depuren las carteras, para tener así la certeza si los incumplimientos corresponden a la cartera corriente o la cartera de vigencias anteriores, Procesos que en la actualizada se encuentra en curso de conformidad con la fusión de las Unidades de Prestación de Servicios de Salud que a la fecha se adelanta, por disposición del Acuerdo 641 de 2016.*

*Así las cosas, al no existir incumplimiento frente a lo establecido en la Circular Conjunta 030 de 2013, se solicita el levantamiento del presente hallazgo.” Cursiva fuera de texto.*

## ANALISIS EQUIPO AUDITOR

El hallazgo hace referencia que aunque, se expresa la realización de seguimiento, no se mantienen soportes documentales claros que permitan evidenciar las acciones realizadas para dar cumplimiento a la norma, los soportes presentados corresponden al cumplimiento de la realización de las mesas de saneamiento de cartera, diligenciamiento de formato AIFT09 y algunas actas de auditoria a EPS, pero no así, soporte de acciones de seguimiento, en su mayoría por parte de los hospitales.

## CONCLUSIÓN

Como se mencionó anteriormente, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, debe adoptar medidas de seguimiento que permitan evidenciar tanto por parte de la EPS como de la IPS, el avance de la aclaración y depuración de la cartera que sean soportados, como son actas de auditoria, certificación informando las facturas que se pagan por parte de las EPS, como certificación informando los pagos aplicados por parte de las IPS, entre otros, que permitan realizar el seguimiento al flujo de recursos a través del cumplimiento de la Circular Conjunta 030 de 2013 y adaptadas a la nueva estructura.

### 3.1.1.9.2 Reportes de Información

En cumplimiento de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se realizan cruces de información entre lo reportado en la plataforma PISIS dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social y el formato AIFT09 diseñado por esta Superintendencia.

Tabla 21. Calidad de Información

Nit ERP	Razón Social ERP
800130907	CAPITAL SALUD UNICAJAS
800140949	CAFESALUD CRUZ BLANCA UNICAJAS
830009783	ECOOPSOS NUEVA EPS
830074184	SALUD VIDA
830074194	
800250119	SALUDCOOP
891856000	
860045904	UNICAJAS
900156264	NUEVA EPS

Fuente. Formato AIFT09. - Secretaria de Salud Distrital de Bogotá.

En el consolidado de la información de mesas de saneamiento de la vigencia 2015, se observa en la tabla 21, el mismo NIT para diferentes ERP y en segundo lugar; igual razón social y diferente NIT, como por ejemplo UNICAJAS que presenta tres NIT. Lo mismo se evidencia con las Entidades Beneficiarias de Pago, presentándose inconsistencia de NIT y falta de unificación de la razón social. Para la vigencia primer trimestre de 2016, aunque la información es mejorada, se sigue presentando la misma inconsistencia de la vigencia anterior. Por lo cual es necesario que la Entidad Territorial revise y depure la información presentada para retransmitir la misma con la calidad requerida.

#### **HALLAZGO No. 7**

La calidad de información reportada en el formato AIFT09 no es confiable, lo cual obstaculiza la realización de las respectivas acciones de inspección, vigilancia y control, por tanto, se evidencia incumplimiento del artículo 114 de la Ley 1438 de 2011.

#### **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*“En el consolidado de la información de mesas de saneamiento de la vigencia 2015, se observa el mismo NIT para diferentes EPS.*

*Una vez revisada la información registrada en PISIS de la Circular 030, el NIT de las EPS informadas en la tabla 21 del hallazgo corresponde a cada entidad, sin embargo nuevamente se remite el formato en CD con la información correspondiente.”*

#### **ANALISIS EQUIPO AUDITOR**

El Hallazgo hace referencia a la calidad de información que se reporta a las diferentes entidades de control, siendo la Superintendencia Nacional de Salud una de ellas.

En el análisis de la información remitida en el CD, se observa que se corrigieron las inconsistencias presentadas

#### **CONCLUSIÓN**

Dado que se subsana el hallazgo, se levanta el mismo, sin embargo, se insta a la entidad a seguir reportando la información con estándares de calidad.

### 3.1.1.9.3 Entidad Territorial como Entidad Responsable de Pago.

Teniendo en cuenta, que la información suministrada por la Entidad Territorial durante la visita en el formato AIFT09 de la vigencia 2015 y primer trimestre de 2016 corresponde a las mesas realizadas entre las diferentes ERP y EBP sin ser incluida la Secretaría de Salud de Bogotá como Entidad Responsable de Pago, para el presente informe se consideró la información enviada al correo [mesasdesaneamiento@supersalud.gov.co](mailto:mesasdesaneamiento@supersalud.gov.co) el día 16 de marzo de 2016 de la vigencia 2015.

Al realizar el cruce de información del formato AIFT09 con Plataforma PISIS; para evidenciar el cumplimiento de la Circular Conjunta 030 de 2013, de la Entidad Territorial como (ERP) se observa:

Tabla 22. Cruce Totales por Naturaleza EBP Cifras en miles \$

Naturaleza	ERP Saldo Factura	IPS Saldo Factura	Menor Valor Coincidente	Valor Compromisos de Pago	% Menor Valor	% Compromiso de Pagos
EPS	33.938.740	58.063.877	485.215	23.930.619	0,00	4,93
EBP PUBLICA	50.789.597	82.629.087	8.966.511	0	0,05	0,00
EBP PRIVADA	60.926.210	22.999.403	7.790.238	0	0,05	0,00
EBP MIXTA	2.649.181	1.848	0	0	0,00	0,00
<b>TOTAL DEUDA</b>	<b>148.303.728</b>	<b>163.694.215</b>	<b>17.241.965</b>	<b>23.930.619</b>	<b>0,10</b>	<b>4,93</b>

Fuentes: Reporte Circular Conjunta 030 - Corte Dic 2015. Plataforma PISIS y Reporte Formato AIFT09 - Entidad Territorial

Tabla 23. Cruce EPS Circular 030 plataforma PISIS con información mesas de saneamiento de cartera. Cifras en miles \$

Razón Social EBP - Entidad Beneficiaria de Pago	ERP Saldo Factura	IPS Saldo Factura	Menor Valor	Número de Mesa	Fecha Realización Mesa	Fecha Compromiso de Depuración	Valor por Cuota del Compromiso Total de Pago	Fecha Compromiso de Pago de la Cuota
ECOOPSOS	283.146,9	334.778,7	139.115,8	1	30/06/2015		50.785,5	30/09/2015
				2	30/09/2015			
CAPRECOM	1.492.681,1	1.474.647,5	346.081,0	2	30/09/2015			
				3	22/12/2015			
CAPITAL SALUD	26.185.248,0	56.254.451,1	18,0	1	30/06/2015		5.588.648,8	30/09/2015
				2	30/09/2015		8.567.124,9	31/12/2015
				3	22/12/2015		9.724.059,6	31/03/2016
COLSUBSIDIO	2.970.298,9	0	0	2	30/09/2015		0	
COMFACUNDI	1.698.448,1	0	0					
SOLSALUD	1.080.027,4							
CAFAM	153.210,4	0	0					
SALUD TOTAL	57.212,4	0	0					
COMFENALCO QUINDIO	5.938,3	0	0					
COMPENSAR	1.663,1	0	0					
ALIANSA SALUD	85,7	0	0					
<b>TOTAL DEUDA</b>	<b>33.927.960</b>	<b>58.063.877</b>	<b>485.215</b>	<b>TOTAL COMPROMISOS DE PAGO</b>			<b>23.930.619</b>	

Fuentes: Reporte Circular Conjunta 030 - Corte Dic 2015. Plataforma PISIS y Reporte Formato AIFT09 - Entidad Territorial

Para la Vigencia 2015, de las mesas realizadas con las EPS públicas y privadas se firmaron compromisos de pago por valor total de \$ 23.930.618,9 miles, representados el 99.78% a la EPS CAPITAL SALUD, el 0.21% a la EPS ECOPSOS y un 0% con la EPS CAPRECOM, que es la entidad con mayor valor de obligatorio pago.

Así mismo, se observa que la Entidad Territorial refleja deudas con IPS que no la reportan como deudora.

Con Igual metodología aplicada a la tabla 23, se realizó el cruce de información con las Entidades Beneficiarias de Pago Públicas, Privadas y mixtas, y en razón del volumen de la información, se deja como soporte documental en la carpeta de papeles de trabajo y se detalla la generalidad del resultado de las mismas.

Se observa mayor realización de compromisos de pago con las EBP de Naturaleza Privada, acordando pagos por valor de \$ 4.009.265,79 miles de los 7.790.238,36 miles, entre tanto que con las EBP de Naturaleza Pública solo acordó \$ 71.904,35.miles

## **HALLAZGO No. 8**

1. La Entidad Territorial no ha programado ni realizado el 100% del pago obligatorio del menor valor coincidente, por lo cual se evidencia incumplimiento de la Circular Conjunta 030 de 2013 la cual establece dentro del objetivo de la misma, que en el evento de existir coincidencia, resultado de los cruces de información, se deberían fijar y suscribir compromisos **obligatorios** de pago y artículo 1 del Decreto 1281 de 2002, en cuanto a la eficiencia y oportunidad en el manejo de los Recursos del Sector Salud.
2. La Entidad Territorial refleja en el informe reportado a la plataforma PISIS deudas con Entidades Beneficiarias de pago que no le reportan como deudora, lo cual indica presunto incumplimiento a la Circular Conjunta 030 de 2013 y al artículo 114 de la Ley 1438 de 2011.

## **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*“La Entidad Territorial si cumple con la Circular Conjunta 030 de 2013 y con el artículo 1 del Decreto 1281 de 2002, ya que la referida Circular contempla que se debe reportar “... Información de facturas radicadas o cobros radicados en el periodo de reporte y de las facturas reportadas o cobros radicados en el periodo de reporte y de las facturas reportadas o cobros reportados en periodos anteriores que hayan tenido alguna actualización en los datos (Anexo Técnico 1 y 2), de las IPS por servicios prestados a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud con cargo a las EPS-S, de los afiliados al Régimen Contributivo con cargo a las EPS y de la población pobre no asegurada con cargo a las Entidades Territoriales o de los cobros que presentan las EPS-S con cargo a las Entidades Territoriales”.*

*Así las cosas, cuando se encuentren valores coincidentes, no siempre quiere decir que sean valores libres para pago y que se deba fijar y suscribir compromiso de pago, esto teniendo en cuenta que pueden ser valores radicados que no han surtido el proceso de conciliación de cuentas médicas a las glosas que formula la Entidad Territorial a los diferentes prestadores, por lo que no se ha fijado el valor final definitivo a reconocer por parte del Fondo Financiero Distrital de Salud – FFDS.*

*Conforme a lo explicado, se solicita levantar el presente hallazgo.” Cursiva fuera de texto.*

## **ANALISIS EQUIPO AUDITOR**

Para dar claridad al concepto de menor valor coincidente referido en la Circular Conjunta 030 de 2013, a continuación, se transcribe lo expresado por el Ministerio de Salud y

Protección Social en los numerales 4 y 5 del aparte II RECOMENDACIONES de la NOTA EXTERNA No 211493 de 2014.

*“4. El menor valor que cruza, significa que mínimo en este valor hay una coincidencia en todos los datos de la facturación entre el responsable de pago y el prestador de servicios de salud por lo que no existe ninguna razón legal un procedimental para que estos valores no sean pagados de manera inmediata.*

*5 Los valores coincidentes conforme al resumen anterior donde los datos detallados de las cuentas por cobrar de los prestadores coinciden con las cuentas por pagar deben ser cancelados de manera inmediata. Tanto las Entidades Territoriales como las EPS cuentan con el flujo de recursos y las fuentes previstas por la Ley para hacer estos pagos de inmediato...”* *Cursiva fuera de texto.*

## **CONCLUSIÓN**

Por lo anterior el hallazgo se mantiene.

### **3.1.1.10 Sistema De Información - Circular Única.**

Consultado el Sistema de Información de la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud (Circular Externa 047 de 2007 y modificatorias), se evidencia que la Entidad Territorial ha dado cumplimiento en el pazo establecido por Circular Ibídem en el reporte de la información correspondiente a los archivos, por lo cual, se evidencia presunto incumplimiento al numeral 1 de la Circular Ibídem.

### **3.1.2 COMPONENTE DE ASEGURAMIENTO**

#### **3.1.2.1. Secretaria Distrital de Planeación.**

En la Secretaria Distrital de Planeación el funcionario auditor de la Superintendencia Nacional de Salud fue atendido en el piso octavo del Centro Administrativo Distrital (CAD) por el Subsecretario de Gestión Corporativa doctor Ciro Gonzalez, ante el cual informó y entregó copia del Auto No. 196 de 2016 que ordena la señora Superintendente Delegada de Supervisión Institucional la auditoría al Distrito Capital, procediendo el doctor Gonzalez a designar atender la visita de auditoría al Director del Sisben doctor Helmut Menjura Murcia, dirigiéndonos a su despacho en el piso 13 de la torre del CAD.

El funcionario auditor de la Superintendencia Nacional de Salud hizo la solicitud de documentos entregando al doctor Helmut Menjura un oficio fechado veinticinco (25) de abril de 2016 donde se “lista la solicitud de documentos para verificación del componente de aseguramiento, visita de auditoría integral”, con la indicación que la Secretaria Distrital de Planeación entregue al equipo de auditoría de la Supersalud documentos tales como estructura y organización para la focalización según las competencias de la Secretaría Distrital de Planeación, informes para la gestión del aseguramiento en salud, documentos para la focalización con inscripción, verificación, control y registro en bases de datos certificadas de los ciudadanos focalizados y priorización en la afiliación al régimen subsidiado en Bogotá, Distrito Capital.

El Director del Sisben informó al equipo auditor, que la Secretaría Distrital de Planeación contrata con personas jurídicas privados externos “la gestión operativa para aplicación de encuestas” y que durante 2014 y 2015 las encuestas Sisben luego de ser aplicadas únicamente en el lugar de vivienda del solicitante, de acuerdo a la metodología diseñada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP) y con los instrumentos técnicos también diseñados por el DNP, fue verificada la información recibida, quedando un soporte de la visita realizada, además debió ser colocado un sticker del Sisben en la puerta de la vivienda, para luego entregar la totalidad de los resultados de la base en el aplicativo de la Secretaría Distrital de Planeación (SDP).

En consecuencia fueron solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud la copia del contrato 138 de 2015 cuyo objeto es la *“prestación de servicios para aplicar la ficha de clasificación socioeconómica con base en la metodología SISBEN en la modalidad a la demanda, incluidos los casos que resulten por acciones de tutela”* y copia del contrato 143 de 2015 cuyo objeto contractual es *“realizar la interventoría integral: técnica, operativa, administrativa y financiera, al contrato suscrito por la Secretaría Distrital de Planeación – SDP, para aplicar la ficha de clasificación socioeconómica con base en la metodología SISBEN en la modalidad a la demanda incluidos los casos que resulten de acciones de tutela”*.

La Secretaría Distrital de Planeación hizo entrega a la Superintendencia Nacional de Salud de los siguientes documentos e información:

- Certificación con el nombre del Representante Legal Andres Ortiz Gómez, Secretario Distrital de Planeación, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.295.612 de Bogotá, acta de posesión No. 004 del 01 de enero de 2016, fecha de inicio de labores 01/01/2016, cargo Secretario de Despacho, código 020 grado 09 de la Secretaría de Planeación Distrital, teléfono de contacto 3358000 email, notificaciones [aortiz@sdp.gov.co](mailto:aortiz@sdp.gov.co).
- Oficio con la ubicación de los puntos de atención Sisben en la red de los Centros de Atención Distrital Especializados (cades) y otros canales de atención de la Secretaría Distrital de Planeación.
- Certificación del director de gestión humana sobre vinculación laboral del señor Secretario Distrital de Planeación, doctor Andrés Ortiz Gómez.
- Tablas de bases certificadas Sisben por el DNP de los meses febrero, marzo 2016.
- Copia del Acuerdo No. 257 de fecha 30 de noviembre de 2006 del Concejo Distrital, *“por el cual se dictan normas básicas sobre la estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las entidades de Bogotá, Distrito Capital, y se expiden otras disposiciones”*.
- Copia del Decreto Distrital No. 016 de fecha 10 de enero de 2013 *“por el cual se adopta la estructura interna de la Secretaría distrital de Planeación y se dictan otras disposiciones”*.
- Proceso Documentado “Aplicación de Encuesta SISBEN a la demanda”, versión 7 acta de mejoramiento 317 de abril 14 de 2016, proceso M-CA-003, Dirección de Sisben. Proceso a los que aporta M-CA-003 Producción, Análisis y Divulgación de la Información”. Objetivo: aplicar, revisar y digitar las encuestas del Sisben,

realizadas en respuesta a los requerimientos de los ciudadanos, para ser incluidas en el archivo histórico de la SDP. Alcance: El procedimiento inicia a partir de un archivo acumulado de solicitudes, inmediatamente después el contratista encargado de realizar las encuestas debe atenderlas y posteriormente presentar el resultado de dichas encuestas a la SDP, la cual finaliza el trámite con la sistematización de la información suministrada.

- Cuadro de Caracterización Documental. Objetivo, alcance, insumos/proveedor, Flujograma, Normograma (Constitución Política, Ley 715 de 2001 artículos 94 y 48, Decreto Distrital 83 de 2007, Conpes social 117 de 2007, Ley 1176 de 2007, Decreto-Ley 4816 de 2008 que reglamenta el art. 24 de la Ley 1176 de 2007, Acuerdo 415 de 2009 que regula forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado de Salud) y Ficha de Valoración Documental.
- Copia del Contrato No. 138 de 2015 Prestación de Servicios. Contratante Distrito Capital- Secretaría Distrital de Planeación Nit 899.999.061-9. Contratista Consorcio SISBEN SDP. Nit 900864615-1 conformado por SINVA S.A. Nit 860.531.202-1, PROYECTAMOS COLOMBIA SAS Nit 900.555.513-3 y ESTADISTICA Y ANALISIS SAS Nit 900.067.869-6 Representante legal Carol Andrea Niño Suarez C.C. No. 52.711.477 de Bogotá. Valor del contrato: Clausula Octava: Valor unitario fijo ofertado por encuesta efectiva es de \$ 21.376 incluido IVA hasta dos mil cuarenta y siete millones doscientos setenta y tres mil trescientos sesenta y cuatro pesos (\$ 2.047.273.364) incluido IVA. Plazo de ejecución: ocho meses o hasta agotar recursos. Objeto “Aplicar la ficha de clasificación socioeconómica con base en la metodología sisben en la modalidad de demanda, incluidos los caso que resulten por acciones de tutela”. (Encuestas aproximadas 80.451). Inicio 15 julio de 2015.
- Copia del Contrato No. 143 de 2015 Prestación de Servicios. Contratante Distrito Capital- Secretaría Distrital de Planeación Nit 899.999.061-9. Contratista Unión Temporal SISBEN 2015. Nit 900819486-7 conformado por CORPORACION CENTRO REGIONAL DE POBLACION CCRP Nit 860036072-6, SISTEMAS DE INFORMACION Y ASESORIAS TECNICAS LIMITADA S.I.A.T. LTDA Nit 800211424-7 Representante legal Fanor Manuel Córdoba Sanchez C.C. No. 87.452.158 de Samaniego - Nariño. Valor del contrato: Clausula Décima: hasta por la suma de doscientos un millón, cuatrocientos cuarenta y uno mil doscientos cincuenta pesos m/cte (\$ 241.000.251) incluido IVA. Plazo de ejecución: nueve meses o hasta agotar recursos. Objeto “Realizar la interventoría integral: técnica, operativa, administrativa y financiera, al contrato suscrito por la secretaria Distrital de Planeación – SDP, para Aplicar la ficha de clasificación socioeconómica con base en la metodología sisben en la modalidad de demanda, incluidos los casos que resulten por acciones de tutela”. (Encuestas aproximadas 80.451). Inicio 04 de agosto de 2015.
- Copia del Manual del Encuestador. Departamento Nacional de Planeación, DNP ISBN 978-958-
- Copia del Modelo Formato Ficha de Clasificación Socio- Económica.
- Copia solicitud de visita No. 2099111 de fecha 24 de febrero de 2016.

Respecto de la estructura interna de la Secretaría Distrital de Planeación fue adoptada mediante Decreto Distrital 16 de 10 de enero de 2013.

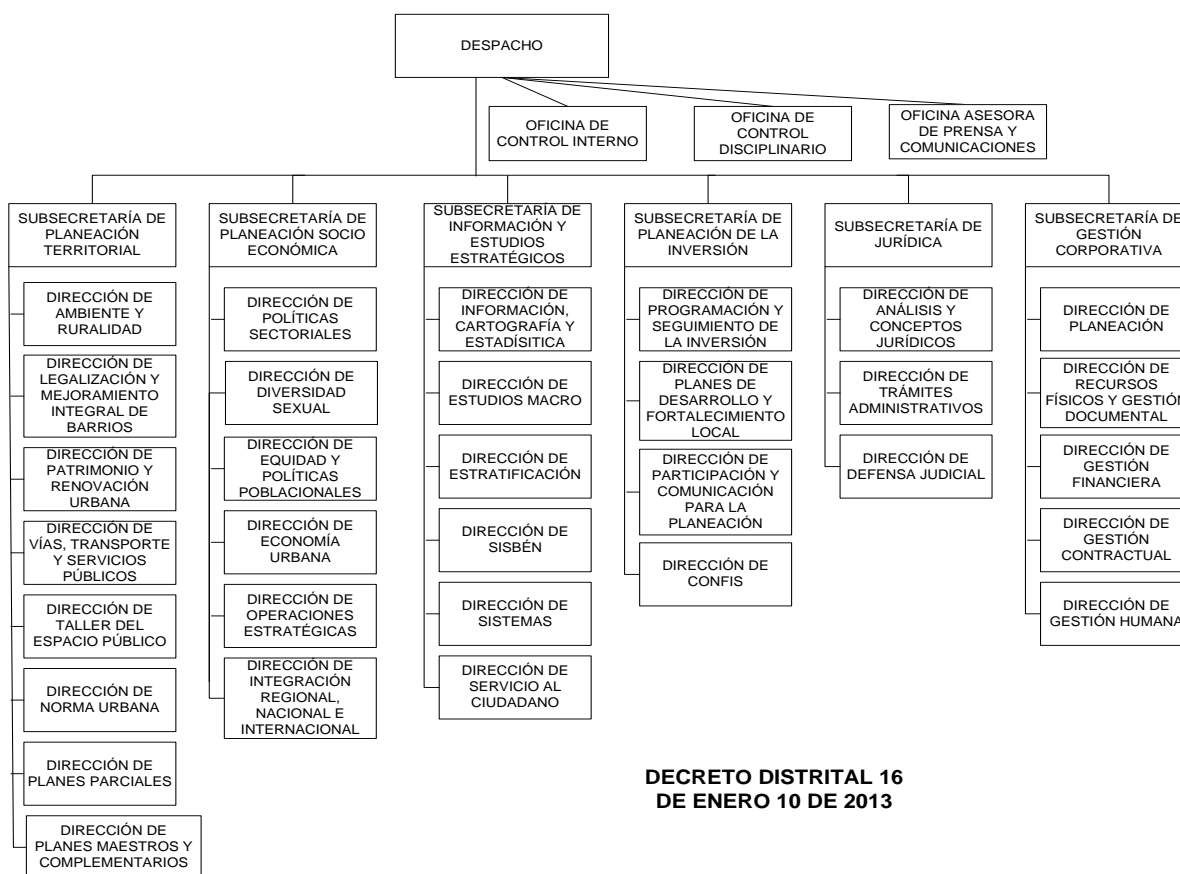
El Capítulo I del precitado decreto estableció el objeto y las funciones generales de la Secretaría Distrital de Planeación, artículo 1° “Objeto. La Secretaría Distrital de Planeación, tiene por objeto orientar y liderar la formulación y seguimiento de las políticas y la planeación territorial, económica, social y ambiental del Distrito Capital, conjuntamente con los demás sectores. **En la función de focalización señaló en el artículo 1° literal n) Formular, orientar y coordinar el diseño y la implementación de los instrumentos de focalización para la asignación de servicios sociales básicos y para la administración del SISBEN.**”

### 3.1.2.1.1. Estructura Organizacional de la Secretaria Distrital de Planeación

La Secretaría Distrital de Planeación está organizada en seis (6) subsecretarías a saber, Subsecretaría de Planeación Territorial, Subsecretaría de Planeación Socio-Económica, Subsecretaría de Planeación de la Inversión, Subsecretaría de Jurídica, Subsecretaría de Gestión Corporativa y Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos.

La Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos a su vez, se integra con seis direcciones a saber. La Dirección de Información, Cartografía y Estadística, la Dirección de Estudios Macro, la dirección de Estratificación, la Dirección de sistemas, la Dirección de Servicio al ciudadano y la Dirección de Sisben.

Gráfica No. 1. Organigrama de la Secretaría Distrital de Planeación



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación, 2016.



La Secretaría Distrital de Planeación tiene diversos canales de comunicación para atender la función de focalización de la población de Bogotá Distrito Capital aplicando la encuesta Sisben, para ello atiende de manera presencial en toda la red cade (cades y supercades en Bogotá) en módulos de atención de forma presencial y por teléfono. Igualmente, por correo electrónico [encuestasisben@sdp.gov.co](mailto:encuestasisben@sdp.gov.co), por central conmutada (PBx), por fax y por la línea única “195”.

Tabla No. 24 Ubicación Puntos de Atención Sisben Red Cade

CADE / SUPERCAD	LOCALIDAD	TELEFONO Y DIRECCION CADES/ SUPERCAD	TELEFONO	MODULOS DE ATENCION POR PUNTO
SUPERCAD CAD	Teusaquillo	KR 30 No. 25 90	3507764 / 3509045	4 Módulos
SUPERCAD AMERICAS	Kennedy	AK 86 No 43 - 55 Sur	2640958 / 2640980	3 Módulos
SUPERCAD BOSA	Bosa	AC 57 R Sur 72 - 12	7761212 / 7761356	2 Módulos
SUPERCAD SUBA	Suba	CI 145 103 B 90	6817928 / 6816467	2 Módulos
SUPERCAD 20 DE JULIO	San Cristóbal	Kr 5 A No. 30 D 20 Sur	2094328	2 Módulos
CADE CANDELARIA	Ciudad Bolívar	CL 60 A Sur 28 - 80	7184518 / 7184545	3 Módulos
CADE SANTA LUCIA	Rafael Uribe Uribe	AV Caracas 42 00 Sur	7604827	2 Módulos
CADE YOMASA	Usme	CI 78 Sur 1 – 71 Este	7684892 / 7682387	1 Módulo
CADE LA VICTORIA	San Cristóbal	Dg 37Sur 2 – 00 Este	2076905	1 Módulo
CADE SANTA HELENITA	Engativa	Kr 84 Bis 71 B 53	4382251	1 Módulo
CADE KENNEDY	Kennedy	CL 36 Bis Sur 78 K 40 Edificio ETB.	4513455	1 Módulo
CADE FONTIBON	Fontibón	Diagonal 16 No. 104 – 51	4226947	1 Módulo
CADE MUZU	Puente Aranda	Kr 51 F No. 43 - 50 sur (Autopista Sur)	7112616	1 Módulo
CADE PLAZA AMERICAS	Kennedy	Kr 71 D 6 – 94 Sur Centro Comercial P. Américas	2618022	1 Módulo
CADE TUNAL	Tunjuelito	Kr 24 C 48 - 94 Sur Centro Comercial Tunal	7604155	1 Módulo
CADE SERVITA	Usaquén	CI 165 7- 52	6703387	1 Módulo
CADE GAITANA	Suba	Tv 126 133 – 32	6896616	1 Módulo

Otros canales de atención de la Secretaría Distrital de Planeación SDP son:

- Correo: [encuestasisben@sdp.gov.co](mailto:encuestasisben@sdp.gov.co)
- PBX: 3358000 Opción dos

- Línea gratuita 01 8000 – 913038
- Línea de Fax 3358000 Ext. 8124
- Línea Bogotá 195

### 3.1.2.1.2 Focalización de la Población Pobre y Vulnerable

La Ley 715 de 2001, artículo 94 preceptuaba *“Artículo 94. Definición de focalización de los servicios sociales. Focalización es el proceso mediante el cual se garantiza que el gasto social se asigne a los grupos de población más pobre y vulnerable. El Conpes Social definirá cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios, así como los criterios para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales. En todo caso, las entidades territoriales al realizar inversión social, especialmente mediante la asignación de subsidios, deberán aplicar los criterios de focalización, definidos por el Conpes Social.”*

Luego la Ley 1176 de 2007 mediante el artículo 24 modificó el artículo 94 de la Ley 715 de 2001, añadiendo que le corresponde al Departamento Nacional de Planeación (DNP), entre otras funciones, definir las condiciones de ingreso, suspensión y exclusión de las personas a las bases de datos que hacen parte de los instrumentos de identificación de potenciales beneficiarios, hacer los cruces de información necesarios para su depuración y actualización, así como dar los lineamientos para su implementación y operación, diseñar las metodologías, consolidar la información a nivel nacional, y realizar los controles de calidad pertinentes; así mismo, el DNP debe coordinar y supervisar la implementación, mantenimiento y actualización de las bases de datos.

El Decreto 1082 de 2015 en el artículo 2.2.8.1.8 estableció para la Dirección de Desarrollo Social - Departamento Nacional de Planeación *“la función de realizar la coordinación y supervisión de la organización, administración, implementación, mantenimiento y actualización de las bases de datos que conforman los instrumentos del sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales”*.

En cumplimiento del ordenamiento constitucional vigente, el Estado colombiano garantiza el derecho a la salud de sus habitantes con la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los ciudadanos se accede a la prestación de los servicios de salud mediante el esquema de aseguramiento en salud.

El aseguramiento en salud de los colombianos, se realiza mediante la afiliación al Régimen Contributivo para la población que tiene capacidad económica de pago o al Régimen Subsidiado mediante el subsidio del aporte estatal, para quienes viven en condiciones de pobreza y no tienen la posibilidad de financiar su aseguramiento en salud, mediante el instrumento de “focalización sisben” Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales, Sisbén.

Para el Distrito Capital de Bogotá, el proceso de focalización se halla documentado en la Secretaria de Planeación Distrital bajo la nomenclatura de M-PD-051 APLICACIÓN DE ENCUESTA SISBÉN A LA DEMANDA, versión 7 acta de mejoramiento 317 de abril 14 de 2016, Proceso M-CA-003, responsable oficina Dirección del Sisben.

- a. Inicia con el registro de la solicitud del ciudadano, que se registra en el sistema de almacenamiento de registro de solicitudes.
- b. Genera archivo de solicitudes acumulado que se orienta hacia la empresa contratista que aplica la ficha encuestadora del sisben.

- c. Entrega al contratista las solicitudes para atender. Genera archivo acumulado para el contratista.  
Hasta aquí el término de realización es establecido en (2) dos días
- d. El encuestador-contratista adelanta la aplicación de las encuestas con base en las pautas establecidas por el Departamento Nacional de Planeación, en el término de (30) treinta días.
- e. El interventor contratista hace seguimiento y control de calidad con base en las pautas establecidas por el Departamento Nacional de Planeación y el manual de interventoría de la SDP.
- f. Entrega al funcionario designado para revisión por la Dirección del Sisben, los informes y el CD. Un auxiliar administrativo revisa mediante punteo aleatorio las fichas recibidas.
- g. De existir inconsistencia son devueltas al contratista con oficio del Director del Sisben, solicitando explicación.
- h. El profesional de la Dirección del Sisben selecciona las encuestas con resultado exitoso e inicia el procedimiento de sistematización de la información.
- i. Base de datos de encuestas sisben a la demanda. Digitalizada y autorizada para unir a la base histórica del sisben. Clientes: Secretaria Distrital de Planeación, Entidades del Sector Social, Ciudadanos.

Del literal d hasta el literal i el término definido por la SDP es de ocho (8) días.

El contratista tiene establecido como obligaciones en el contrato de prestación de servicios para la realización de las encuestas Sisben, con los resultados finales a través del módulo de visitas del aplicativo de administración del sisben de la SDP, las fichas sisben físicas son organizadas y archivadas, tanto de encuestas efectivas, como de visitas no efectivas, se digitalizan las fichas, son atendidas y solucionados las quejas y reclamos, para finalmente ser entregados los resultados mensuales y son archivadas las fichas físicas en el archivo central distrital, en inmueble ubicado en la calle 21 No. 69 b 80.

El Departamento Nacional de Planeación solicita al Distrito Capital y a los municipios de Colombia, que realicen un ejercicio de validación de calidad de la base de datos local que permita cotejar la información registrada con el objetivo de identificar inconsistencias o irregularidades, las cuales el ente territorial deberá verificar con el acompañamiento de los organismos de control del nivel nacional, departamental o municipal, cuando a ello hubiere lugar.

El Departamento Nacional de Planeación (DNP) brinda el soporte técnico necesario para que Bogotá Distrito Capital, ejecute estas actividades. Con ello, y validada la información inconsistente, *“excluirán de la base aquellos registros desactualizados, duplicados o que contengan información inexacta”*.

El DNP ejecuta la consolidación de la “base certificada del Sisben” con base en los controles de calidad que realice Bogotá Distrito Capital generados en cada corte de los listados sisben con registros inconsistentes para los siguientes casos:

1. Fallecidos.
2. Duplicados.
3. Casos en verificación.
4. Cruce con UGPP.
5. Cambios en tipo de unidad de vivienda.

Por tanto, el DNP remite el listado de casos y los procedimientos de exclusión que debe adelantar Bogotá Distrito Capital en cada corte, con el fin de efectuar la depuración de la base de datos del Sisben.

En cada corte del Sisben, el DNP realizará el control y seguimiento de la ejecución de los procedimientos de exclusión que debe realizar el ente territorial, a partir de otros cruces con registros administrativos y expide las bases certificadas del sisben Distrital.

La Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá envía al Departamento Nacional de Planeación mensualmente las bases de datos con los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado por sexo y localidad, según puntaje y por vía de ejemplo, para marzo 2016 la base certificada ejemplificada como tabla No. 2 totaliza potenciales beneficiarios (4.070.906) cuatro millones setenta mil novecientos seis personas, en nivel 1 régimen subsidiado (1.881.909) uno millón ochocientos ochenta y uno mil novecientos nueve; en nivel 2 del régimen subsidiado 551.040.

Fuera del régimen subsidiado de salud (1.375.327) uno millón trescientos setenta y cinco mil trescientos veintisiete y no potencial beneficiario con EPS Subsidiada (302.630) trescientas dos mil seiscientas treinta personas.

En cuanto al nivel educativo, la tabla No. 3 base certificada marzo 2016 registra: “ninguno nivel educativo” 686.397 personas; nivel educativo “primaria” 1.142.362 personas; nivel educativo “secundaria” 1.854.695 personas; nivel técnico o tecnólogo 158.587 personas; nivel universitario 218.423 personas y posgrado 10.442 personas.

#### **HALLAZGO No. 9**

La Secretaria Distrital de Planeación en el procedimiento documentado sobrepasa el término de respuesta a la solicitud del ciudadano peticionando ser focalizado con la realización de la encuesta sisben, porque sobre pasa el término establecido para la respuesta a los derechos de petición, según la Ley 1755 de 2015 Estatutaria del Derecho de Petición fue establecida en (15) quince días hábiles, artículos 14 y 20 concordante con Ley 1712 de 2014.

## **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

La Secretaría Distrital de Salud aseveró la respuesta es competencia de la Secretaría Distrital de Planeación.

La Secretaría Distrital de Planeación mediante radicado NURC 1-2016- 115889 de fecha veinticinco (25) de agosto de 2016 respondió al hallazgo No. 9 presentado a ella por la Superintendencia Nacional de Salud en informe preliminar de la siguiente forma:

*“Para efectos de atender las solicitudes de encuesta por parte de la ciudadanía, la SDP en el marco del Sistema Integrado de Gestión, documentó en el procedimiento M-PD-051 “Aplicación de Encuesta Sisbén a la Demanda” las actividades que implican la encuesta y su procesamiento desde el momento en que el ciudadano solicita la visita a su lugar de residencia hasta el envío de los datos por parte de la SDP al Departamento nacional de Planeación-DNP, entidad que es la única competente para validar y comunicar el resultado oficial, el cual puede ser consultado en la página web [www.sisben.gov.co](http://www.sisben.gov.co).*

*El término general del procedimiento antes comentado, está acorde con lo reglamentado por el Departamento Nacional de Planeación-DNP en cuanto a las fechas de entrega para certificación de las bases brutas municipales y Distritales del Sisben, y de su publicación y envío de la base certificada del Sisbén o base nacional de encuestados.*

*Dichos plazos o términos, para el año 2016, han sido establecidos por la Nación en la Resolución 3900 del 11 de noviembre de 2015. En atención a ellos la base bruta de encuestados del Distrito Capital se envía al Departamento Nacional de Planeación con cortes correspondientes a cada mes del año.*

*Como puede observarse en dicha Norma se fijan las fechas en las que las entidades territoriales deben enviar su base de datos y las encuestas aplicadas y debidamente procesadas, esto con el fin de que el DNP realice sus procedimientos internos de consolidación, validación y publicación de la base nacional de encuestados. No sobra mencionar que los registros validados por la Nación corresponden a los que han superado los procesos de depuración y control de calidad los cuales sirven para que las entidades encargadas adelanten los procesos de selección de beneficiarios y de asignación de subsidios.*

*Ahora bien, en relación con el término establecido para la atención de las solicitudes de visita que presentan los ciudadanos, es del caso tener en cuenta que éstas se realizan por parte de un operador contratado por la SDP. Si bien el procedimiento M-PD-051 señala un término amplio de 30 días, en el contrato se ha establecido un término máximo de diez días calendario a partir del momento en que se entregan las solicitudes para ser atendidas, con lo que en la operación del proceso se garantiza la realización oportuna de las visitas solicitadas por la ciudadanía. (Se anexa contrato vigente).*

*Es de considerar que los demás términos corresponden a los que se han previsto por la Nación para el procesamiento y consolidación de la información y su publicación, los cuales se enmarcan en lo dispuesto en el Decreto 4816 de 2008, que ha previsto en su artículo 3°. Principios orientadores “...La oportunidad en el procesamiento y en la comunicación de la información contenida en las bases de datos de los instrumentos de focalización se someterá a las condiciones de periodicidad que para el efecto establezca el Departamento Nacional de Planeación...”.*

*Se anexa, Decreto 4816 de 2008, Decreto 1192 de 2008 y Resolución 3900 de 2015. “*

## **ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR**

Como quiera que la Alcaldía Mayor de Bogotá informó haber realizado el traslado del informe realizado por la Superintendencia Nacional de Salud hacia las Secretarías Distritales

de Planeación, Integración Social y de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud recibió respuesta en debida forma y oportunidad de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá con el NURC 1-2016-112521 y por la Secretaría de Planeación **Distrital con el NURC 1-2016-115889 y evaluada la respuesta de la Secretaría de Planeación Distrital, la Superintendencia Nacional de Salud confirma el hallazgo No. 9** considerando las siguientes hechos jurídico administrativos.

El principio de legalidad consagrado en el artículo 4 constitucional define la primacía de la Constitución cuando exista incompatibilidad con cualquier otra norma jurídica “aplicará la norma constitucional”, como quiera que el “derecho fundamental de petición” se halla constitucionalmente definido de protección inmediata por el artículo 85 constitucional, y por la Ley Estatutaria del Derecho de Petición, hace de obligatorio cumplimiento para todas las autoridades públicas la protección e inmediatez de ese derecho en todas las actuaciones administrativas cuando va de por medio el acceso o el goce del derecho fundamental a la Salud, ver Ley 1751 de 2015 y Ley 1755 de 2015 artículo 20.

El núcleo esencial de un derecho fundamental representa aquellos elementos intangibles que lo identifican y diferencian frente a otro derecho, los cuales no pueden ser intervenidos sin que se afecte la garantía. Frente al derecho de petición, la Corte Constitucional ha indicado que su núcleo esencial se circunscribe a:” i) *la formulación de la petición; ii) la pronta resolución, iii) respuesta de fondo y iv) la notificación al peticionario de la decisión. (Sentencia C-951/14 MP MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ, cuatro (4) de diciembre de dos mil catorce (2014))*”.

El artículo 23 constitucional con el artículo 13 de la Ley 1755 de 2015 señala que toda persona puede presentar peticiones “*por motivos de interés general o particular, y a obtener pronta resolución completa y de fondo sobre la misma*”, continúa la Ley Estatutaria del Derecho de Petición (Ley 1755 de 2015) en el artículo 14 “**Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.** *Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. **Parágrafo.** Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto. **Artículo 20. Atención prioritaria de peticiones.** Las autoridades darán atención prioritaria a las peticiones de reconocimiento de un derecho fundamental cuando deban ser resueltas para evitar un perjuicio irremediable al peticionario, quien deberá probar sumariamente la titularidad del derecho y el riesgo del perjuicio invocado.*

*Cuando por razones de salud o de seguridad personal esté en peligro inminente la vida o la integridad del destinatario de la medida solicitada, la autoridad adoptará de inmediato las medidas de urgencia necesarias para conjurar dicho peligro, sin perjuicio del trámite que deba darse a la petición. Si la petición la realiza un periodista, para el ejercicio de su actividad, se tramitará preferencialmente”.*

En el ordenamiento jurídico colombiano, la información pública se rige además por la Ley 57 de 1985 sobre documentos oficiales, la Ley Estatutaria de Habeas Data 1266 de 2008, la Ley Estatutaria de Información Pública 1712 de 2014, entre otras normas.

Cabe recordar, que la Corte Constitucional, mediante sentencia C-818 de 2011, declaró inexecutable los artículos 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 33 de la Ley 1437 de 2011 “*Por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, disposiciones que integraban los Capítulos II y III del Título II del CPACA, al encontrar que se trataba de prescripciones esenciales de un derecho*

*fundamental, como lo es, el derecho de petición, cuya regulación exige el trámite y aprobación de una ley estatutaria, de conformidad con el literal a) del artículo 152 de la Constitución Política.*

Ahora bien, el proceso de formación de las leyes estatutarias está previsto de manera especial en el artículo 153 Superior, el cual se debe concordar con los artículos 133, 145, 146, 149, 152, 154, 157, 158, 159, 160, 161, y 163 *ibídem*, así como en los artículos 117, 144, 147, 156, 168, 183, 204, 205<sup>1</sup> y 208 de la Ley 5ª de 1992.

El derecho de petición, objeto de regulación por la ley estatutaria, es un derecho constitucional fundamental cuyo origen se remonta al Bill of Rights aprobado en 1689 en Inglaterra y que en el artículo 5º se incorporó el derecho de los súbditos de presentar peticiones ante el rey de Inglaterra. Las primeras constituciones en reconocer este derecho fundamental fueron Francia de 1791 y la Constitución de los Estados Unidos de América a través de la primera enmienda constitucional en 1791.

En Colombia, *“la primera expresión normativa del derecho de petición la encontramos en el artículo 56 la Constitución federal de 1858 (Confederación Granadina), al consagrar: “El derecho de obtener pronta resolución en las peticiones que por escrito dirijan a las corporaciones, autoridades o funcionarios públicos, sobre cualquier asunto de interés general o particular”. Esta disposición fue reproducida en los mismos términos en el catálogo de derechos individuales contemplados en el artículo 15 de la Constitución de 1863 (Estados Unidos de Colombia). Finalmente, el artículo 45 de la Constitución Política de 1886 dispuso que “Toda persona tiene derecho de presentar peticiones respetuosas a las autoridades, ya sea por motivos de interés general, ya de interés particular, y el de obtener pronta resolución.” Esta disposición fue objeto de desarrollo legal por virtud del artículo 334 de la Ley 4ª de 1913, del Decreto 2733 de 1959, el Decreto 01 de 1984 y la Ley 57 de 1985.” (Sentencia C951 de 2014 Corte Constitucional).*

De otra parte, el derecho de petición tiene relación con el artículo 209 de la Carta Política, que regula los **principios de la función pública**, como quiera que las solicitudes de las personas configuran la forma por excelencia, con la cual se inician las actuaciones de las autoridades, las cuales deben ceñirse a tales principios. Es así como, en el procedimiento del derecho de petición, las entidades estatales y particulares deben actuar guiadas por la igualdad, la moralidad, la eficacia, la economía, la celeridad, la imparcialidad y la publicidad. En la práctica, la observancia de ese derecho se convirtió en meramente formal, sin mayor efectividad, a pesar de contar con un procedimiento legal para su garantía.

Con, la Constitución de 1991, el derecho de petición adquirió la categoría de derecho fundamental, calidad que le concedió garantías reforzadas para su protección, regulación a través de ley estatutaria y acción de tutela para velar por su cumplimiento cuando fuese violado o amenazado. Tales condiciones convirtieron al derecho de petición en una herramienta importante de participación para el ciudadano y el actuar de las autoridades.

No puede dejarse de mencionar, la importancia que adquirió rápidamente el derecho de petición para los ciudadanos como mecanismo por excelencia para el reclamar su derecho a la atención pronta, oportuna, integral de su salud (art. 49 CP) y el desarrollo que ha tenido en materia de seguridad social en pensiones, ante las fallas estructurales que ha evidenciado con el transcurso del tiempo, el sistema general de seguridad social en nuestro país.

---

<sup>1</sup> Ley 5ª de 1992, Artículo 205. Votación. La aprobación de los proyectos indicados en el artículo anterior requerirá el voto favorable de la mayoría de las Cámaras y sus Comisiones Constitucionales, en cualquiera de los trámites del proceso legislativo y en las condiciones constitucionales.

La jurisprudencia constitucional ha precisado que el derecho de petición tiene una doble finalidad<sup>2</sup>. De un lado, permite a los interesados elevar peticiones respetuosas ante las autoridades. De otro lado, garantiza que la respuesta a la solicitud sea oportuna, eficaz, de fondo y congruente con lo solicitado<sup>3</sup>, imponiendo una obligación a cargo de la administración.

El ejercicio del derecho de petición *“no exige formalidades más allá de las que establecen la Constitución Política y la Ley (...) Así las cosas, si la autoridad exige que en el escrito de solicitud se especifique que se eleva petición de conformidad con este derecho, se le está imponiendo al ciudadano peticionario una carga adicional, que no se encuentra contemplada en el ordenamiento jurídico, y que haría su situación más gravosa frente a una autoridad que ya se encuentra en una grado de superioridad frente a un ciudadano común”*<sup>4</sup>

## **CONCLUSIÓN**

Se confirma el hallazgo

## **HALLAZGO No. 10**

La interventoría contratada por la Secretaría Distrital de Planeación, presuntamente está siendo “apoyada” por un funcionario de la Dirección del Sisben quien presuntamente realiza la obligación contractual del interventor en “constatar la calidad de los registros que realiza el contratista en las fichas sisben” y que podría corresponder a presuntos incumplimientos del contrato, como quiera que la obligación del interventor en verificar y corroborar “la calidad de los registros” que el contratista de prestación del servicio debió realizar al diligenciar las fichas “sisben”. Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.4.7.2. Contrato 138 de 2015 “Prestación de Servicios” y Contrato 143 de 2015 “interventoría”, clausula segunda numeral 14). *Decreto 2710 de 2012, artículo 2.*

## **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*“En virtud de lo establecido en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y el Decreto 1082 de 2015, la entidad para efectos de garantizar la calidad en el proceso de aplicación de encuestas, contrata un interventor para realizar el seguimiento integral al contrato de aplicación de encuestas.*

*Igualmente, en cumplimiento de la normatividad vigente y lo establecido en el manual de contratación, la entidad designó un supervisor para el contrato de interventoría con el fin de velar porque “el objeto y las obligaciones del contrato (interventoría) se cumplan en las condiciones de tiempo, modo y lugar pactados, durante el término del mismo y mientras subsistan obligaciones a cargo del (a) contratista (interventor), con el fin de obtener los resultados esperados por la SDP. (...)*

*En el ejercicio de control de calidad de la información recibida por parte del contratista interventor, para la respectiva incorporación en la base de datos de encuestados, la SDP recibe y verifica los productos avalados, esto con el fin de permite continuar con el procesamiento de la información*

---

<sup>2</sup> Sentencias T-911 de 2001, T-381 de 2002, T-425 de 2002 y T-508 de 2007.

<sup>3</sup> Así, lo estableció esta Corporación en Sentencia T-1160A de 2001 y muchas más.

<sup>4</sup> Sentencia T-166 de 1996 y T-047 de 2013.



*recogida, y dar así cumplimiento a las funciones de administrador de la base de encuestados del Sisben establecidas en el Decreto 083 de 2007.*

*Es del caso precisar que la consolidación de la base bruta Distrital para cada uno de los cortes mensuales establecidos por la Nación en la Resolución 3900 de 2015, es exclusiva de la SDP por cuanto recoge todas las novedades y encuestas aplicadas a la metodología Sisben III (que se vienen acumulando desde 2010); dicha consolidación es realizada por la SDP y en ese proceso se incorporan debidamente las encuestas avaladas por la interventoría. En todo caso, la incorporación de nuevas encuestas a la base bruta debe cumplir necesariamente con los procedimientos que en el sistema están previstos, conocidos como “mallas de Validación”, las mismas que deben ser autorizadas en la base acumulada.*

*Por lo anterior, es indispensable verificar que en el proceso ejecutado sobre la base acumulada se cumplan todos los requisitos definidos por la Nación. “*

## **ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR**

La Alcaldía Mayor de Bogotá informó trasladar el informe preliminar de la auditoría integral realizada a la Secretaría Distrital de Planeación en la fecha 25 y 26 de abril de 2016 y la Secretaría de Planeación presentó respuesta ante la Superintendencia Nacional de Salud a los hallazgos establecidos en el informe preliminar mediante el NURC 1-2016-115889.

Evaluada la respuesta al hallazgo No. 10 presentada por la Secretaría Distrital de Planeación la Superintendencia Nacional de Salud confirma el hallazgo No. 10.

La Secretaría Distrital de Planeación para efectos de la aplicación de encuestas utilizó mediante proceso de contratación administrativa la selección de una persona jurídica para desarrollar el objeto contractual “aplicación de encuestas” (fichas sisben).

Para que la entidad estatal verifique la ejecución y cumplimiento del objeto del contrato celebrado con aquella persona jurídica la ley de contratación estatal ordena realizar la designación del interventor del primer contrato, previo a ello debe haber establecido los manuales de interventoría y las condiciones de calidad con que la interventoría realiza el seguimiento y los informes de seguimiento al objeto contractual y las obligaciones del contratista.

Por tanto, en la redacción de la respuesta presentada por el hallazgo No. 10 del informe preliminar por la Secretaría Distrital de Planeación “*En el ejercicio de control de calidad de la información recibida por parte del contratista interventor, para la respectiva incorporación en la base de datos de encuestados, la SDP recibe y verifica los productos avalados, esto con el fin de permite continuar con el procesamiento de la información recogida, y dar así cumplimiento a las funciones de administrador de la base de encuestados del Sisben establecidas en el Decreto 083 de 2007*” en nuestra comprensión y entendimiento respecto del hallazgo presentado y la respuesta que entrega a la Superintendencia Nacional de Salud evidencia correspondencia, identidad, no contradicción y que el sentido establecido por la auditoría integral se corresponde por lo afirmado por la propia entidad distrital de planeación en consecuencia existe presunto incumplimiento por parte del contratista interventor respecto de la calidad de los registros que es responsabilidad del interventor de conformidad con Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.4.7.2. , Contrato 138 de 2015 “Prestación de Servicios” y Contrato 143 de 2015 “interventoría”, clausula segunda numeral 14). *Decreto 2710 de 2012, artículo 2.*

Otro aspecto a establecerse por la entidad estatal y que es alejada del hallazgo No. 10, es la actividad el supervisor designado por la SPD ha desplegado durante la supervisión y el seguimiento a la actividad ejecutada por el interventor y los informes que este presentando el supervisor ante la administración distrital y los contenidos de seguimiento presentados respecto de la actividad del interventor en el desarrollo del contrato de interventoría al contrato de aplicación de encuestas sisben.

## CONCLUSIÓN

Se confirma el hallazgo

Tabla No. 25 Potenciales beneficiarios Régimen Subsidiado de Salud por sexo y localidad.

Potenciales Beneficiarios Régimen Subsidiado Salud por Sexo y Localidad (Según Puntaje)						
Marzo		Régimen Subsidiado Salud		Fuera del Régimen Subsidiado Salud	No Potencial Beneficiario con EPS Subsidiada	Total
Localidad	Sexo	Nivel 1	Nivel 2			
USAQUEN	Hombre	26595	6888	14739	2427	50649
	Mujer	31002	7808	15957	2884	57651
CHAPINERO	Hombre	6404	1548	2448	730	11130
	Mujer	6962	1650	2478	773	11863
SANTA FE	Hombre	20414	3363	5599	2403	31779
	Mujer	21981	3546	6032	2549	34108
SAN CRISTOBAL	Hombre	79303	20317	45144	13467	158231
	Mujer	90578	22489	45997	15177	174241
USME	Hombre	76134	20997	38973	15524	151628
	Mujer	85652	22559	38162	17179	163552
TUNJUELITO	Hombre	30138	6146	18909	4521	59714
	Mujer	34783	7116	19988	4882	66769
BOSA	Hombre	101551	33498	86962	20545	242556
	Mujer	118431	37472	89448	23639	268990
KENNEDY	Hombre	111581	34471	130937	18669	295658
	Mujer	129813	40291	141051	21371	332526
FONTIBON	Hombre	22139	7118	27173	3097	59527
	Mujer	26529	8460	29301	3600	67890
ENGATIVA	Hombre	56039	18261	70355	8890	153545
	Mujer	67726	21657	77049	10235	176667
SUBA	Hombre	86631	26670	79456	12374	205131
	Mujer	101912	30150	84180	14101	230343
BARRIOS UNIDOS	Hombre	8910	1877	5596	592	16975
	Mujer	10274	2240	6255	685	19454
TEUSAQUILLO	Hombre	1242	321	894	53	2510
	Mujer	1480	423	1137	66	3106
LOS MARTIRES	Hombre	10696	1854	5482	684	18716
	Mujer	11346	2032	6035	745	20158
ANTONIO NARIÑO	Hombre	6794	1991	8775	920	18480
	Mujer	8025	2478	9986	1057	21546
PUENTE ARANDA	Hombre	15293	4644	22165	1901	44003
	Mujer	19052	5905	24909	2334	52200
CANDELARIA	Hombre	2756	413	807	235	4211
	Mujer	2831	444	889	242	4406
RAFAEL URIBE URIBE	Hombre	68629	16339	42057	11170	138195
	Mujer	79115	18368	43917	12616	154016
CIUDAD BOLIVAR	Hombre	142072	33427	62997	23888	262384
	Mujer	159096	35659	63010	26323	284088
SUMAPAZ	Hombre	1061	76	44	44	1225
	Mujer	939	74	34	38	1085
<b>Total</b>		<b>1881909</b>	<b>511040</b>	<b>1375327</b>	<b>302630</b>	<b>4070906</b>

fuelle: base certificada Sisben marzo 2016

Las localidades con mayor número de población potencialmente a vincular en el Régimen Subsidiado son Kennedy, Bosa, Engativá, Suba y Ciudad Bolívar.

Según las bases certificadas entregadas por el Departamento Nacional de Planeación para el mes de marzo de 2016 en Bogotá en el estrato (I) uno del sisben, en Bogotá Distrito Capital se encuentran registradas en el régimen subsidiado de salud uno millón ochocientos ochenta y uno mil novecientos nueve (1.881.909) personas. En el estrato (II) dos quinientas once mil cuarenta personas. Fuera del régimen subsidiado de salud se encuentran registrados uno millón trescientos setenta y cinco mil trescientos veintisiete (1.375.327) personas. No potenciales beneficiarios con EPS Subsidiada trescientos dos mil seiscientos dos (302.630) personas. Para un total de población sisbenizada en el Distrito Capital de Bogotá de cuatro millones setenta mil novecientas seis (4.070.906) personas.

Tabla No. 26 Potenciales beneficiarios Régimen Subsidiado de Salud por sexo y localidad

Marzo		Nivel Educativo por Sexo y Localidad						Total
Localidad	Sexo	Ninguno	Primaria	Secundaria	Técnica o Tecnológica	Universidad	Postgrado	
USAQUEN	Hombre	10461	14888	21523	1391	2322	64	50649
	Mujer	10516	16030	25538	2746	2702	119	57651
CHAPINERO	Hombre	1933	3397	5130	262	392	16	11130
	Mujer	2068	3379	5516	425	467	8	11863
SANTA FE	Hombre	5796	10096	14197	590	1060	40	31779
	Mujer	6112	10768	14939	1051	1197	41	34108
SAN CRISTOBAL	Hombre	29060	45842	73806	3746	5558	219	158231
	Mujer	29709	50576	80846	6574	6243	293	174241
USME	Hombre	30265	50359	65229	2527	3174	74	151628
	Mujer	30026	52431	72583	4651	3752	109	163552
TUNJUELITO	Hombre	9893	15792	28346	1921	3582	180	59714
	Mujer	9860	17891	31858	2903	4003	254	66769
BOSA	Hombre	44679	72369	112225	5900	7185	198	242556
	Mujer	44491	78967	126134	10183	8960	255	268990
KENNEDY	Hombre	49541	76595	132993	12501	22822	1206	295658
	Mujer	49737	84780	150876	19038	26444	1651	332526
FONTIBON	Hombre	9060	14123	28797	2984	4399	164	59527
	Mujer	9173	16225	32777	4395	5086	234	67890
ENGATIVA	Hombre	21418	35649	72146	7720	15789	823	153545
	Mujer	21732	41951	82765	11583	17570	1066	176667
SUBA	Hombre	36193	54239	95643	7462	11297	297	205131
	Mujer	36460	60467	107858	12427	12753	378	230343
BARRIOS UNIDOS	Hombre	2567	3914	7889	844	1679	82	16975
	Mujer	2613	4623	9111	1244	1745	118	19454
TEUSAQUILLO	Hombre	455	386	966	154	505	44	2510
	Mujer	480	507	1219	289	570	41	3106
LOS MARTIRES	Hombre	3180	5064	8115	658	1622	77	18716
	Mujer	3125	5343	8942	967	1662	119	20158
ANTONIO NARIÑO	Hombre	2415	4030	8471	929	2446	189	18480
	Mujer	2471	4960	9734	1381	2754	246	21546
PUENTE ARANDA	Hombre	5727	9069	20541	2685	5600	381	44003
	Mujer	5747	11704	24258	3777	6265	449	52200
CANDELARIA	Hombre	595	1146	1987	117	350	16	4211
	Mujer	610	1189	2043	201	345	18	4406
RAFAEL URIBE URIBE	Hombre	25358	40017	63366	3656	5574	224	138195
	Mujer	25338	44423	71582	5842	6556	275	154016
CIUDAD BOLIVAR	Hombre	53744	86792	110672	4724	6256	196	262384
	Mujer	53424	91255	123287	8125	7720	277	284088
SUMAPAZ	Hombre	187	636	388	8	6	0	1225
	Mujer	178	490	399	6	11	1	1085
<b>Total</b>		<b>686397</b>	<b>1142362</b>	<b>1854695</b>	<b>158587</b>	<b>218423</b>	<b>10442</b>	<b>4070906</b>

fuente: base certificada Sisben marzo 2016

	60 y más	1147	1833	453	3619	3752	10804
BOSA	0 a 5	20023	1092	1159	30008	17324	69606
	6 a 12	11455	2248	1125	32287	21033	68148
	13 a 17	9204	2560	733	22846	17620	52963
	18 a 25	25708	1652	1109	28764	21008	78241
	26 a 35	18611	1210	1250	41626	18142	80839
	36 a 45	12785	3250	890	34070	19369	70364
	46 a 59	10528	5523	1113	24022	21154	62340
	60 y más	3579	4969	669	8236	11592	29045
KENNEDY	0 a 5	21492	1129	2042	36481	16134	77278
	6 a 12	13500	2136	2429	37264	19423	74752
	13 a 17	11274	2438	1816	26904	16368	58800
	18 a 25	31561	2255	2253	39711	19567	95347
	26 a 35	23586	1661	2715	57206	17440	102608
	36 a 45	16385	3182	2485	44506	18607	85165
	46 a 59	15131	6678	3616	40448	20732	86605
	60 y más	5438	7669	3511	19306	11705	47629
FONTIBON	0 a 5	3738	231	387	7697	2133	14186
	6 a 12	2712	482	439	8268	2684	14585
	13 a 17	2396	608	319	5977	2510	11810
	18 a 25	6644	491	419	8682	3056	19292
	26 a 35	4869	293	511	11861	2560	20094
	36 a 45	3702	819	413	9961	3008	17903
	46 a 59	3734	1666	699	8796	4054	18949
	60 y más	1296	2199	368	4209	2526	10598
ENGATIVA	0 a 5	9774	465	869	16337	5405	32850
	6 a 12	7451	898	1172	17937	7692	35150
	13 a 17	6762	1161	909	14096	7148	30076
	18 a 25	17471	1226	1108	22580	8356	50741
	26 a 35	13333	693	1167	28084	6879	50156
	36 a 45	10464	1484	1229	22617	8261	44055
	46 a 59	11426	3741	1888	25756	11289	54100
	60 y más	4311	5613	2157	14504	6499	33084
SUBA	0 a 5	18001	677	987	26687	9998	56350
	6 a 12	11081	1200	1067	25544	12112	51004
	13 a 17	9440	1561	799	19252	10681	41733
	18 a 25	26588	1540	954	29276	13332	71690
	26 a 35	18810	912	1173	37011	11049	68955
	36 a 45	13410	1857	940	29113	12061	57381
	46 a 59	12452	4272	1381	26896	14319	59320
	60 y más	4393	4644	923	10728	8353	29041
ARRIOS UNIDOS	0 a 5	1119	55	75	1985	740	3974
	6 a 12	885	86	58	1623	897	3549
	13 a 17	806	116	54	1302	754	3032
	18 a 25	2192	119	74	2213	911	5509
	26 a 35	1729	75	94	2786	863	5547
	36 a 45	1364	126	59	2025	940	4514
	46 a 59	1608	358	116	2573	1364	6019
	60 y más	791	621	136	1736	1001	4285
	0 a 5	206	16	25	488	53	788

TEUSAQUILLA	6 a 12	169	10	10	200	51	440
	13 a 17	124	10	7	156	44	341
	18 a 25	426	26	15	305	72	844
	26 a 35	388	14	14	466	50	932
	36 a 45	253	16	14	316	55	654
	46 a 59	381	49	22	287	117	856
	60 y más	260	69	34	295	103	761
	LOS MARTIRE	0 a 5	1592	45	131	1613	1148
6 a 12		1174	87	99	1483	1345	4188
13 a 17		982	92	89	1139	1055	3357
18 a 25		2468	114	171	1934	1347	6034
26 a 35		2045	84	196	2387	1160	5872
36 a 45		1498	130	102	1763	1238	4731
46 a 59		1782	289	127	2279	1609	6086
60 y más		847	484	124	1428	1194	4077
ANTONIO NARIÑO	0 a 5	978	53	112	1840	648	3631
	6 a 12	819	87	117	2001	818	3842
	13 a 17	746	128	87	1762	784	3507
	18 a 25	1883	151	141	2748	1008	5931
	26 a 35	1623	73	146	3255	847	5944
	36 a 45	1186	147	136	2630	896	4995
	46 a 59	1487	405	225	3628	1423	7168
	60 y más	630	737	287	2436	918	5008
SANTA ANA	0 a 5	2417	140	264	5036	1053	8910
	6 a 12	2199	234	300	4965	1470	9168
	13 a 17	1976	327	256	4001	1443	8003
	18 a 25	5062	430	331	6538	1809	14170
	26 a 35	3925	248	363	8228	1434	14198
	36 a 45	3118	431	370	6631	1690	12240
	46 a 59	4000	1221	564	8463	2976	17224
	60 y más	1490	2336	692	5819	1953	12290
CANDELARIA	0 a 5	233	15	11	248	307	814
	6 a 12	159	17	13	280	424	893
	13 a 17	155	25	8	177	370	735
	18 a 25	411	33	11	369	471	1295
	26 a 35	387	20	13	464	406	1290
	36 a 45	311	33	10	294	422	1070
	46 a 59	335	84	22	334	644	1419
	60 y más	204	148	16	222	511	1101
LA PAZ	0 a 5	12276	517	810	13908	11599	39110
	6 a 12	6714	963	793	13781	13603	35854
	13 a 17	5540	1141	549	9935	11514	28679
	18 a 25	14388	902	881	14809	13465	44445
	26 a 35	11112	670	967	19315	12115	44179
	36 a 45	7846	1403	700	14851	11870	36670
	46 a 59	7501	2980	978	14103	14972	40534
	60 y más	2911	3813	732	6610	8674	22740
LA URIBE	0 a 5	24132	879	1134	25468	29645	81258
	6 a 12	11891	1662	1009	26105	34968	75635
	13 a 17	9539	1948	728	18114	28065	58394

UDAD BOLIV	13 a 17	9539	1948	728	18114	28065	58394
	18 a 25	24229	1502	1168	25315	33006	85220
	26 a 35	18052	1093	1203	33966	29028	83342
	36 a 45	11788	2419	851	25051	26129	66238
	46 a 59	9531	4635	1282	20224	28659	64331
	60 y más	3714	4289	541	7160	16350	32054
SUMAPAZ	0 a 5	70	0	1	47	133	251
	6 a 12	52	2	2	53	218	327
	13 a 17	58	1	1	33	193	286
	18 a 25	62	0	0	40	203	305
	26 a 35	64	0	4	59	187	314
	36 a 45	63	2	1	56	182	304
	46 a 59	43	1	0	28	213	285
	60 y más	23	0	1	13	201	238
<b>Total</b>	<b>931180</b>	<b>168503</b>	<b>89053</b>	<b>1698027</b>	<b>1184143</b>	<b>4070906</b>	

fuentes: base certificada Sisbén marzo 2016

El Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- desde la Ley 100 de 1993 y reiterado en la Ley 1122 de 2007 tiene por fundamento la universalidad en el aseguramiento en salud y la integralidad en la prestación de los servicios del plan obligatorio de salud para todos los ciudadanos residentes del país, en todas las etapas de su vida, y garantiza las condiciones necesarias en el Distrito Capital para afiliarse en el SGSSS toda la población del Distrito Capital y el acceso efectivo a los servicios del plan de beneficios en salud.

La Ley 1122 de 2007 estableció el sistema de inspección, vigilancia y control, y para el aseguramiento estableció “vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud”.

Entonces la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud implica la declaración de la veracidad de los datos informados y el cumplimiento de las condiciones para pertenecer al régimen contributivo o al régimen subsidiado de salud. El afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del plan de beneficios desde la fecha de su afiliación o de la efectividad del traslado de EPS o de movilidad. Las novedades sobre la condición del afiliado en ningún caso podrán afectar la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

### 3.1.2.1.3. Afiliados al régimen subsidiado

Decreto 2353 de 2015 artículo 40 preceptuó “*Son afiliados en el Régimen Subsidiado las personas que sin tener las calidades para ser afiliados en el Régimen Contributivo o al Régimen Especial, cumplan las siguientes condiciones:*

1. *Personas identificadas en los niveles I y 11 del SISBEN o en el instrumento que lo reemplace de acuerdo con los puntos de corte que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social.*

2. *Personas identificadas en el nivel III del Sisben o en el instrumento que lo reemplace, que a la vigencia de la Ley 1122 de 2007, se encontraban afiliados al régimen subsidiado.*
3. *Las personas que dejen de ser madres comunitarias y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en los términos de lo dispuesto en el artículo 164 de la Ley 1450 de 2011. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar elaborará el listado censal.*
4. *Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. El listado censal de beneficiarios será elaborado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).*
5. *Menores desvinculados del conflicto armado. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de los menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, será elaborado por Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF.*
6. *Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF. El listado censal de beneficiarios de esta población, será elaborado por las alcaldías municipales.*
7. *Comunidades Indígenas. La identificación y elaboración de los listados censales de la población indígena para la asignación de los subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5° de la Ley 691 de 2001 y las normas que la modifiquen adicionen o sustituyan. No obstante, cuando las autoridades tradicionales y legítimas lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta sisben, sin que ello limite su derecho al acceso a los servicios en salud. Cuando la población beneficiaria identificada a través del listado censal no coincida con la población indígena certificada por el Departamento Nacional de Estadística DANE, la autoridad municipal lo verificará y validará de manera conjunta con la autoridad tradicional para efectos del registro individual en la base de datos de beneficiarios y afiliados del Régimen Subsidiado de Salud.*
8. *Población desmovilizada. El listado censal de beneficiarios para afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de las personas desmovilizadas y su núcleo familiar deberá ser elaborado por la Agencia Colombiana para la Reintegración o quien haga sus veces. Los integrantes del núcleo familiar de desmovilizados que hayan fallecido mantendrán su afiliación con otro cabeza de familia.*
9. *Adultos mayores en centros de protección. Los adultos mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección, el listado de beneficiarios será elaborado por las alcaldías municipales o distritales.*
10. *Población Rrom. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de la población Rrom se realizará mediante un listado censal elaborado por la autoridad legítimamente constituida (SheroRom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior. El listado deberá ser registrado y verificado por la alcaldía del municipio o distrito en*

*donde se encuentren las Kumpania. No obstante, cuando las autoridades legítimas del pueblo Rrom lo soliciten podrá aplicarse la encuesta SISBEN.*

- 11. Personas incluidas en el programa de protección a testigos. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen subsidiado de Salud de la población incluida en el programa de protección a testigos será elaborado por la Fiscalía en la Ley 1448 de 2011.*
- 12. Víctimas del conflicto armado de conformidad con lo señalado en la Ley 1448 de 2011 y que se encuentren en el Registro Único de Víctimas elaborado por la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.*
- 13. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal que no cumpla las condiciones para cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El listado censal de la población será elaborado por las gobernaciones o las alcaldías distritales o municipales.*
- 14. La población migrante de la República Bolivariana de Venezuela de que trata el Decreto 1768 de 2015 y demás normas lo modifiquen adiciones o sustituyan”.*

El Plan de Desarrollo de Bogotá 2016- 2020 “Bogotá mejor para todos” proyecta una inversión por valor de 96,1 billones de pesos, y para el sector salud ofrece inversión del 14% correspondiente a 13,4 billones de pesos. Tiene como pilar “Igualdad de calidad de vida”, y los enfoca hacia los derechos sexuales y reproductivos para la adolescencia contabilizados para el 2014 en 1.255.903 (14,48%) para la ciudad de Bogotá, siendo el 49 % mujeres.

Como el periodo a auditar es la vigencia 2015 lo auditado corresponderá el Acuerdo Distrital 489 de 2012 Plan de Desarrollo denominado “Bogotá Humana” 2.012-2015 que tuvo como lineamientos:

1. Promover la universalización del aseguramiento y la nivelación del plan obligatorio de salud para los habitantes de la ciudad.
2. El aseguramiento de la población y la garantía de la calidad para la prevención y atención de daños en salud.
3. Realizar interventoría a la calidad de la prestación de servicios de salud por parte de las EPS-S a sus afiliados.
4. Asegurar el acceso de manera gratuita a los servicios en aquellas poblaciones en situación de vulnerabilidad.
5. Promover la universalización del aseguramiento y la nivelación del plan obligatorio de salud para los habitantes de la ciudad.
6. Fortalecer y reorientar la gestión de la EPS-S Capital Salud para garantizar el acceso integral a servicios.

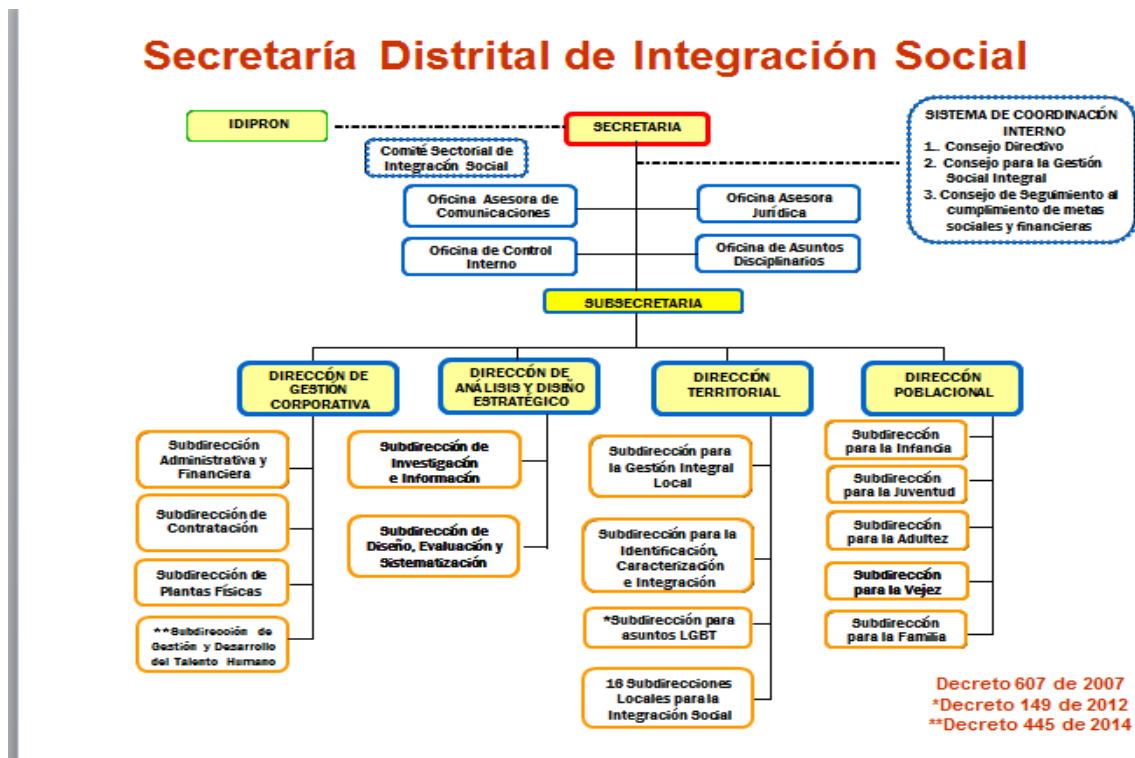


### 3.1.2.2. Secretaría Distrital de Integración Social

En la Secretaría de Distrital de Integración Social, ubicada en la Carrera 7 No. 32 -12 de la ciudad de Bogotá, D.C. el funcionario auditor de la Superintendencia Nacional de Salud Hernando Quevedo fue dirigido por el funcionario de la recepción de la entidad distrital hacia el piso 22 Dirección de Población, Subdirecciones de Familia y Adultez para ser atendido por el doctor Ricardo Romero Rada. Este funcionario recibió copia del Auto No. 196 de 2016 y acto seguido manifestó desconocer en su entidad quienes son los funcionarios responsables de los censos de población vulnerable y procedió a remitir al auditor de la Supersalud hacia el piso 15 Dirección de Planeación de la entidad distrital, donde sería atendido por la doctora Miriam del Pilar Castro, del área de investigaciones.

En la Secretaría de Distrital de Integración Social, piso 15 Subdirección para la Familia la doctora Miriam del Pilar Castro también manifestó desconocer el área responsable o quienes los funcionarios que tienen la función de realizar los censos a población vulnerable para efectos del aseguramiento en salud o para la cobertura de prestaciones en salud a la población vulnerable. De otro lado informa las normas que regulan las funciones de la Secretaría de Distrital de Integración Social, como el Decreto 607 de 2007 “por el cual se determina el Objeto, la Estructura Organizacional y Funciones de la Secretaría Distrital de Integración Social” que, a su vez, fue modificado por el artículo 3 del Decreto Distrital 445 de 2014. El Acuerdo 257 de 2006 “por el cual se dictan normas básicas sobre la estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las entidades de Bogotá, distrito capital, y se expiden otras disposiciones”.

Gráfica No. 2 Organigrama Secretaría de Integración Social.



Fuente: Secretaría Distrital de Integración Social. Abril 2016.

Adicionalmente explicó que los funcionarios que podrían tener conocimiento en el tema de censos a población vulnerable, se encontraban rindiendo informes ante el Concejo Distrital y por consiguiente la visita se centra en la exposición verbal que en manera colaborativa la doctora Miriam del Pilar Castro realiza respecto de estudios que realiza en Bogotá a población vulnerable la Secretaría de Distrital de Integración Social y procede a realizar la entrega de algunos documentos en medio electrónico como el organigrama de la entidad distrital y otros archivos como la caracterización de la población habitante de calle.

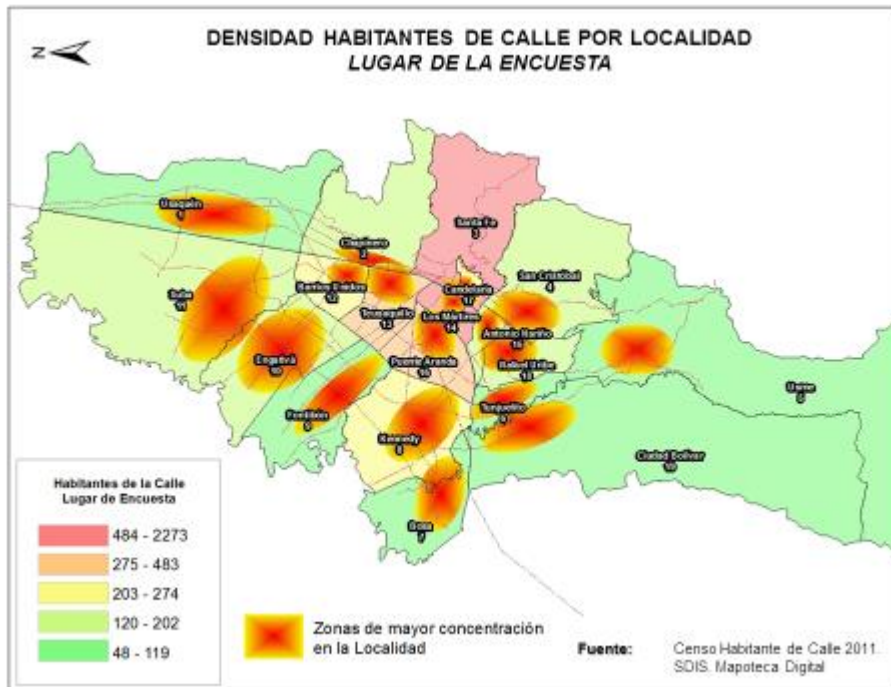
El Decreto 445 de 2014 que modificó la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Integración Social, y que mediante el Decreto 149 de 2012 cambió la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Integración Social, al modificar el artículo 3° del Decreto Distrital 607 de 2007, ubicó en la Dirección Territorial a la Subdirección para la identificación, caracterización e integración y en la Dirección Poblacional a las Subdirecciones de Infancia, Juventud, Adultez, Vejez y para la Familia.

Además, que han sido identificados 12 se y en el año 2011 fue realizado un censo para habitantes de calle, que arrojó el numero de 9.614 habitantes de calle. Que la entidad cuenta con un sistema de información, el SIRBE Sistema Único de Beneficiarios de Programas Sociales.

Que, con relación a los niños de calle, es asunto de manejo con el IDIPRON, Instituto Distrital para la protección de la Niñez y de la Juventud.

Que existe una política de Habitabilidad en Calle, donde los grupos objetivos son descritos en los numerales 40,6 Población infantil, protección; 40,9 adultos Mayores; 40.10 Población Rom la que directamente tiene relación con la Secretaría Distrital de Gobierno y 40,13 Población privada de la Libertad, de manejo con la Cárcel Distrital.

Gráfica No. 3. Densidad habitante de calle por localidad



Fuente: Secretaría Distrital de Integración Social. Abril 2016

La Secretaria Distrital de Integración Social respecto al aseguramiento en salud, tiene a su cargo la función de identificar, individualizar y registrar en listados censales, la población vulnerable en su mayoría identificada como población pobre no asegurada en el Distrito Capital de Bogotá y asume la tarea de enviar aquellos los listados censales de habitantes de calle, adultos mayores abandonados o que institucionalizados en albergues, menores con medidas de protección, adolescentes en conflicto con la ley penal, población reclusa del Distrito Capital o familias en restablecimiento de derechos por las comisarías de Familia o por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar hacia la Secretaría Distrital de Salud para que proceda esta última el asignar a cada persona censada, una empresa promotora de salud del régimen subsidiado en Bogotá, Distrito Capital, previa expedición del documento de identificación o la individualización mediante el documento de identificación.

El Decreto Distrital 607 de 2007 determinó para la Secretaría Distrital de Integración Social el objeto, la estructura organizacional y la funcional así: "a) Formular, orientar y desarrollar políticas sociales, en coordinación con otros sectores, organismos o entidades, para los distintos grupos poblacionales, familias y comunidades, en especial de aquellos en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad y promover estrategias que permitan el desarrollo de sus capacidades. b) Dirigir la ejecución de planes, programas y proyectos de restablecimiento, prevención, protección y promoción de derechos de las personas, familias y comunidades, en especial aquellas de mayor situación de pobreza y vulnerabilidad. c) Establecer objetivos y estrategias de corto, mediano y largo plazo, para asegurar la prestación de servicios básicos de bienestar social y familiar a la población objeto."

La Secretaria Distrital de Integración Social georeferencia las poblaciones que son objeto de sus competencias, ante la misión de liderar y formular, en la perspectiva del reconocimiento y la garantía de los derechos, las políticas sociales del Distrito Capital para la integración social de las personas, las familias y las comunidades, con especial atención para aquellas que estén en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad, ejecutar las acciones que permitan la promoción, prevención, protección, rehabilitación y restablecimiento de sus derechos, mediante el ejercicio de la corresponsabilidad y la cogestión entre la familia, la sociedad y el Estado.

Gráfica No. 4 Lugar de Pernoctación habitante de calle por localidad.

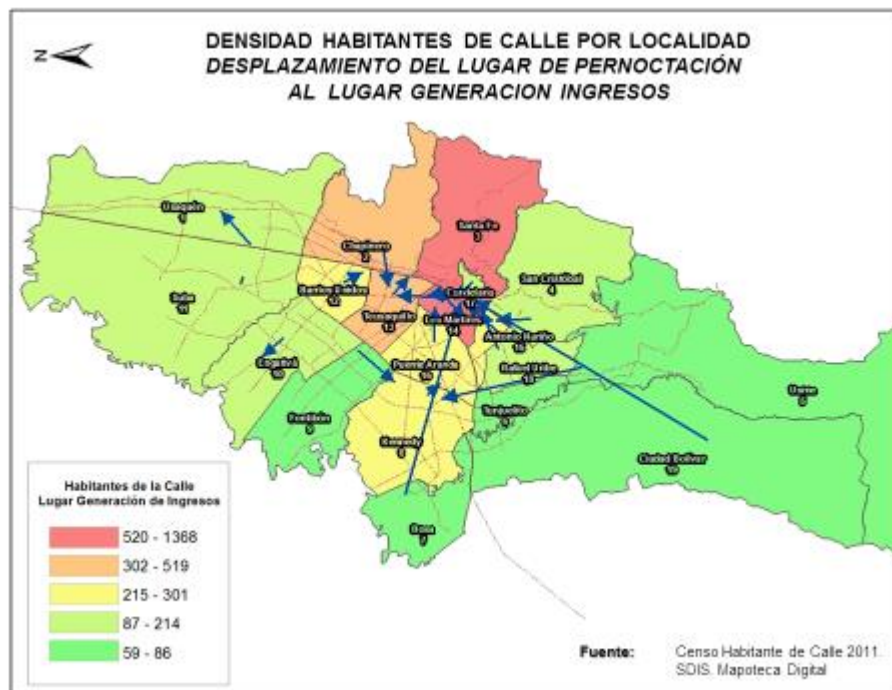


Fuente: Secretaria Distrital de Integración Social. Abril 2016

La Secretaría de Integración social tiene las siguientes funciones básicas:

- a. Formular, orientar y desarrollar políticas sociales, en coordinación con otros sectores, organismos o entidades, para los distintos grupos poblacionales, familias y comunidades, en especial aquellos en mayor situación de pobreza y vulnerabilidad y promover estrategias que permitan el desarrollo de sus capacidades.
- b. Dirigir la ejecución de planes, programas y proyectos de restablecimiento, prevención, protección y promoción de derechos de las personas, familias, y comunidades, en especial aquellas de mayor situación de pobreza y vulnerabilidad.

Gráfica No. 5. Desplazamiento del lugar de pernoctación al lugar de generación de ingresos. Densidad habitante de calle por localidad.



Fuente: Secretaria Distrital de Integración Social. Abril 2016

- c. Establecer los objetivos y estrategias de corto, mediano y largo plazo, para asegurar la prestación de servicios básicos de bienestar social y familiar a la población objeto.
- d. Desarrollar políticas y programas para la rehabilitación de las poblaciones vulnerables en especial habitantes de la calle y su inclusión a la vida productiva de la ciudad.

## **HALLAZGO No. 11**

En la Secretaría Distrital de Integración Social presuntamente no existe proceso documentado que establezca el proceso de realización de listados censales, en la entidad, estableciendo los procedimientos que lo integran, las áreas y personas responsables, adicionalmente darlo a conocer a todos los funcionarios de la entidad según el Decreto 780 de 2016 Artículo 2.1.5.2 y 2.1.5.1 concordantes con los artículos 40 y 41 del Decreto 2353 de 2015, la Ley 1712 de 2014, Ley 872 de 2003, Ley 594 de 2000, Ley 715 de 2001 artículo 43, NTGP 1000 de 2009, Decreto 2609 de 2012 y Decreto 943 de 2014.

## **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

La respuesta es competencia de la Secretaría Distrital de Planeación.

## **ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR**

Como quiera que la Alcaldía Mayor de Bogotá informó haber realizado el traslado del informe realizado por la Superintendencia Nacional de Salud hacia las Secretarías Distritales de Planeación, Integración Social y de Salud, y quienes a fecha tres (03) de octubre de 2016 la Secretaría Distrital de salud ha sido la única que presentó respuesta mediante el NURC 1-2016-112521, en consecuencia establecido el hecho que la Secretaría Distrital de Integración Social no radicó respuesta al hallazgo No. 11 se confirma el hallazgo No. 11.

## **CONCLUSIÓN**

Se confirma el hallazgo

### **3.1.2.3. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C.**

#### **3.1.2.3.1 Organización Funcional**

En la Alcaldía Mayor de Bogotá el sector salud tiene la misión de dirigir, planificar, coordinar y ejecutar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El sector salud está integrado por la secretaría Distrital de salud, cabeza del sector y las siguientes entidades adscritas:

- Fondo Financiero Distrital
- (5) cinco Hospitales del tercer nivel de atención. Empresas sociales del estado (ESE) Occidente de Kennedy, La Victoria, Tunal, Simón Bolívar y Santa Clara.
- (7) siete de segundo nivel de atención. ESEs San Blas, Meissen, Bosa, Centro Oriente, Engativá, Tunjuelito y Fontibón.
- (10) diez Hospitales del primer nivel de atención. Las ESE Suba, Usaquén, Vasta Hermosa, Nazaret, Usme, San Cristóbal, Pablo VI, del Sur, Chapinero y Rafael Uribe Uribe.

La Secretaría Distrital de Salud es un organismo del sector Central con autonomía administrativa y financiera que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital.

La Dirección de Aseguramiento en Salud tiene 3 áreas funcionales Administración del aseguramiento, servicios al vinculado y Garantía de la calidad. Tiene por función básica respecto del aseguramiento en salud:

- Promover el aseguramiento de toda la población con énfasis en la población más pobre y vulnerable, al sistema General de Seguridad social en salud de acuerdo con lo establecido en el ordenamiento jurídico colombiano.
- Mantener actualizadas las bases de datos de la población afiliada al régimen subsidiado y reportar dichas novedades a la Secretaría de planeación y demás entidades competentes.
- Promover el aseguramiento de las poblaciones especiales conforme lo define la ley y las acciones en salud pública establecidas en el ordenamiento jurídico colombiano.

Mediante el acuerdo 641 de 2016, el Concejo de Bogotá aprobó la iniciativa presentada por el Alcalde Mayor de Bogotá que reorganiza el Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, fusionando 22 hospitales del Distrito Capital en cuatro (4) gerencias, estableciendo uno (1) año para culminar el proceso de transformación:

Empresas Sociales del Estado de: Usme, Nazareth, Vista Hermosa, Tunjuelito, Meissen y El Tunal se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.”

Empresas Sociales del Estado de: Pablo VI Bosa, del Sur, Bosa, Fontibón y Occidente de Kennedy se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.”

Empresas Sociales del Estado de: Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.”

Empresas Sociales del Estado de: Rafael Uribe, San Cristóbal, Centro Oriente, San Blas, La Victoria y Santa Clara se fusionan en la Empresa Social del Estado denominada “Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.”

Tabla No. 27 Población por subred Integrada de Servicios de Salud, Bogotá Distrito Capital

POBLACIÓN POR SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD													
LOCALIDADES POR SUBRED	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (estimado)	%	RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN (estimado)	%	RÉGIMEN SUBSIDIADO	%	ENCUESTADOS SISBEN NO AFILIADOS						PROYECCIÓN DANE 2016
							Potenciales Beneficiarios	%	Puntaje Superior	%	Total Sisbén No Afiliados	%	
SUBRED CENTRO ORIENTE	742.112	69,2%	19.992	1,9%	273.643	25,5%	11.242	1,0%	9.816	0,9%	21.058	2,0%	1.072.718
SUBRED NORTE	2.652.188	85,1%	102.200	3,3%	230.597	7,4%	15.479	0,5%	16.382	0,5%	31.861	1,0%	3.128.485
SUBRED SUR	780.880	62,3%	19.007	1,5%	350.307	27,9%	12.826	1,0%	9.621	0,8%	22.447	1,8%	1.253.705
SUBRED SUR OCCIDENTE	1.860.114	73,7%	66.540	2,6%	326.788	12,0%	17.852	0,7%	24.846	1,0%	42.698	1,7%	2.525.093

El Alcalde Mayor de Bogotá, el doctor Enrique Peñalosa Londoño mediante el Decreto Distrital 01 de 2016 nombró el día primero de enero de 2016 al actual Secretario Distrital de Salud de Bogotá doctor LUIS GONZALO MORALES SÁNCHEZ identificado con la cédula de ciudadanía No. 70.095.728, Secretario de Despacho Código 020 Grado 09 de la Secretaría Distrital de Salud.

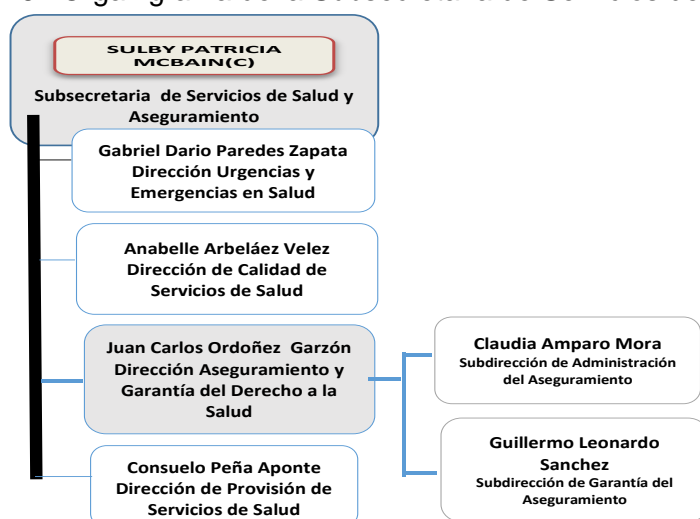
A su turno fueron nombrados por el Secretario Distrital de Salud en la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, la doctora Sulby Patricia McBain y en la dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, el doctor Juan Carlos Ordoñez.

La Secretaría Distrital de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud dispuso para la presente visita de auditoría que la Superintendencia Nacional de Salud realiza, que fueran atendidos por los funcionarios distritales doctoras Claudia Amparo Mora, Martha Rodriguez y Doris Pelaez Arbeláez, esta última identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.740.839 de Bogotá profesional universitaria del área de garantía de la calidad, el doctor Luis Felipe Martínez Rojas identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.472.850 de Bogotá profesional especializado del área de administración del aseguramiento, quienes describieron que “la Dirección de Aseguramiento a su vez se integra por la Subdirección de *Administración del Aseguramiento* cuya titular es la doctora Claudia Mora y la Subdirección de *Garantía del Aseguramiento* cuyo titular es el doctor Guillermo Sanchez”.

La doctora Cielo Valencia Corredor del sistema de gestión de la calidad de la entidad, expuso que el proceso documentado del aseguramiento en la Secretaría Distrital de Salud se denomina “Asegurar Salud” y se descompone en los siguientes procedimientos:

- Inspección vigilancia y seguimiento EAPB
- Derecho a la Salud
- Rectoría Aseguramiento.
- Sistema Distrital Quejas y Soluciones
- Administración del aseguramiento. Poblaciones especiales
- Dispersión de Recursos
- Electivas Servicios de Salud PPNA.
- Sistema Integrado de Referencia y contra referencia (SIRC).
- Pagos a Prestadores Servicios de Salud
- Equipos contratados y no contratados

Gráfica No. 6. Organigrama de la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento



Fuente: Dirección de Aseguramiento. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, abril 2016.

Seis procedimientos, complementados con instructivos y lineamientos.

- Giro de recursos régimen subsidiado
- Autorización de servicios de salud electivos para población pobre no asegurada del Distrito capital.
- Procedimiento general de administración del aseguramiento.
- Procedimiento para la Gestión y cumplimiento de tutelas en aseguramiento de la salud.
- Línea 195 del derecho a la salud.
- Inspección, seguimiento y vigilancia a las EAPB (Empresas administradoras de planes de beneficios).

En la fecha el día veintiséis (26) de abril de 2016 cuando se realiza la presente auditoría, algunos funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud, de la Dirección de Aseguramiento se hallaban recibiendo capacitación en el Decreto 2353 de 2015 “ *por el cual se unifican y se actualizan las reglas de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación, en concordante con los postulados constitucionales y lo establecido en la Ley Estatutaria de la Salud, Ley 1751 de 2015 y el Decreto 19 de 2012*”, norma que para ese momento, reglamenta el aseguramiento en salud en Colombia y que posteriormente fue derogado por el Decreto 0780 de 2016.



Tabla No. 28 Capacitación “Decreto 2353 de 2015 Norma reglamentaria del aseguramiento en salud”

ACTIVIDAD	DESCRIPCION
Capacitación	Se realizaron capacitaciones de Decreto 2353 a: Personal de Atención a Usuario de la SDS, Línea 195 Derecho a la Salud, Red de Hospitales.
Auditorias	Mediante Instrumento de Auditoria diseñado para seguimiento a EAPB, se realizaron Ítems donde se contemplan requisitos del Decreto 2353, como son: novedades, validación, Reporte a BDAU, traslados, portabilidad, movilidad, ingresos.
Asistencia Técnica	Se realizaron asistencias con la EAPB donde se discutieron cada uno de los capítulos y se dio claridad frente a las dudas en la implementación de la norma.
Mesas de Trabajo	Se realizaron mesas de trabajo al interior de la Dirección y con las EAP para definir la operatividad y los ajustes requeridos para dar cumplimiento al Decreto 2353

Fuente: Dirección de Aseguramiento, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, abril 2016.

Los riesgos que la Dirección de Aseguramiento ha identificado en el proceso “asegurar salud” se definen en cinco (5) riesgos:

1. Población pobre no asegurada a cargo del FFDS, sin garantía de acceso a la prestación de servicios de salud.
2. Falta de intervención desde el aseguramiento en salud que influya en el Incremento de barreras de acceso a la prestación de servicios de salud.
3. No cumplimiento de metas y funciones, por deficiencias operativas en la gestión del proceso.
4. Inconsistencias en la información del estado de afiliación de usuarios del SGSSS, en las bases de datos de competencia de la SDS.
5. No contar con la información oportuna y suficiente, por parte de las EPS y EAPB, para garantizar el flujo de recursos del régimen subsidiado en el D.C.

Para estos fueron establecidos 33 controles en el objetivo de mitigar la presentación de los cinco (5) riesgos.

En la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá los documentos que registran los principales procesos y procedimientos relacionados con la gestión del aseguramiento, son:

- a. Algoritmo aval de novedades e ingresos.
- b. Algoritmo cargas listados censales poblacionales especiales.
- c. Algoritmo estadísticas mensuales de aseguramiento.
- d. Algoritmo proceso fallecidos.
- e. Algoritmo registro de nacimientos.
- f. Algoritmo registro de novedades.
- g. Algoritmo registro traslado de municipios.
- h. Algoritmo registro traslados masivos por retiro de EPSS.
- i. Mapa de procesos aprobado.
- j. Novedades de actualización BDUA por parte de la SDSB.
- k. Proceso inspección y vigilancia a EAPB.
- l. Proceso Administración Aseguramiento.
- m. Proceso autorización solicitudes de salud a población pobre no asegurada electivas.
- n. Proceso giro de Recursos Régimen Subsidiado.

- o. Procedimiento tutelas Autorizaciones servicios de salud.
- p. Procedimiento Línea 195 Derecho a Salud.
- q. Proceso Asegurar Salud.

### **3.1.2.3.2 Proceso Asegurar Salud**

El proceso “Asegurar Salud” aplica para la población de Bogotá, el objeto de las funciones del aseguramiento en salud incluye:

- La planificación del proceso de aseguramiento.
- La promoción y gestión para la identificación y afiliación de la población al SGSSS.
- El manejo de bases de datos de usuarios.
- La asistencia técnica a las EAPB.
- La garantía de acceso a servicios de salud para población pobre no asegurada y financiamiento de servicios no POS.
- El reconocimiento de servicios con cargo al FFDS.
- La presupuestación y ordenación del gasto de recursos que financian el Régimen subsidiado,
- El seguimiento, inspección y vigilancia a las EPS según competencia y al SGSSS en general.
- La gestión para gestionar y disminuir barreras de acceso por aseguramiento en salud.
- El seguimiento contractual.
- Asistencia técnica en aseguramiento y seguimiento a los planes de mejora de las EAPB.

El proceso aplica para la población de Bogotá, objeto de las funciones del aseguramiento en salud. Incluye desde la planificación del proceso, promoción y gestión para la identificación y afiliación de la población al SGSSS, el manejo de bases de datos de usuarios, la asistencia técnica a las EAPB, la garantía del acceso a servicios de salud para población pobre no asegurada y financiamiento de servicios No POS, el reconocimiento de servicios con cargo al FFDS, la presupuestación y ordenación del gasto de recursos que financian el régimen subsidiado, hasta el seguimiento, inspección y vigilancia a las EPS según competencia y al SGSSS en general.

Implica las acciones para gestionar y disminuir barreras de acceso por aseguramiento en salud, el seguimiento contractual, asistencia técnica en aseguramiento y seguimiento a los planes de mejora de las EAPB.

Los procedimientos son listados así:

- Promoción e información para la afiliación y aseguramiento en salud. Respuestas a requerimientos de información, conceptos técnicos. Documentos técnicos. Usuarios atendidos, usuarios y/o entidades capacitadas e informadas. Jornadas de promoción de la afiliación, acceso a información disponible.
- Asesoría y Asistencia Técnica en aseguramiento en salud para los actores del SGSSS.

Gráfica No.7. Actas de Asistencia Técnica realizada a las EPS durante 2015 por la SDS.

Archivos actualmente en el disco (9)

ACTA COMPENSAR_24-04-2015-095643.pdf	24/04/2015 09:56 a...	Adobe Acrobat D...	1.792 KB
ACTA EPS COOMEVA_26-08-2015-082822 (3).pdf	22/09/2015 02:19 ...	Adobe Acrobat D...	713 KB
ACTA FAMISANAR 2015_24-04-2015-095215.pdf	24/04/2015 09:52 a...	Adobe Acrobat D...	1.758 KB
ACTA GRUPO SALUDCOOP ABRIL 10-2015_21-04-20...	21/04/2015 11:21 a...	Adobe Acrobat D...	1.374 KB
ACTA NUEVA EPS_24-04-2015-100712.pdf	24/04/2015 10:07 a...	Adobe Acrobat D...	772 KB
ACTA SALUD TOTAL ABRIL 14-2015_21-04-2015-113...	21/04/2015 11:32 a...	Adobe Acrobat D...	1.437 KB
acta salud vida_20-11-2015-105159.pdf	20/11/2015 10:52 a...	Adobe Acrobat D...	953 KB
ACTA SANITAS EPSC_28-04-2015-141411.pdf	28/04/2015 02:14 ...	Adobe Acrobat D...	1.422 KB
SURA EPS_03-09-2015-150259.pdf	03/09/2015 03:03 ...	Adobe Acrobat D...	1.673 KB

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. 2015.

- Gestión de información y Bases de Datos de afiliación y usuarios del SGSSS. Identificación y caracterización integral del usuario frente al SGSSS. Información del estado de afiliación al SGSSS. AMINISTRACION DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD. Procedimiento SDS-ASS-PR-006, incluye:
  1. Gestión de datos-ingreso, depuración y control de bases de datos y comprobador de derechos en salud.
  2. Manejo de acceso al SGSSS de poblaciones especiales.
  3. Actualización y gestión de datos de afiliación al SGSSS.
  4. Novedades e Ingresos a las EPSS, fallecidos, nacimientos, traslados de municipio, traslados de EPSS, libre elección entre otros.
  5. Manejo de información para acceso al SGSSS de poblaciones especiales y prioritarias: discapacidad, inimputables, mujeres víctimas de la violencia, menores de cinco años, mayores de 65 años, carreteros y demás que se identifiquen como prioritarios acordes con las políticas.
- Gestión de Inconsistencias cruces de bases de datos.
- Presupuestar y ordenar el gasto de recursos que financian el régimen subsidiado en su Jurisdicción. (Procedimiento SDS-ASS-PRO-002). Incluye:
  1. Recepción de información y documentos de las EPSS para giros, verificación de requisitos, solicitudes de pagos, y seguimiento a las transacciones.
  2. Programar el compromiso de los recursos a partir del análisis de la cantidad de población afiliada.
  3. Comprometer los recursos para la vigencia por medio de acto administrativo.
  4. Establecer los procesos de giro frente a los requisitos de la norma.
  5. Importar las bases de datos cargadas por el Ministerio de Salud y protección social.
  6. Validación de las bases de datos.
  7. Exportar el Resumen de Giro publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social.
  8. Validar la estructura de los datos contenidos en los medios digitales, las autorizaciones de giro y las facturas enviadas por las EPS-S.
  9. Enviar inconsistencias al Ministerio de Salud y Protección social.
  10. Generar el archivo plano con los beneficiarios de giro.

11. Elaborar la autorización de giro para firma del Secretario de salud.
12. Remitir a la Dirección financiera o a la que haga sus veces en la SDS, el memorando con el archivo plano, facturas, autorizaciones de giro, cuadro de fuentes y CDP.
13. Verificar la transacción exitosa del giro.
14. Ajustar las inconsistencias y remitir nuevamente la información a financiera.

- Seguimiento y Cumplimiento de Fallos de tutela. (Procedimiento código SDS-ASS-PR-007).  
Garantizar la prestación de servicios amparados por fallo de tutela para participantes vinculados mediante la red contratada y no contratada para la prestación de servicios por la DTS, y para la población asegurada mediante seguimiento en las EPSS y en las EPSC.
- Servicios de Salud de Población Pobre No asegurada a cargo del FFDS.
- Seguimiento a Contratos y Convenios con Prestadores.
- Instructivo auditoria concurrente de prestación de servicios prestados a la población a cargo del FFDS. (Procedimiento SDS-ASS-INS-018).
- Autorización de servicios de salud Electivos para Población Pobre No Asegurada a cargo del FFDS (Procedimiento SDS-ASS-PR-005).
- Gestión Interna de Cuentas para reconocimiento de pagos por servicios de salud contratados y de gratuidad en salud. (Según procedimiento transversal –Dirección Financiera).
- Seguimiento, Inspección y Vigilancia a las EAPB. Procedimiento Inspección, Seguimiento y Vigilancia a las EAPB (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios). Procedimiento SDS-ASS-PR-003.
- Gestión de Barreras de Acceso por Línea 195 del Derecho a la Salud. Procedimiento SDS-ASS-PR-004.

Recepcionar, caracterizar y gestionar las llamadas a la Línea 195 del derecho a la salud, provenientes de usuarios, entidades públicas o privadas y demás actores del SGSSS, encaminadas a garantizar derecho al acceso a la salud en Bogotá.

Escalar casos al grupo auditor de Garantía del aseguramiento de la Secretaria Distrital de Salud.


Realizar seguimiento de casos gestionados cuando se requiera. Realizar informes. Uso aplicativo línea 195 del derecho a la salud.

- Seguimiento de los Resultados Relevantes en salud Pública, según indicadores trazadores y administrativos de las EAPB, priorizados para Vigilancia del Aseguramiento en Salud Pública.

- Gestión Interna de Requerimientos SDQS y Entes de Control en Aseguramiento. Procedimiento SDS-ASS-PR-008.
- Reconocimiento de Pagos por Servicios de Salud Prestados con cargo al FFDS.
- Saneamiento de cartera IPS/ESE, saneamiento de estados financieros IPS/ESE, auditorias por prestación de servicios en urgencias, No POS, Convenio Escolar, Tutela, Población salud mental, Población inimputable, Población farmacodependiente y servicios electivos.
- Auditoría Integral para los servicios prestados por la red complementaria contratada.- Código SDS-ASS-INS-006.
- Saneamiento Estado Financieros.  
Estados de cartera conciliados entre SDS/FFDS, EPS y/o paz y salvos. Información que será remitida a la Superintendencia Nacional de Salud.
- Saneamiento de Cartera de las EPS-S recobros por Comité Técnico científico y Fallos de tutelas presentados.
- Secretaria Distrital de Salud, organismos de control y dirección.
- Normatividad.
- Lineamientos internos y externos, MECI, SGC, SIG.
- Revisiones periódicas y mejoramiento continuo de gestión y en especial SGC en la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud.

Gráfica No. 8. Funciones de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C.

<b>QUE HACE LA DIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y GARANTIA DEL DERECHO A LA SALUD? (1/2)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar inspección y vigilancia del Aseguramiento en salud – del Régimen subsidiado, y a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) del SGSSS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestionar, controlar y evaluar la aplicación de los mecanismos de recolección, registro y utilización de los sistemas de información del aseguramiento en salud</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desarrollar mecanismos que permitan avanzar en la cobertura del aseguramiento universal en salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Administrar y controlar el proceso de servicios electivos en lo relacionado con autorizaciones de servicios de salud a cargo del FFDS-SDS</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar la prestación de las tecnologías en salud, no incluidas en el Plan obligatorio de servicios en salud a la población afiliada al régimen subsidiado y a la no afiliada sin capacidad de pago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar inspección y vigilancia a la contratación con la red adscrita y la red complementaria, así como en las tecnologías en salud no contempladas en el POS</li> </ul>



## QUE HACE LA DIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y GARANTIA DEL DERECHO A LA SALUD? 21/2)

- Realizar asistencia técnica a los actores del sistema en los procesos relacionados con el aseguramiento en salud
- Gestionar, resolver y cumplir los fallos de tutela pertinentes a servicios de salud
- Organizar y verificar el seguimiento a los resultados en salud de la población a cargo de las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios
- Garantizar el derecho a la salud según requerimientos hechos a través de la línea de atención del derecho a la salud
- Garantizar el derecho a la salud según los requerimientos hechos a través del sistema de soluciones quejas y reclamos



Fuente: Dirección de Aseguramiento. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 26 de abril de 2016.

La Subsecretaría de Servicios de salud y Aseguramiento – Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, la Sub dirección de Administración del Aseguramiento, de la Secretaría Distrital de Salud, con el objetivo de contribuir a la Universalización del Aseguramiento; implementó en el aplicativo de la Secretaría Distrital de Salud un módulo, integrando un formulario específico como Instrumento Provisional en Línea para diligenciar; con el objetivo de “*facilitar el acceso a los servicios de salud de la población participante vinculada que no ha sido identificada con encuesta SISBEN o que aun la información no ha sido avalada por el Departamento de Planeación Nacional*”.

Su aplicación es individual y permite focalizar transitoriamente el gasto social en salud, y/o identificar a la población pobre y vulnerable, sin capacidad de pago para afiliarse al SGSSS.

Tabla No. 29 Cronograma de Apoyo, Capacitación y Asistencia Técnica a las ESE

### RELACION CRONOGRAMA DE APOYO, CAPACITACION Y ASISTENCIA TECNICA A LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y OTROS ACTORES DEL SECTOR SALUD, REFERENTE AL ASEGURAMIENTO EN SALUD, REGLAMENTACION Y ATENCION A POBLACION POBRE NO ASEGURADA. PARA EL AÑO 2015 – 2016.

FECHA DE CAPACITACION	TEMA	OBJETIVO	ASISTENTES
Enero 2015	Poblaciones diferenciales y de inclusión social Ciclo: o Adolescencia (14 a 17 años) o Juventud (18 a 28 años) o Adultez (29 a 59 años) o Envejecimiento y vejez (mayores de 60 años)	Generar estrategias promocionales, protectorias y restructuradas para el aseguramiento en salud de las personas de los sectores de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgeneristas e Intersexuales.	Referentes de política pública LGBTI. Médicos, enfermeras, psicóloga, trabajadora social, líder comunal, Organizaciones Sociales LGBTI, funcionarios y funcionarias de Atención al Usuario de las ESE.
18 Febrero 2015	Administración del Aseguramiento	Analizar información sobre el SGSSS y portabilidad, para brindar a las víctimas de delitos sexuales que acuden a centro de atención a víctimas de violencia sexual CAIVAS ICBF.	Referentes para atención a Víctimas centro de atención a víctimas de violencia sexual CAIVAS ICBF.
19 marzo de 2015	Plan piloto Instrumento provisional en línea.	Presentar Instrumento provisional en línea a 5 ESE del Distrito a modo de plan piloto para validar pertinencia y evaluar proceso de implementación en las ESE del Distrito.	Trabajadoras sociales y funcionarios de las ESE Victoria, San Cristóbal, Kennedy, centro oriente y Engativá.
20 mayo 2015	Implementación de Instrumento Provisional en Línea.	Capacitación en la implementación del Instrumento Provisional en Línea. Presentación del instructivo para diligenciar IP en línea.	Profesionales de trabajo social, facturación, admisiones, autorizaciones, atención al usuario y participación social de las 22 ESE del Distrito.
28 mayo de 2016	Presentación distrital Instrumento provisional en línea	Presentación distrital Instrumento provisional en línea, sobre plataforma App Comprobador de derechos de la SDS.	Profesionales de trabajo social, facturación, admisiones, autorizaciones, atención al usuario y participación social de las 22 ESE del Distrito.
9 y 16 Junio 2015	Manejo comprobador de derechos Aplicación Resolución 018 del 07/05/2015 (movilidad entre regímenes) Cambios lineamientos Anexo 2 Socialización Anexo 4( facturación PPNA)	Socialización lineamientos contractuales SDS- FFDS-ESE	Funcionarios facturación, participación social, servicios de urgencias, y áreas de hospitalización, de las 22 ESE del Distrito Total 165 asistentes en dos jornadas.
15, 18 y 19 Junio 2015	Contratación FFDS y ESEs Anexo 2	El actual sistema de salud busca la	Funcionarios facturación,

	(Atención a PPNA)	universalización del aseguramiento, donde la población pobre y vulnerable no asegurada debe acceder al Sistema General De Seguridad Social En Salud- SGSSS. Se socializa anexo 2 y 4 del contrato, especificando ruta de acceso a servicios de salud para la PPNA, residente en el distrito Capital	participación social, servicios de urgencias, y áreas de hospitalización, de las 22 ESE del Distrito  Total 250 asistentes en tres jornadas.
21 Julio de 2016	Generalidades SGSSS	Unificar conceptos y orientar frente al SGSSS a los funcionarios de Secretaría Distrital de la Mujer, Casa Acogida.	Total 15 Profesionales casa Acogida, de la secretaria Distrital de la Mujer.
11, 12,13 y 14 Agosto 2015	Estudio Social de caso	Orientar, asesorar y capacitar a profesionales de Trabajo social de las ESE del Distrito, en la elaboración del Estudio social de Caso a población pobre y vulnerable.	Profesionales en Trabajo social de las ESE Santa Clara, Melissen, Fontibon, Centro Oriente.
14 Agosto 2015	Generalidades sobre SGSSS, Víctimas de Violencia	Orientar, asesorar y capacitar a profesionales de Psicología de los equipos Sico sociales en las Comisarias de familia, con el fin de evitar los retrocesos y la demora en la prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta la alta rotación de personal en estas áreas.	Profesionales en Psicología de las Comisarias de familia del Distrito.  Total 75 Asistentes en Alcaldía Local Engativá.
9, 11,16 y 25 septiembre 2015	Estudio Social de caso puntaje mayor y casos específicos PPNA.	Orientar, asesorar y capacitar a profesionales de Trabajo social de las ESE del Distrito, en la elaboración del Estudio social de Caso a población pobre y vulnerable.	Profesionales en Trabajo social de las ESE Victoria, Engativá, Tunal, Rafael Uribe Uribe.
23 septiembre 2015	Gestión de políticas y programas, Subdirección de Determinantes en salud. Servicio amigable LGBTI con énfasis en mujeres transgenero.	Fortalecimiento y desarrollo de capacidades a través del acompañamiento técnico y seguimiento a la ejecución de las metas del servicio amigable.	Profesionales equipos de intervención con énfasis en enfoque diferencial, de la SDS.  Total 20 Asistentes.
22 Octubre 2015	SGSSS, Aseguramiento, Competencias Dirección de Aseguramiento en salud a PPNA de la Secretaría Distrital de Salud	Capacitación a funcionarios Distritales Asistentes al primer Diplomado Prevención y atención Integral De La Violencia Intrafamiliar, Violencia Sexual Y Explotación Sexual.  Invita Defensoría del Pueblo.	Funcionarios públicos del Distrito Secretarías de salud, educación, SDIS, ICBF, Personería, Defensoría, Veeduría, ONGs.  Total 150 Asistentes al Diplomado.
30 noviembre de 2016	Instrumento Provisional en Línea	Socialización resultados primeros 6 meses de implementación del Instrumento Provisional en Línea.	En el proceso de producción y ejecución del Instrumento provisional se capacito a 338 Funcionarios de las 22 ESE del Distrito, en Normatividad y soporte técnico para el desarrollo del nuevo aplicativo del Comprobador de derechos.
Fechas aleatorias durante el año 2015 y 2016 Vigencia contratación Anexo 2, según solicitud de ESE, IPS	Asesorías a ESE, IPS red Adscrita.	Unificar conceptos con los funcionarios de las ESE, IPS Adscrita encargados del área de autorizaciones, facturación, admisiones y especialmente Equipos de trabajo social, atención al usuario, y participación social, esto con el fin de evitar los retrocesos y la demora en la prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta la alta rotación de personal en estas áreas.	ESEs del Distrito. INC Instituto Nacional de Cancerología. Hospital Universitario La samaritana.
Enero 2016	Capacitación contratación vigente IPS	Socialización lineamientos contractuales SDS-INC (firmado 30/12/2015)	Funcionarios Instituto Nacional de Cancerología. Total 52 Asistentes.

Fuente: Dirección de Aseguramiento. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 26 de abril de 2016.

Este Instrumento provisional en Línea, es accedido desde la página oficial “[www.saludcapital.gov.co/Comprobador de derechos](http://www.saludcapital.gov.co/Comprobador%20de%20derechos)”, siendo de relevancia para la Secretaría Distrital de Salud, la utilización desde los Hospitales de la Red Adscrita y especialmente para los usuarios del Sistema General de Salud.

Se constituye en una **HERRAMIENTA** de consulta de la PPNA del Distrito Capital. A nivel Nacional, se aprovecha el cruce de datos del comprobador de derechos de la Secretaría Distrital de Salud, con las bases de datos de FOSYGA BDUA, DNP Sisben, Listados Censales, y los de Población especial, que permite identificar la población objeto de intervención, como también inhabilitar el IP de cualquier ciudadano en Línea, cuando la condición de afiliación del usuario cambia (registre activo en alguna EPS, o cuente con puntaje SISBEN). Incorpora además la declaración juramentada de “no capacidad de pago inmersa en el Instrumento provisional”, y se puede imprimir para firma del usuario cuando la IPS va a realizar el cobro de la atención.

El instrumento se encuentra disponible para la población en general, es válido para acceder a los servicios de salud en los hospitales de la red pública e instituciones contratadas por el Fondo Financiero Distrital de Salud; tiene validez de hasta 45 días para urgencias, población habitante calle y hasta 6 meses para hospitalización o consulta externa población general, a partir de la fecha de aplicación.

- Impacto.

El aplicativo permite la trazabilidad, aseguramiento y evaluación de servicios de salud autorizados, adicional se actualizaron y validaron los registros profesionales de las y los Trabajadoras Sociales del Distrito, visibilizando y fortaleciendo el que hacer de la Profesional como garante de derechos de la Población Pobre No Asegurada usuaria de las 22 Empresas Sociales del Estado, garantía de calidad del uso del Módulo.

El diseño y programación de la aplicación se desarrolló en la plataforma visual studio 2012 con acceso de base de datos SQL Server 2014 y se anexo como un nuevo módulo funcional al aplicativo “Comprobador de derechos” que permite realizar los cruces y validación de datos con todas las fuentes de información, se realizaron las validaciones pertinentes con pruebas funcionales y de diseño bajo la metodología solicitada por la Dirección de Planeación y Sistemas de esta Secretaría.

- Resultados

Con la participación del FFDS y las 22 ESEs del Distrito, desde junio 2015 a la fecha (22/02/2016 corte para muestra), se han elaborado 15352 Instrumentos provisionales en línea. De estos han sido validados 8266 con verificación de condiciones y veeduría por parte de profesionales en Aseguramiento de la SDS, pudiendo consultar información estadística en cualquier variable diligenciada para obtener información precisa de cuantos Instrumentos provisionales en línea se elaboran por Localidad, por Hospital, o por ejemplo tipo de servicio.

- En el proceso de producción y ejecución del Instrumento provisional se capacito a 338 Funcionarios de las 22 ESE del Distrito, en Normatividad y soporte técnico para el desarrollo del nuevo aplicativo del Comprobador de derechos.



- A la fecha (febrero 2015) se ha beneficiado a 8266 usuarios PPNA, residente en el Distrito Capital, se responde a diferentes Políticas públicas, a la PPSEV (Política pública social para el envejecimiento y la vejez), identificando 530 personas mayores de 60 años, con porcentaje de copago 10%, a la Política pública LGBTI, apoyando a posicionar la perspectiva de géneros y diversidad sexual identificando la población LGBTI para fortalecer la formulación, implementación, y seguimiento a planes de intervención primaria en salud a esta población priorizada.

### **3.1.2.3.3. Procedimiento Administración Aseguramiento.**

Objetivo. Actualizar de manera oportuna las bases de datos del Régimen Subsidiado en la ciudad de Bogotá D.C. así como a las bases auxiliares que permiten establecer el estado actual del usuario en el Sistema General de Seguridad Social en salud

ALGORITMO AVAL DE NOVEDADES, INGRESOS Y TRASLADOS  
ALGORITMO CARGA LISTADOS CENSALES POBLACIONES ESPECIALES  
ALGORITMO ESTADISTICAS MENSUALES DE ASEGURAMIENTO  
ALGORITMO NOVEDADES DE ACTUALIZACION BDUA POR PARTE DE LA SDS  
ALGORITMO PROCESO FALLECIDOS  
ALGORITMO REGISTRO NACIMIENTOS  
ALGORITMO REGISTRO NOVEDADES  
ALGORITMO REGISTRO TRASLADO DE MUNICIPIO  
ALGORITMO TRASLADOS MASIVOS POR RETIROS DE FPSS

*Fuente: Dirección de Aseguramiento. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 26 de abril de 2016.*

En Bogotá D.C, la afiliación al SGSSS es creciente, la cobertura es para el corte de diciembre de 2014 del 94,4% dependiendo en su mayoría del Régimen Contributivo, se observa que el comportamiento de esta cobertura para el Régimen Subsidiado en los últimos 3 años ha sido prácticamente estacionario con una variabilidad mínima.

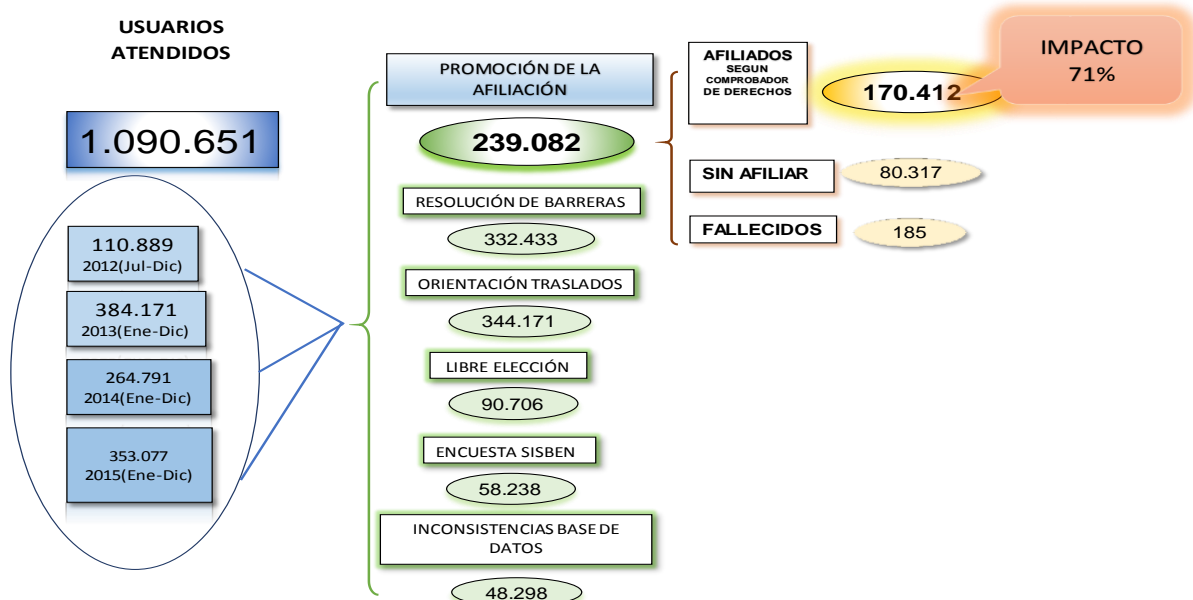
Esta situación a pesar de ser objeto de múltiples acciones no ha podido ser modificada sustancialmente. Las afiliaciones al Régimen Subsidiado gestionadas por registro en el comprobador de derechos de la SDS, tienen una tendencia definida, que para 2015 apunta a 103.000 afiliaciones nuevas en Bogotá (en 2.014 se lograron 118.848).

En el año 2.015, se desarrolló un Plan de Fortalecimiento de la Universalización, que visualiza los resultados frente a las metas, el diseño e implementación de estrategias que promueven la afiliación al Régimen Subsidiado de la población que cumpla con los requisitos de afiliación.

La siguiente Gráfica refleja el comportamiento de la estrategia de promoción de Aseguramiento durante el cuatrienio 2012- 2015 en el Distrito Capital de Bogotá.

Gráfica No. 9 Impacto de la Estrategia de Promoción de Aseguramiento Periodos 2014-2015

**IMPACTO DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE ASEGURAMIENTO  
USUARIOS ATENDIDOS POR LOS PROASEG  
PERIODOS 2012 (Jul-Dic), 2013 (Ene-Dic), 2014 (Ene-Dic), 2015 (Ene-Dic)**



\* Base de datos extractada de la Promoción de la estrategia de afiliación de los años 2012-2013-2014-2015  
\* En los años 2012-2013, el dato de afiliación efectiva es estimado

Fuente: Dirección de Aseguramiento. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 26 de abril de 2016.

La Subdirectora Administrativa del Aseguramiento, de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá doctora Sulma Enith Barrera Chaparro remitió sendos oficios así:

En marzo 2015 hacia Salud Vida EPS-C solicitando informar “cuál es el procedimiento establecido por loa EPS-Contributiva para que los usuarios que se encuentran en movilidad en el Régimen subsidiado informen a la EPS-C las novedades relacionadas con nacimientos, fallecimientos, traslados de municipio y/o EPS y actualizaciones de datos”.

En junio 2015 hacia el Jefe de operaciones de Capital Salud EPS-S comunicándole los motivos de glosa de los procesos de afiliación presentados por la EPSS al auditor de la SDS. Concluyendo “por parte de la EPSS se requiere que el funcionario asignado para realizar las correcciones de las inconsistencias encontradas por el auditor de la SDS en ingreso y novedades, esté disponible para que se realicen oportunamente las correcciones.

Los resultados de la verificación quedan consignados en el formato de verificación de ingresos y novedades de la SDS el cual se entrega a la EPSS.

El 23 de junio de 2015 hacia Caprecom EPSS, doctora Ana Claudia Rodríguez Báez, Líder de Aseguramiento EPSS la SDS le comunica los motivos de glosa de los procesos

de afiliación presentados por la EPSS al auditor de la SDS, conforme los últimos ajustes que se realizaron al proceso de aval de novedades e ingresos.

Y describe algunos hallazgos como “Ausencia de la firma del usuario cabeza de familia en el Formulario Unico de Adfilaiación y Traslado y/o soportes como copias de documentos de identidad del nucleo familiar”.

Tabla No. 30 Ingresos y Novedades Verificados año 2015 a 21 de enero en el Comprobador de Derechos de la Secretaria Distrital de Salud.

INGRESOS POR LIBRE ELECCION						
EPS S	YA APLICADO EN COMPROBADOR	AVALADO	GLOSADO	NBD	TOTAL	
CAPRECOM	810	6431	9	230	7480	
CAPITAL SALUD	1507	42054	539	280	44380	
UNICAJAS	807	10619	135	218	11779	
<b>TOTAL</b>	<b>3124</b>	<b>59104</b>	<b>683</b>	<b>728</b>	<b>63639</b>	
NOVEDADES						
EPS S	YA APLICADO EN COMPROBADOR	AVALADO	GLOSADO	NBD	TOTAL	TOTAL POR EPSS
CAPRECOM	22	6.464	8	54	6548	14028
CAPITAL SALUD	6334	33.190	192	101	39817	84197
UNICAJAS	152	10.671	87	30	10940	22719
<b>TOTAL</b>	<b>6508</b>	<b>50325</b>	<b>287</b>	<b>185</b>	<b>57305</b>	<b>120944</b>

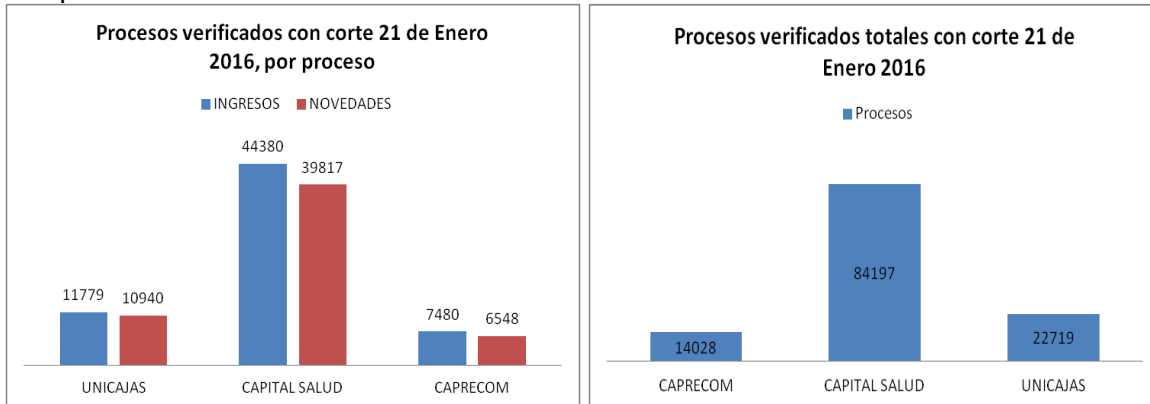
Fuente: Dirección de Aseguramiento. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 26 de abril de 2016

La EPS debe informar al usuario que debe realizar nuevamente el proceso de afiliación. En caso que tenga otra inconsistencias que sean subsanables por la EPSS, el auditor de la SDS solicitará al funcionario asignado por la EPSS que realice las correcciones a que haya lugar, sin glosar ni avalar el ingreso hasta tanto la EPSS las corrija.

*“Es importante que los funcionarios de la EPSS que atienden los usuarios en los diferentes PAU se encarguen de informar y orientar al usuario en el momento en que se está realizando el ingreso o la novedad en aspectos como validar la firma del usuario frente al documento de identidad y que coincida con la firma registrada en el formulario, fotocopias de los documentos de identidad legibles y completas, recordar al usuario el deber de presentar ante la EPS las novedades de actualización de documentos de identidad, domicilio y fallecimientos, padres o madres cabeza de familia y madres gestantes dentro de los treinta días siguientes a la novedad”.*

El 26 de junio de 2015 hacia Unicajas, ingeniero William Camilo Torres Herreño, Jefe de Aseguramiento EPSS Unicajas comunicandole los motivos de glosa de los procesos de afiliación presentados por la EPSS al auditor de la SDS.

Gráfica No. 10. Ingresos y Novedades Verificados año 2015 a 21 de enero de 2016 en el Comprobador de Derechos de la Secretaría Distrital de Salud.



Fuente: Dirección de Aseguramiento. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 26 de abril de 2016

## HALLAZGO No. 12

No fue evidenciado en esta auditoría que la Secretaría Distrital de Salud hubiera informado a las EPSS Caprecom, Unicajas y Capital los hallazgos de documentos como “inconsistencias en los documentos, ausencia o mal registro en el diligenciamiento de formularios y otras situaciones del aseguramiento que pudieron afectar el goce del derecho a la salud de los ciudadanos capitalinos beneficiarios por causa de barreras en el aseguramiento del régimen subsidiado de salud; artículo 14 Decreto 971 de 2011, Circular 6 de 2011, artículos 121 numeral 1 de la Ley 1438 de 2011, Acuerdo 415 de 2009 artículo 70 a 74, Resolución 1344 de 2012 hallazgos estos del proceso de aseguramiento y registro de novedades (ingresos, retiros, movilidad, traslados, etc) y presuntamente tampoco fue evidenciado haber requerido las EPSS Caprecom, Unicajas y Capital, donde la Secretaria Distrital de Salud hubiese establecido a estas EPSS la obligación de presentar planes de mejoramiento por causa de los hallazgos de inconsistencias encontrados en los procesos de afiliación, y la exigencia de establecer las subsecuentes acciones correctivas, preventivas y de mejora eficaces y efectivas, con la definición de indicadores cuantitativos y cuantificables, establecer las personas responsables de las acciones correctivas, preventivas o de mejoramiento en las EPSS e informados en los planes de mejoramiento para aprobación de la Secretaria Distrital de Salud, la definición de metas y los tiempos de ejecución o término fijo para evaluar resultados o seguimientos al plan de mejoramiento, al proceso de aseguramiento de esas EPSS del régimen subsidiado en Bogotá.

## RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“En el proceso de aval novedades e ingresos presentado por las EPS Subsidiadas ha establecido como mecanismo para el seguimiento al proceso de afiliación que realizan las EPS, la ubicación de verificadores de la SDS en la sede de operaciones de las EPS subsidiadas CAPRECOM. (hasta el 31 de diciembre de 2015) UNICAJAS Y CAPITAL SALUD EPS, lo que busca evitar el transporte de los soportes físicos de la documentación de la EPS a la SDS y viceversa. Además busca comunicación directa con el funcionario de la EPS-S de tal manera que en el mismo momento, en que se encuentre la inconsistencia se informe al funcionario asignado por la EPS para que realice las correcciones lo más rápido posible disminuyéndose los tiempos entre el encuentro de la*

*inconsistencia y la corrección por parte de la EPS-S; de igual manera esto permite retoralimentar de manera permanente a la EPS-S por medio de una relación personal y cercana.*

*Como complemento de lo anterior se estableció como mecanismo de comunicación permanente, correos electrónicos donde se estandarizó el emsaje que se envía a la EPSS, informando de manera continua los resultados del aval de las novedades e ingresos (se adjuntan soportes). Como resultado de la evaluación periódica que se realiza de este proceso se tiene como resultado, el porcentaje bajo de glosa (en comprobador de derechos) que según consolidado con corte al 21 de enero de 2016, fue del 0,12% para CAPRECOM, 086% CAPITAL SALUD y 0,97 % para UNICAJAS.*

*Adicionalmente desde la subdirección de Garantía de la Calidad en las actividades de auditoría que se realiza de manera periódica a las EAPB, através del Instrumento de Sistemas de Información Afiliación y Novedades (SDS-ASS-FT-049 V 5.0), hace seguimiento mensual a las siguientes actividades.*

- Existencia de un procedimiento establecido por las EAPB para la presentación documental de soporte de ingresos y novedades.*
- Reporte mensual de ingresos por nacimiento o actualización de datos (modificación, traslados de territorio, movilidad, portabilidad, suspensión, interrupción desafiliación e ingresos, retiros, fallecidos y duplicados).*
- Uso de herramientas dispuestas por el ente territorial para validación de novedades.*
- Se verifica si el 100% de novedades e ingresos que son avalados por la SDS son reportados a la BDUA.*
- Se verifica si en el momento de reportar una novedad cumple con las condiciones y requisitos que exige el decreto 2353 de 2015.*
- Se verifica si la EPS informa oportunamente al afiliado las novedades de ingreso, retiro, movilidad y traslado entre regimenes.*
- Si cuenta con los accesos y los recursos suficientes para hacer uso de las herramientas web que la SDS dispone para la generación de novedades e ingresos.*
- Se verifica si al momento de presentar el ingreso de nacimientos al maestro de afiliados se tienen en cuenta los requerimientos del Decreto 2353 de 2015.*

*Como resultado de este seguimiento se realizan mesas de trabajo con las EAPB, con el propósito de aclarar procedimientos, realizar controles a procesos con inconsistencias, capacitaciones frente a la normatividad vigente y ajustes a los procesos que lo requieran. Se adjunta soporte mesas de trabajo.*

*Así las cosas, de conformidad con lo anteriormente expuesto, se solicita el levantamiento del presente hallazgo. “.*

## **ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR**

La Superintendencia Nacional de Salud confirma el hallazgo No. 12, basta reiterar que se funda aquel en la evidencia del presunto incumplimiento por parte de la Secretaría Distrital de Salud, según la metodología de auditoría del régimen subsidiado vigencias 2014-2015 establecida por la circular 006 de 2011, que no notifica en debida forma y oportunidad a las EPS del Régimen Subsidiado de Bogotá sobre hallazgos encontrados en la auditoría y el deber de la EPSS de establecer un plan de mejoramiento y el posterior seguimiento bimensual por parte de la Secretaría de Salud Distrital. Por tanto respecto del Decreto 2353 de 2015 fue expedido para diciembre de 2015, por tanto en este hallazgo no corresponde a la norma vigente para el periodo auditado.

Respecto de funcionarios de la SDS en las sedes de las EPSS, en nada contradice o desestima el hallazgo formulado a la SDS.

Finalmente Caprecom EPS fue liquidada para diciembre 2015, por tanto su argumento tampoco hace factible considerar el Decreto 2353 de 2015.

## CONCLUSIÓN

Se confirma el hallazgo

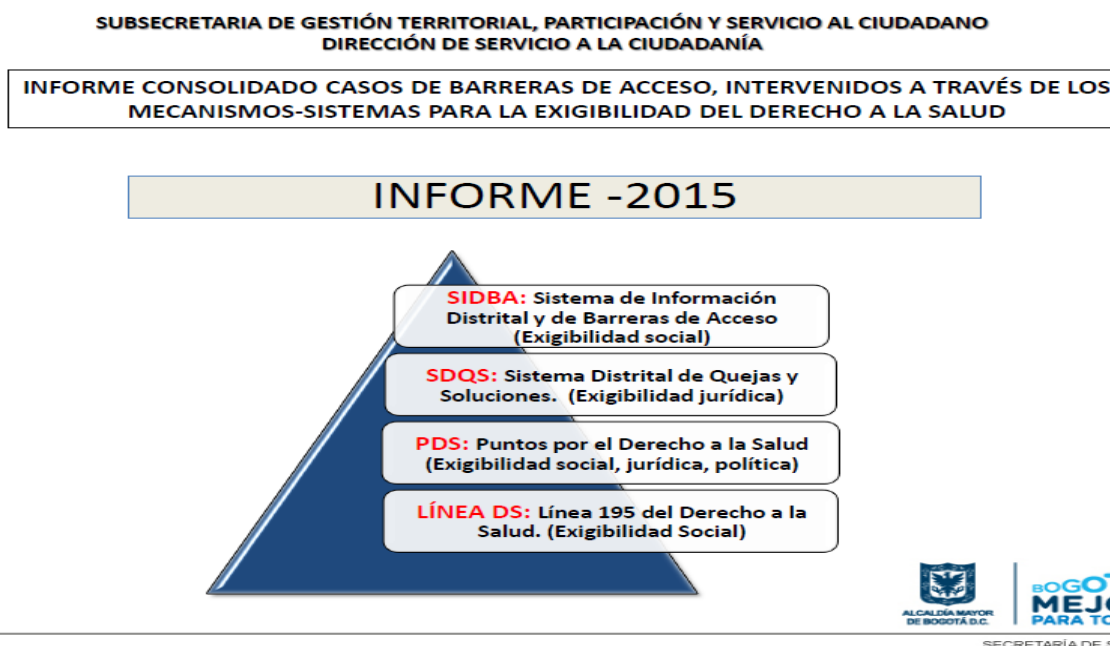
### 3.1.2.3.4 Sistema Distrital de Barreras de Acceso

La doctora Cielo Valencia informa que por Línea 195 Derecho a la salud, la Secretaría Distrital de Salud registra las barreras de acceso por aseguramiento. El personal que atiende la línea son médicos y odontólogos que componen el grupo de visitas. Otro grupo de enfermeros atienden el SDQS (Sistema Distrital de Quejas y Soluciones).

Los resultados se establecen por la caracterización de barreras de acceso y reuniones trimestrales con las EPS respecto de los reclamos de los usuarios.

Posteriormente apoyan a la visita de auditoría las funcionarias distritales doctoras Libia Fuentes Hurtado, profesional especializada del grupo contratación de servicios de salud, Marcela García Peña profesional especializado Garantía Calidad Referente Jurídico, manifestando conocer de los temas de prestaciones en salud No Pos, las cuales son reglamentadas por las Resoluciones 1016 de fecha 01/07/2015, modificada por la Resolución 1632 del 01/10/2015, complementarias de la Resolución 1479 de 2015 “procedimiento para el cobro y pago de servicios No POS suministradas a los afiliados del Régimen Subsidiado” agregan que por los medios de comunicación utilizados para la recepción de las quejas han hecho imposible establecer la entrega por respuesta del “Formato de Negación de Servicios”.

Gráfica No. 11 Sistemas para la Exigibilidad del Derecho a la Salud en el Distrito Capital de Bogotá.



Fuente: Dirección de Aseguramiento. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 26 de abril de 2016

## **HALLAZGO No. 13**

En la Secretaría Distrital de Salud y su red prestadora de servicios no se hace entrega del “Formato de Negación de Servicios” en las respuestas entregadas a los ciudadanos, hecho que presuntamente vulnera la Circular Única de la Supersalud 049 /2008, entrega que debe ser efectuada exclusivamente a través de profesionales de la salud, ampliamente capacitados para ello, concordante con el artículo 11 del Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008 y Resolución 4331 de 2012 concordante con Resolución 744 de 2012 y Resolución 1683 de 2015. El formato se tramitará, mínimo con una copia, la cual deberá ser entregada al usuario o a la persona que adelanta la solicitud del medicamento o servicio, dejando en todo caso constancia de recibo por el afectado, así como el trámite dado. Adicionalmente, es indispensable que en las carteleras de los puntos de atención de usuarios, se publique copia ampliada del formato.

### **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*“Si bien se tiene establecido los anexos 3 y 4 para autorización o negación de los servicios, la Secretaria Distrital de salud en virtud de lo preceptuado en el artículo 13 y 14 del Decreto 4747 de 2007, no contempló como mecanismo de autorización de los servicios el diligenciamiento de los mismos, dado que se estipula que los hospitales deben prestar los servicios de salud requeridos por los ciudadanos y facturarlos al FFDS a través de la cuenta que remiten mensualmente a esta dependencia.*

*En caso de requerirse servicios no ofertados por la red pública, las ESE deben enviar al grupo de electivas, los documentos respectivos, anexando el formato de remisión, epicrisis y los datos del paciente para mantener contacto con el ciudadano y en caso de ser necesario complementar la información. Con relación a los servicios electivos para pacientes hospitalizados, estos se tramitan por correo electrónico, se realizan cotización con el proveedor o IPS y se expide la respectiva autorización para la prestación del servicio solicitado. Es integral el contrato con la red pública, el cual ha previsto la prestación de servicios de salud para ciudadanos extranjeros o residentes en la ciudad.*

*Adicionalmente las Empresas sociales del Estado o prestadores de servicios de salud privados tramitan en la plataforma SIRC las solicitudes, las cuales, de acuerdo al resultado, el prestador público o privado es quien debe comunicar la información al paciente y sus familiares. Como parte del proceso de autorizaciones cuando el FFDS actúa como pagador, se hace llamada telefónica a los pacientes o sus familiares para indagar la situación de aseguramiento, informar las cuotas de recuperación y orientar la afiliación a la seguridad social.*

*Así las cosas, de conformidad con los argumentos esbozados, se solicita levantar el presente hallazgo.”*

### **ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR**

Los artículos 13 y 14 del Decreto 4747 de 2007 reglamentan los temas de “Solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de Urgencias y Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias” por tanto debe la Secretaría Distrital de Salud las respuestas al hallazgo formulado por la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud expidió la Circular 21 el siete (7) de octubre de 2005 indicando entre otros a las entidades territoriales “sobre las características que debe tener la no autorización de los servicios de salud y/o medicamentos. El formato se tramitará, mínimo con una copia, la cual deberá ser entregada al usuario o a la persona que adelanta la solicitud del medicamento o servicio, dejando en todo caso constancia de recibo por el afectado,

así como el trámite dado. Adicionalmente, es indispensable que en las carteleras de los puntos de atención de usuarios, se publique copia ampliada del formato.

Se reitera, entonces, que los sujetos de control objeto de esta instrucción deberán seguir estrictamente los parámetros aquí señalados tanto en forma verbal como por escrito, frente a los usuarios a los que se les niega la atención o el suministro de medicamentos...”:

Posteriormente la Corte Constitucional en sentencia de tutela T-760 de 2008 se pronunció sobre la negación de servicios de salud promoviendo fueran expedidas por el Ministerio de Salud las Resoluciones 744 de 2012 y 1683 de 2015, que son de obligatorio acatamiento por los actores del sistema general de seguridad social en salud.

En consecuencia, **se confirma** el hallazgo No. 13 para la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

## CONCLUSIÓN

Se confirma el hallazgo

Las doctoras Luz Angela Páez, trabajadora social del área de aseguramiento, Miriam Rodríguez Yate profesional especializado, referente de poblaciones especiales amplían el conocimiento a la Supersalud respecto del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones, el cual hace parte de Servicio al Ciudadano de las Secretarías, que cuenta con un equipo de personas clasificador de los temas, que se encarga de trasladar, por vía de ejemplo, hacia la Dirección de Aseguramiento los casos que traten de temas como Tutelas, Administración del Aseguramiento, Garantía de la Calidad (EPS y Suministro de Medicamentos).

Tabla No. 31 Cronograma de Visitas a EPS-C con movilidad año 2015.

### VISITAS EPS CONTRIBUTIVAS USUARIOS DE MOVILIDAD REGIMEN SUBSIDIADO CRONOGRAMA DE VISITAS A EPSC MOVILIDAD AÑO 2015

FECHA VISITA TECNICA	EPS CONTRIBUTIVA	Objeto de la visita: Prestar asistencia técnica a las EPSC en movilidad de conformidad con el Decreto 3047 de 2013
MIÉRCOLES 08 DE ABRIL	NUEVA EPS	
VIERNES 10 ABRIL	SALUDCOOP	
	CRUZ BLANCA	
	CAFESALUD	
MARTES 14 ABRIL	SALUD TOTAL	
JUEVES 22 ABRIL	FAMISANAR	
LUNES 20 ABRIL	COMPENSAR	
VIERNES 21 AGOSTO	COOMEVA	
MARTES 28 ABRIL	SANITAS	
VIERNES 17 DE JULIO	SURA	
LUNES 09 DE NOVIEMBRE	SALUD VIDA	

Fuente: Dirección de Aseguramiento. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 26 de abril de 2016.



Un equipo de seis (6) personas que se encarga de dar respuesta a las PQRS y además realizar seguimiento (Vigilancia y Seguimiento) dando traslado de los reclamos hacia las distintas Empresas Promotoras de Salud y donde la EPS debe realizar entrega de la respuesta en el término de cinco (5) días, y la SDS realiza el seguimiento de los tiempos de respuesta.

Los canales utilizados para la recepción de los reclamos, quejas, peticiones y denuncias son las vías:

- Telefónica.
- Escritas.
- Web.
- Email
- Presencial
- Buzones

La Secretaría Distrital de Salud ha realizado mesas de trabajo con Capital Salud y Unicajas con relación a los casos críticos, las respuestas con inoportunidad en la prestación de los servicios, presentando posteriormente reporte hacia la Superintendencia Nacional de Salud, Delegada de Supervisión Institucional y en los informes semestrales consolidados cada seis (6) meses.

Los servidores distritales informan que actualmente la EPS-S Capital Salud se encuentra en medida preventiva de intervención. Finalmente, que la subdirección de servicio al ciudadano es el área que lidera el sistema de los reclamos. Las bases de datos son ajustadas según estandarización, caracterización, motivos, barreras de acceso, evaluación trimestral por EPS, ESE, Dirección de Aseguramiento y Servicios a la ciudadanía. La línea 195 para el año 2015 atendió en turnos, con horarios de 6 a.m. a 2 p.m. y de 2 p.m. a 10 p.m. de Lunes a Viernes y los Sábados en horario de 6 a.m. a 6 p.m. usando el aplicativo instalado por la Empresa de Teléfonos de Bogotá.

El doctor Cesar Granados Sanchez es el coordinador de la línea 195 del Derecho a la Salud.

Expone ante el auditor de la Supersalud que la función que realiza la cumple sobre tres procedimientos:

1. Proceso asignación de citas. Redes integradas.
2. Información y orientación (Trámites y Servicios)
3. Proceso derecho a la salud que interviene barreras de acceso.

Informes con origen en la Superintendencia Nacional de Salud, vía web sobre barreras de acceso y la Secretaria Distrital de Salud interviene. Indica que cuenta con un equipo de ocho (8) médicos auditores encargados de recepcionar los casos informados por la Superintendencia Nacional de Salud, los casos que ingresan por línea 195 y los que ingresan por la Dirección de Servicio al Ciudadano.

El equipo de médicos auditores durante el año 2015 fue de doce (12) profesionales de la salud y desde enero 2016 contando al coordinador y un auxiliar son actualmente ocho (8).

Informa haber recibido durante el año 2015 aproximadamente 18.000 llamadas. Con promedio de 60 llamadas diarias. Con tiempo de resolución de cinco (5) días y que cuenta con efectividad del 95 %.

La ubicación del personal que atiende la Línea 195 se halla en el cuarto piso del edificio Carvajal, en la dirección Avenida Ciudad de Cali con Calle 26 en la ciudad de Bogotá.

El horario de atención durante el año 2016 es de Lunes a Viernes de 6 a.m. a 10 p.m. y los Sábados de 8 a.m. a 4 p.m. y los Domingos desde enero 2016. Actualmente desde el aplicativo SIDBA (Sistema de Información Distrital de Barreras de Acceso, administrado por la Secretaría Distrital de Bogotá) y próximamente atendido en las instalaciones de la Secretaría Distrital de Bogotá.

#### **HALLAZGO No. 14**

Presuntamente existiría una demanda no atendida o insatisfecha por el hecho de haber disminuido más de la cuarta (¼) parte del personal profesional para el año 2016 que podría afectar la capacidad de respuesta por parte de la Secretaría Distrital de Salud a los reclamos ciudadanos radicados en la línea 195, teniendo por indicador el número de reclamos ciudadanos atendidos durante el año 2015.

Adicionalmente presuntamente con ello podría afectar las políticas de atención al ciudadano en el Distrito Capital, y expone al personal de línea de frente a mayor riesgo psicosocial, afectando presumiblemente un menor seguimiento y oportunidad de respuesta a los derecho de petición que reclamando el derecho a la salud presentan las personas por inconformidades en las prestaciones de salud y/o en el seguimiento para la resolución efectiva de los casos puestos en conocimiento de la Secretaría Distrital de Salud. Decreto 1011 de 2006, Resolución 2003 de 2014, Decreto 4747 de 2007 artículos 12 y 13, Ley 1755 de 2015, Decreto 19 de 2012 artículos 120 y 125.

#### **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*"Frente a la posible demanda no atendida por haber disminuido el recurso humano disponible para la gestión en la línea del Derecho a la Salud, se hace la salvedad que no esto no se encuentra reflejado, lo que se puede demostrar según los reportes estadísticos que arroja el aplicativo SIDBA. Máxime, cuando se realizaron modificaciones locativas, trasladando la operación de la Línea del Derecho a la Salud a la Secretaría distrital de Salud, se realizaron cambios operativos y se eliminaron pasos como la llamada por agentes de la ETB, lo cual ha facilitado la comunicación intra e interinstitucional para resolver los requerimientos de los usuarios.*

*Al respecto, se precisa que el aplicativo de la Línea 195 se denomina SIDBA (Sistema de Información Distrital de Barreras de Acceso) entró en operación en Marzo de 2014 y permite a través de una de sus funciones, realizar monitoreo, seguimiento y revisión del número de requerimientos que ingresan diariamente contra el número de funcionarios, llegando a la conclusión que (8) profesionales son suficientes para garantizar el ingreso gestión y resolutivez de los requerimientos en los tiempos estipulados (5 días hábiles).*

*( Se adjunta soporte de estadísticas del aplicativo SIDBA . reporte a diciembre 2016 y primer trimestre 2016).....*

*De esta manera, se realiza seguimiento a la gestión oportuna y no se evidencia incumplimiento del criterio de aceptación del servicio establecido en el sistema de gestión de calidad. Concluyéndose que pese a la disminución del recurso humano y al cambio operativo realizado, se ha actualizado y optimizado el procedimiento, así como el recurso humano disponible, amenteniendo la atención del 100 % de los casos y la oportunidad de gestión de cinco días.*

*Por lo expuesto se solicita el levantamiento del presente hallazgo "*

## ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR

Según los soportes y argumentos presentados a la Superintendencia Nacional de Salud por la Secretaría Distrital de Salud con relación al hallazgo No. 14 del informe de visita, son acogidos por este órgano de inspección, vigilancia y control, en consecuencia, **se cierra y levanta** el hallazgo.

## CONCLUSIÓN

Se levanta el hallazgo

## HALLAZGO No. 15

En la Línea 195 presuntamente existe el hallazgo de no contar con cuantificación determinada de casos resueltos respecto de los casos radicados como barreras de acceso ante la Secretaría Distrital de Salud. Por tanto es importante contar con la información completa para cuantificar la eficacia del proceso. Decreto 1011 de 2006, Resolución 2003 de 2014, Decreto 4747 de 2007 artículos 12 y 13, Ley 1755 de 2015, Ley 1712 de 2014, Ley 872 de 2003, NTGP 1000:2009.

Por parte del auditor de la Superintendencia Nacional de Salud son solicitados a la Secretaría Distrital de Salud los informes de la vigencia 2015 y lo que va de 2016.

## RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“Respecto a la no cuantificación de casos resueltos en La Línea del Derecho a la Salud anteriormente denominada Línea 195, se informa que esta si se realiza de manera continua, contándose con herramientas para asegurar el monitoreo de los casos, su gestión y resolución, igualmente se obtienen reportes de casos resueltos. Aquellos casos que no se hayan podido resolver de manera efectiva antes de 5 días en la Línea son trasladados para que se realicen acciones desde Vigilancia de EAPB o se remiten a la Supersalud. Uno de los reportes es número de caso cerrados gestionados efectivamente ante de 5 días y número de casos trasladados.*

*Así mismo, se cuenta con un módulo del aplicativo SIDBA (Sistema de Información distrital de Barreras de Acceso) que permite el ingreso de la información de los requerimientos por Barreras de Acceso, así como el seguimiento y cierre del caso. Igualmente, el aplicativo cuenta con las diferentes ventanas de reportes o informes estadísticos, caso ingresados y casos cerrados. Además, se realiza seguimiento y reporte de producto no conforme, que hace referencia a los requerimientos gestionados después de 5 días hábiles, los cuales son enviados al equipo de EAPB Garantía del Aseguramiento de la Secretaría de Salud de Bogotá para la respectiva auditoría y reporte ante la Superintendencia Nacional de salud como insubsanables. Se anexa reporte de No. de barreras de acceso correspondiente al año 2015 y 2016.*

*En el mapa de riesgos y controles, se encuentra establecida la acción de traslado de los casos no resueltos en la Línea, como uno de los controles estandarizados que está en funcionamiento. (Se adjunta evidencias de reporte de caso no resueltos antes de 5 días en la Línea – Y formato de envío y de seguimiento a casos trasladados en dic 2015 y febrero-marzo-abril, mayo, Junio y Julio 2016).*

*Por lo expuesto se solicita el levantamiento del presente hallazgo.”*

## ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR

Según los soportes y argumentos presentados a la Superintendencia Nacional de Salud por la Secretaría Distrital de Salud con relación al hallazgo No. 15 del informe de visita, son acogidos por este órgano de inspección, vigilancia y control, en consecuencia, **se cierra y levanta** el hallazgo No. 15.

## CONCLUSIÓN

Se levanta el hallazgo

### 3.1.2.3.5. Sistema Distrital de Quejas y Soluciones

Este grupo es liderado por la doctora Naydu Rincón Gualdrón, profesional en Trabajo Social, profesional especializado perteneciente a la Dirección de Aseguramiento. Su equipo se encarga de realizar las respuestas a los derechos de petición, radicación y apoyo administrativo de respuestas y seguimientos.

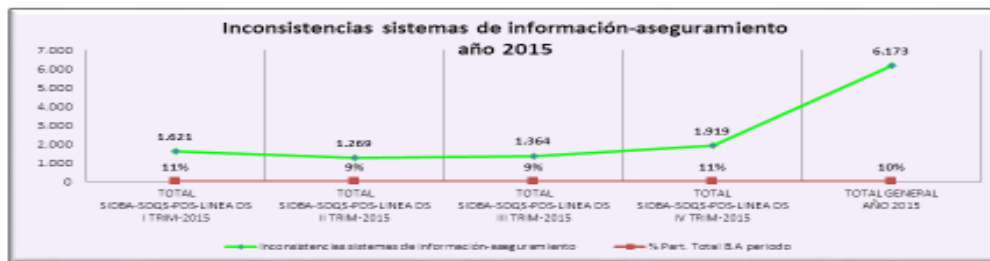
Durante el primer trimestre de 2015 fue radicados 1621 reclamos por temas de aseguramiento que del total de reclamos recibidos durante ese periodo de tiempo, aquellos correspondieron al 11 % del total radicado.

Para el segundo trimestre de 2015 los reclamos radicados por temas de aseguramiento en salud correspondieron a 1.269 para un porcentaje del 9% del total de reclamaciones recibidas en la Secretaria Distrital de Salud para este periodo de tiempo.

En el tercer trimestre de 2015 los reclamos radicados en la secretaria distrital de salud por temas de aseguramiento en salud sumaron 1.364 que correspondieron al 9% del total de reclamaciones que fueron radicados para ese periodo de tiempo.

Para el cuarto trimestre de 2015, los reclamos radicados ante la secretaria Distrital de Salud por temas de aseguramiento aumentaron a 1.919 que correspondieron al 11% del total de reclamaciones que fueron radicados para ese periodo de tiempo.

Gráfica No. 12. Reclamos radicados por inconsistencias en información aseguramiento



- Afiliaciones no reportadas
- Traslados no efectivos en Fosyga
- Movilidad entre Regímenes
- Problemas documentos identidad
- Actualización nivel de sisben

Fuente: Dirección de Aseguramiento. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 26 de abril de 2016.

En conclusión, para el año 2015 fueron radicados por temas de aseguramiento en salud 6.173 reclamos, estableciendo un porcentaje del 10% del total de reclamaciones radicadas en el año en la Secretaria Distrital de Salud.

### **3.1.2.3.6. Proceso de inspección y Vigilancia**

Consolidad trimestral de los casos irresueltos son informados en consolidados trimestrales hacia la Superintendencia Nacional de Salud y hacia las Empresas Promotoras de Salud.

#### **3.1.2.3.6.1. Sistema de Registros en BDUA**

El equipo humano se encuentra liderado por el doctor Juan Pablo Berdejo, profesional especializado de la subdirección administración del aseguramiento, médico especialista en gerencia informática y gerencia en salud y el ingeniero de sistemas Edgar Torres Triviño contratista, profesional especializado de la Subdirección Administración Aseguramiento, con cuatro (4) años de vinculación.

Informa al auditor de la Supersalud que a diario su función consiste en validar los registros que realizan las EPS en BDUA, mediante la aplicación de dieciocho (18) criterios de cruce, fonéticos y numéricos.

Al momento realiza el preliminar BDUA periodo abril 2016. Base completa con 1.482.504 registros, de Los cuales 1.255.319 son activos.

- Se cruzan con información referente a licencias de inhumación y cremación.
- Base de fallecidos.
- Traslados a otros municipios.
- Regímenes especiales.
- Restituciones Liquidación Mensual de Afiliados.
- Presuntos Repetidos. Duplicados (dos primeras semanas. Resolución 2199 de 2013.
- Retiro de Registros. Resolución 2232 de 2015.
- Errores en fechas de nacimiento.

Actualización de datos.

1. EPS no autorizada. No tiene cobertura.
2. Fallecidos SDS.
3. Ingreso Glosado por auditor.
4. NR Inconsistentes.

El equipo completo es de cinco (5) auditores en la EPS Capital salud de lunes a viernes en horarios de 8 a.m. a 5 p.m.

5. Retiros por cambio de municipios.
6. Retiro Régimen de Excepción.
7. Traslado de EPS No Efectiva.

La primera semana del ciclo mensual de registros ante BDUA:

- Se realizan los registros definitivos por las EPS del régimen contributivo y del régimen subsidiado.

- Generan presuntos repetidos.
- El Fosyga ha expedido un Manual de Presuntos Repetidos, de fecha octubre 2015.

## **HALLAZGO No. 16**

Existen presuntamente limitaciones en los traslados de EPS con origen en EPS foráneas al Distrito Capital, por causa de traslado de residencia de la persona hacia otro municipio y otras situaciones particulares que esas EPS Subsidiadas de forma inconsistente e irregular impiden la afiliación normal en la EPS del Distrito Capital a estos afiliados que peticionan el traslado por fijar su residencia en el Distrito Capital. Acuerdo 415 de 2009 artículo 13 a 33, artículo 32 Ley 1438 de 2011. Resolución 216 de 2011. Decreto 2353 de 2015, Decreto 0780 de 2016. Ley 1438 de 2011 artículo 128 a 134.

## **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*“La Secretaría Distrital de Salud dada las limitaciones de jurisdicción y competencia, no puede garantizar que las soluciones sean efectivas, ni requerir su obligatorio cumplimiento. Sin embargo una vez se identifica la situación, se tiene establecido como punto de control en el procedimiento, informar la situación en particular al Ente Territorial y a las EPS del territorio de origen, solicitando se facilite el trámite de traslado del municipio.*

*Adicionalmente se puso en conocimiento la situación al Ministerio de Salud y Protección Social y se solicitó un concepto sobre la aplicación de las fechas de efectividad del traslado según el Decreto 2353 de 2016, incorporado en el Decreto 780 de 2016, principiando causa de negación de los traslados por parte de las EPS de fuera de Bogotá, recibiendo la siguiente respuesta:*

*“Para efectos de la norma precitada, el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra adelantando procesos operativos con el SAYP en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, a partir de estos cambios entrará en operación este proceso. Por lo tanto, se siguen aplicando las reglas establecidas con antelación”.*

*Así las cosas, frente a la mencionada situación éste Ente Territorial depende que el Ministerio de Salud y Protección social y el Fosyga implementen los ajustes pertinentes a los procesos de la BDUA, para que el trámite de los traslados de municipio se puedan llevar a cabo de manera más efectiva.*

*Por tanto este hallazgo obedece a una situación que escapa a las competencias de este Ente Territorial, cuya solución no depende de nuestra gestión. Así las cosas se solicita el levantamiento del presente hallazgo. “*

## **ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR**

La Constitución Política de Colombia señala en los artículos 1, 2, 4, 5, 6, 29, 85 y 209 que Colombia es un estado social de derecho, con vigencia de un orden justo, donde los ciudadanos participan de las decisiones que los afectan y donde las autoridades se encuentran establecidas para garantizar la realización de los fines del Estado y el ejercicio de los derechos fundamentales e inalienables, mediante acciones inmediatas, donde se respeta el debido proceso en todas las actuaciones judiciales y administrativas, y los principios de celeridad, moralidad, responsabilidad, economía, eficiencia. Eficacia y donde son responsables los particulares por incumplir la constitución y la ley y los servidores públicos además por omisión y/o extralimitación. La Ley 1122 de 2007 estableció en el artículo 35 y subsiguientes el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SGSSSS y puso a la cabeza a la Superintendencia Nacional de Salud. Sobre señalar que la Ley 1751 de 2015 reglamentó el derecho a la salud, siendo Ley Estatutaria y la Ley 1438 de 2011 en el artículo 130 preceptuó las conductas por las cuales los actores del sistema de salud vulneran el derecho a la salud, como ocurre con la negación de traslados.

Así, y contrario a como debió haber actuado y a lo afirmado por la Secretaría Distrital de Salud cuando tiene conocimiento de una presunta conducta que vulnera el derecho a la salud de cualquier ciudadano debe actuar según el ordenamiento jurídico colombiano dentro del marco de sus competencias (Ley 1551 de 2012 artículo 3, Ley 715 de 2001 artículo 43, 51 concordante con normas complementarias, CPACA, Código Penal, Código Fiscal) y trasladando a las autoridades de control ante la renuencia de los actores del SGSSS.

Y es que cuando la ley es clara no requiere de interpretaciones, en consecuencia, los requisitos para el traslado entre EPS se halla reglamentado en el Acuerdo 415 de 2009 artículo 13 a 33, artículo 32 Ley 1438 de 2011. Resolución 216 de 2011. Decreto 2353 de 2015, Decreto 0780 de 2016. Y su incumplimiento sancionado por Ley 1438 de 2011 artículo 128 a 134.

En consecuencia, **se confirma** el hallazgo No. 16 para la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

























## CONCLUSIÓN

Se confirma el hallazgo

Respecto de la cárcel distrital, un listado censal mensual con ingresos y egresos, es recibido en la subdirección de aseguramiento para la actualización de las bases de datos de Secretaría Distrital de Salud.

N= No aplica poblaciones especiales.

Gráfica No. 13. Reportes enviados por aseguramiento Secretaria distrital de Salud hacia Sayp Fosyga. Vigencia 2015.

 CERT1100124092015.pdf	24/09/2015 11:20 a...	Adobe Acrobat D...	95 KB
 CERT1100125022016.pdf	25/02/2016 03:06 ...	Adobe Acrobat D...	98 KB
 CERT1100125062015.pdf	26/06/2015 01:56 ...	Adobe Acrobat D...	101 KB
 CERT1100126022015.pdf	27/02/2015 07:35 a...	Adobe Acrobat D...	95 KB
 CERT1100126032015.pdf	26/03/2015 06:16 ...	Adobe Acrobat D...	95 KB
 CERT1100126112015.pdf	26/11/2015 01:51 ...	Adobe Acrobat D...	95 KB
 CERT1100127082015.pdf	27/08/2015 02:55 ...	Adobe Acrobat D...	95 KB
 CERT1100128012016.pdf	28/01/2016 10:52 a...	Adobe Acrobat D...	106 KB
 CERT1100128052015.pdf	28/05/2015 12:34 ...	Adobe Acrobat D...	95 KB
 CERT1100129012015.pdf	29/01/2015 10:02 a...	Adobe Acrobat D...	94 KB
 CERT1100129042015.pdf	29/04/2015 01:36 ...	Adobe Acrobat D...	95 KB
 CERT1100129102015.pdf	29/10/2015 04:54 ...	Adobe Acrobat D...	95 KB
 CERT1100130072015.pdf	30/07/2015 03:45 ...	Adobe Acrobat D...	95 KB
 CERT1100130122015.pdf	30/12/2015 09:57 a...	Adobe Acrobat D...	95 KB
 oficio-sisben_201501.pdf	27/04/2016 03:43 ...	Adobe Acrobat D...	848 KB
 oficio-sisben_201502.pdf	27/04/2016 03:43 ...	Adobe Acrobat D...	902 KB
 oficio-sisben_201503.pdf	27/04/2016 03:44 ...	Adobe Acrobat D...	861 KB
 oficio-sisben_201504.pdf	27/04/2016 03:42 ...	Adobe Acrobat D...	878 KB
 oficio-sisben_201505.pdf	27/04/2016 03:45 ...	Adobe Acrobat D...	889 KB
 oficio-sisben_201506.pdf	27/04/2016 03:46 ...	Adobe Acrobat D...	960 KB
 oficio-sisben_201510.pdf	27/04/2016 03:48 ...	Adobe Acrobat D...	797 KB
 oficio-sisben_201512.pdf	27/04/2016 04:03 ...	Adobe Acrobat D...	867 KB
 oficio-sisben_201601.pdf	27/04/2016 03:48 ...	Adobe Acrobat D...	817 KB
 oficio-sisben_201602.pdf	27/04/2016 03:49 ...	Adobe Acrobat D...	843 KB

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Abril 2016.

### **3.1.2.3.6.2. Sistema Vivanto**

Es administrado por la UARIV, Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, adscrito al Departamento Administrativo de la Prosperidad Social, y consolida toda la información de los diferentes sistemas de las entidades del SNARIV Sistema Nacional de Atención y Reparación integral a las Víctimas y de los cuatro marcos normativos que conforman el Registro Único de Víctimas (SIPOD, SIV, SIRAV y LEY 1448 de 2011), con las restricciones de seguridad y confidencialidad de la información respectiva.

La consulta individual de Vivanto permite consultar la información de las víctimas del Registro Único de Víctimas y verificar los turnos de ayuda humanitaria otorgados a las víctimas.

Es de aclarar que el ingreso a la herramienta Vivanto es solo para funcionarios de aquellas entidades que dentro de su misionalidad tienen la función asistir, atender y reparar integralmente a las víctimas.

Por tanto, por políticas de seguridad y confidencialidad de la información, el ingreso al aplicativo es restringido para público en general.

El registro de víctimas se adelanta por convenio con Bogotá, desde la alta consejería, sobre la base de un archivo plano con ocho (8.000.000) millones de registrados, y una persona puede estar registrada en esta base de datos varias veces. Las bases son actualizadas cada dos o tres meses.

### **3.1.2.3.6.3. Comprobador de Derechos Distrital**

Aplicativo en línea donde la Secretaría Distrital de Salud comunica las bases de datos de las personas en Bogotá con Aseguramiento en Salud.

Los reclamos llegan por dos vías:

1. Por correo electrónico en Atención al Usuario, desde la Personería Distrital, las Empresas Promotoras de Salud, las Empresas Sociales del Estado y la Superintendencia Nacional de Salud.
2. Llamadas telefónicas por las mismas entidades e incluso los ciudadanos usuarios.
3. Correo electrónico de la Línea 195.
4. Por Atención al Ciudadano, en el primer piso de la Secretaría Distrital de Salud y de los CADES.

El Departamento Nacional de Planeación expidió la Resolución 4080 de 2014 y la Resolución 3900 de 2015, que reglamentan las “bases brutas”, los municipios envían en software todas las fechas de corte.

El Departamento Nacional de Planeación sobre estas bases de datos realiza los cruces y como producto hace entrega a los municipios de la “base certificada”, con:



- Registros Validados.
- Registros Suspendidos.
- El auditor de la Supersalud revisa los archivos enviados durante la vigencia 2015 y lo que va del 2016, evidenciando que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha realizado en debida oportunidad los envíos de las bases de datos hacia el Departamento Nacional de Planeación y en las fechas establecidas por las normas reglamentarias, sobre un total de registros superior a cuatro millones, que se cruzan con el servidor distrital y las bases locales, con BDUA nacional, y los registros que no cruzan, quedan para libre elección hacia la EPS Capital Salud o la EPS Unicajas.

Gráfica No. 14. Comprobador de Derechos Distrital



Fuente: <http://app.saludcapital.gov.co/comprobadordederechos/Consulta.aspx>

Respecto de los afiliados que tuvieron por condición “retornados de Venezuela” en el Distrito Capital solo siete (7) solicitaron aseguramiento y fueron asignados todos a EPS Subsidiada en Bogotá.

Gráfica No. 15. Aseguramiento en Salud en el Distrito Capital de Bogotá.

ESTADO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD - POBLACIÓN DE BOGOTÁ MARZO 2016			
AFILIADOS POR RÉGIMEN	Cantidad	% del total	% de afiliados
Activos en Régimen Contributivo	5.830.901	73,1%	77,6%
Suspendidos en Régimen Contributivo	214.393	2,7%	2,9%
<b>Afiliados Contributivo</b>	<b>6.045.294</b>	<b>75,8%</b>	<b>80,5%</b>
Activos en Régimen Subsidiado	1.257.591	15,8%	16,7%
Regímenes de Excepción (estimado)	207.739	2,6%	2,8%
<b>Subtotal afiliados</b>	<b>7.510.624</b>	<b>94,1%</b>	<b>100,0%</b>
NO AFILIADOS			
	Cantidad	% del total	
Afiliables al Régimen Subsidiado (SISBEN Niveles 1 y 2)	57.399	0,7%	
Encuestados que NO se pueden afiliar al subsidiado por puntaje Sisbén superior	60.665	0,8%	
<b>Subtotal no afiliados</b>	<b>118.064</b>	<b>1,5%</b>	
<b>Proyección población DANE a 2016</b>		<b>7.980.001</b>	

Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud - Información consolidada a Marzo 31 de 2016.

Fuente: Dirección de Aseguramiento. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 26 de abril de 2016.

### 3.1.2.3.6.4. Verificación documental en el Aseguramiento.

La doctora Beatriz Elena Correa Arango, profesional especializada de la Dirección de [Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud, Subdirección Administración del Aseguramiento del Grupo de Verificación de Soportes Físicos que entregan las EPSD Unicajas y Capital Salud.

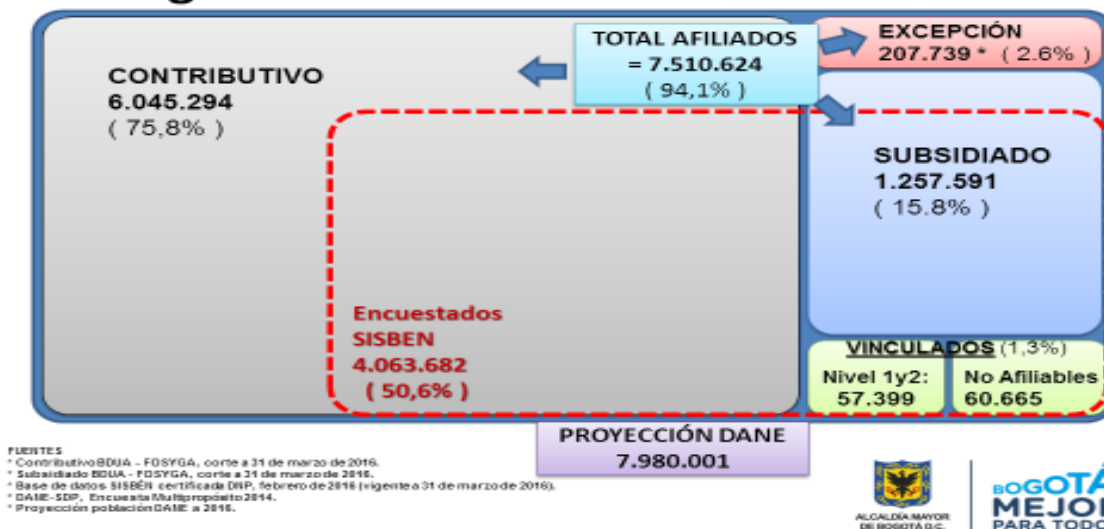
Su actividad se concentra en verificar documentos en:

- Movilidad: Visitas, asistencia técnica, novedades, nacimientos.
- Actas de las reuniones de Asistencia técnicas.
- Proyecto de fecha 02/05/2016 nuevo formulario donde registra novedad de movilidad.
- Resolución 974 de 2016. Adopta el Formulario Único de Afiliación y Registro de Novedades al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La actividad es realizada por un equipo de siete (7) personas asistenciales quienes realizan la verificación de documentos reglamentarios para la afiliación, movilidad, retiros o traslados, siendo el principal insumo el “formato de verificación de ingresos y novedades de afiliación”.

Gráfico No. 16. Aseguramiento en Bogotá. Marzo de 2016.

### Distribución de la población por condición de aseguramiento con corte a **MARZO 2016**



Fuente: Dirección de Aseguramiento, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, abril 2016.

Para el año 2016 la distribución de la población con condición de aseguramiento en Bogotá Distrito Capital fue:  
 En Régimen Contributivo un total de seis millones cuarenta y cinco mil doscientos noventa y cuatro (6.045.294) personas y que del total de población asegurada corresponden al 75,8 % del aseguramiento.

En Régimen Subsidiado se encuentran con aseguramiento en salud un millón doscientos cincuenta y siete mil quinientos noventa y una (1.257.591) personas, que corresponden al 15,8% de la población asegurada en Bogotá.

Analizada las bases certificadas entregadas por el DNP que señalan como población total certificada con encuesta Sisben la cantidad de 4.063.682 (50,6%) y como población potencialmente beneficiarios en régimen subsidiado del estrato I la cantidad de 1.881.909 personas y en estrato II la cantidad de 511.040 personas, para un total en estratos I y II de 2.392.949 personas.

En consecuencia, al descontar la población que actualmente se encuentra afiliada al régimen subsidiado (1.257.591) personas, concluimos que el restante 1.135.358 personas están afiliadas en su gran mayoría al régimen contributivo de salud, como consecuencia de la terminación de los regímenes especiales para el año 2014 conforme lo preceptuó el acto legislativo 01 de 2005.

En Régimen de Excepción se hallan 207.739 personas que corresponden al 2,6%

- Consolidado año 2015

Correo aval de novedades desde Hospitales, Traslados de Usuarios, Puntos de atención “por el derecho a la salud” y los listados censales donde la población especial entra directamente a bases de datos distritales y son avaladas en el comprobador de derechos.

Tabla No. 32 Total afiliados Régimen subsidiado por EPS en Bogotá Distrito Capital. Marzo 2016.

AFILIADOS REGIMEN SUBSIDIADO		MAR-2016		
Código	EPS-S	Cantidad	%	
EP5534	CAPITAL SALUD	985.027	78,33%	91%
CCF053	COMFACUNDI UNICAJAS	102.820	8,18%	9%
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>1.087.853</b>	<b>86,50%</b>	
EP5517	FAMISANAR (RS)	36.798	2,93%	
EP5502	SALUD TOTAL (RS)	28.327	2,25%	
EP5508	COMPENSAR (RS)	26.078	2,07%	
EP5M03	CAFESALUD (RS)	25.750	2,05%	
EP5537	NUEVA EPS (RS)	21.176	1,68%	
EP5523	CRUZ BLANCA (RS)	11.323	0,90%	
EP5510	SURA (RS)	9.429	0,75%	
EP5505	SANITAS (RS)	6.121	0,49%	
EP5516	COOMEVA (RS)	4.053	0,32%	
EP5501	ALIANSA SALUD (RS)	418	0,03%	
EP5518	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (RS)	240	0,02%	
EP5M33	SALUDVIDA (RS)	25	0,00%	
	<b>SUBTOTAL MOVILIDAD</b>	<b>169.738</b>	<b>13,50%</b>	
	<b>Total general</b>	<b>1.257.591</b>	<b>100,00%</b>	

Fuente: Dirección de Aseguramiento, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, abril 2016

Es de resaltar que la población afiliada al régimen subsidiado en Bogotá Distrito capital, el 78,33% de (985.027 personas) se encuentra con aseguramiento en la EPS Capital Salud, entre otras razones por la liquidación que ordenara el Ministerio de Salud para el mes de noviembre de 2015 de la EPS Caprecom, según fue informado en diarios de amplia circulación nacional por deudas con la red prestadora y el incumplimiento permanente a sus obligaciones como asegurador de salud.

Comfacundi – Unicajas asume el 8,18% con 102.826 personas y el restante 169.738 por movilidad del régimen contributivo al régimen subsidiado se encuentra asegurada por las EPS Famisanar (16.798), Salud total (28.327), Compensar (26.078), Cafesalud (25.750), Nueva EPS (21.178), Cruz Blanca (11.323), Sura (9.429), Sanitas (6.121), Coomeva (4.053), Aliansalud (418), Servicio Occidental de salud (240), Salud vida (25).

Los puntos operacionales de las Empresas promotoras de Salud recolectan constantemente los documentos, organizan afiliados y entregan continuamente reportes.

Tabla No. 33 EPS que operan en Bogotá Distrito Capital. Marzo 2016.

DE LAS EAPB- EPS QUE OPERAN EN BOGOTÁ		
ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB POR RÉGIMEN)	CONTRIBUTIVO (12)	ALIAN SALUD
		CAFESALUD
		COMPENSAR
		COOMEVA
		CRUZ BLANCA
		FAMISANAR
		NUEVA EPS
		SALUD TOTAL
		SANITAS
		SURA
		SALUDVIDA
		SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD
	SUBSIDIADA (2)	UNICAJAS
		CAPITAL SALUD
	EXCEPCIÓN (4)	ECOPETROL
		FUERZAS MILITARES
		POLICIA NACIONAL
		MAGISTERIO-FIDUPREVISORA
	ADAPTADA	FERROCARILES
	ESPECIALES	UNIVERSIDAD NACIONAL
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	FUENTE: ASS-Grupo EPS Régimen Subsidiado – Subdirección de Garantía del Aseguramiento

Fuente: Dirección de Aseguramiento, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, abril 2016

Los verificadores de la Secretaria distrital de Salud cuentan con clave individual para el manejo de la base de datos, luego que realizan la verificación proceden a subir al aplicativo “comprobador de derechos” los nuevos beneficiarios del régimen subsidiado.

Tabla No. 34 Afiliados al Régimen contributivo en Bogotá D.C.

AFILIADOS REGIMEN CONTRIBUTIVO			MAR-2016	
Código	EPS-C	Cantidad	%	
EPS017	FAMISANAR	1.101.618	18,22%	
EPS008	COMPENSAR	1.055.693	17,46%	
EPS003	CAFESALUD	970.029	16,05%	
EPS005	SANITAS	767.744	12,70%	
EPS002	SALUD TOTAL	620.331	10,26%	
EPS037	NUEVA EPS	506.038	8,37%	
EPS023	CRUZ BLANCA	410.050	6,78%	
EPS010	SURA	247.312	4,09%	
EPS001	ALIANSA SALUD	201.164	3,33%	
EPS016	COOMEVA	141.025	2,33%	
EPS034	CAPITAL SALUD (RC)	7.593	0,13%	
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	7.220	0,12%	
EAS027	FPS FERROCARRILES NACIONALES	4.651	0,08%	
EPS033	SALUDVIDA	3.851	0,06%	
CCFC53	COMFACUINDI UNICAJAS (RC)	633	0,01%	
ESSC02	ASMET SALUD E.S.S. (RC)	270	0,00%	
EPS003	CAFESALUD (RC)	44	0,00%	
EPS039	GOLDEN GROUP	9	0,00%	
ESSC07	MUTUAL SER E.S.S. (RC)	6	0,00%	
ESSC02	EMDISALUD E.S.S. (RC)	6	0,00%	
ESSC33	COMPARTA E.S.S. (RC)	5	0,00%	
CCFC24	COMFAMILIAR HUILA	1	0,00%	
EPS022	CONVIDA (RC)	1	0,00%	
<b>Total general</b>		<b>6.045.294</b>	<b>100,00%</b>	

Fuente: Dirección de Aseguramiento, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, abril 2016

### 3.1.2.3.6.5. Cobertura en salud a Población Pobre No Asegurada.

El doctor Jairo Hernán Ternera profesional especializado de la Subdirección Administración del Aseguramiento informa del procedimiento como la Secretaría Distrital de Salud actúa en función pagadora de los servicios en salud que no son ofrecidos en la red asistencial adscrita del Distrito.

Luego de conocer el tipo de prestación solicitada por el médico tratante por la radicación de la orden médica de solicitud o la solicitud vía correo electrónico, se realiza cotización en los prestadores que ofertan el servicio o insumo y se procede a expedir la orden de aprobación.

La plataforma sobre la que se hacen estos registros es el Sistema integral de Referencia y contrareferencia (SIRC).

Las IPS y ESE realizan sobre esta misma plataforma los registros de envíos de los anexos técnicos 2, 3 y 4 que describe la Resolución 3047 de 2008, sin embargo el aplicativo se aparte del orden señalado en el procedimiento respecto de los envíos que debe realizar las IPS y/o ESE hacia los pagadores EAPB correspondientes a los anexos técnicos 2 para la notificación en la atención de urgencias, los anexos técnicos 3 para atenciones posteriores a la atención de urgencias y el anexo técnico 4 de aprobación de la prestación por parte del pagador.

## HALLAZGO No. 17

Según visualización del sistema de información electrónico de la SDS de Bogotá, existe evidencia que las ESE no están informando a la Secretaría Distrital de Salud como lo señala la Resolución 3047 de 2008, del envío del anexo técnico 2 y/o del anexo técnico No. 3 (en el cuarto envío en el término de 2 horas “urgencias” o 4 horas “servicios posteriores a la urgencia” para el envío de autorización por parte del pagador “anexo técnico No. 4”) “cuando la EPS pagadora no hace entrega de respuesta de autorización hacia la ESE o IPS en los tiempos que señala la Resolución 3047 de 2008 artículos 3, 4, y 5 para la atención de urgencias o para los servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Presuntamente incumplen la Resolución 3047 de 2008 artículos 3, 4 y 5 y el Decreto 4747 de 2007 artículos 12 y 13” concordante con la Resolución 4331 de 2012, concordante con Decreto 19 de 2012, artículo 120.

## RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“La operación en línea de la plataforma del Sistema de información de Referencia y Contrareferencia –SIRC tiene logueados a la fecha 257 instituciones y 720 usuarios en la ciudad y el país; las cuales pueden diligenciar en tiempo real los anexos 2 y 3.*

*Con relación al diligenciamiento del Anexo 2, en la base de datos del SIRC figuran desde el año 2014 y hasta la fecha reportada por los prestadores privados un total de 43.305, anexos y los públicos 177.864 en el mismo periodo. La información fue obtenida de la base de datos del SIRC. Los prestadores de servicios de salud del país pueden a demanda ingresar a la plataforma SIRC y diligenciar en tiempo real las dificultades de comunicación entre prestadores y pagadores. En la actualidad y para facilitar las relaciones de prestadores y pagadores hay en la página web un enlace, que orienta el procedimiento de la Resolución 3047 de 2008, el cual puede observarse en el siguiente enlace [http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/Reporte\\_Resolucin3047\\_2008.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/Reporte_Resolucin3047_2008.aspx)*

*Así las cosas, de conformidad a lo expuesto se solicitan el levantamiento del presente hallazgo.”*

## ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR

Al momento de la visita, la Superintendencia Nacional de Salud evidenció el presunto incumplimiento por parte de la Secretaría Distrital de Salud a lo reglado por el Ministerio de Salud en la Resolución 3047 de 2008 en el artículo 4 y 5

En consecuencia el hallazgo se mantiene porque no solo es que exista un aplicativo donde registrar la no respuesta a las solicitudes y notificaciones de atenciones de urgencias (Anexo técnico No. 2) como también a los servicios posteriores a la atención de urgencias, el primero en dos horas y el segundo en el término de 6 horas, sino que además debe la entidad territorial distrital requerir a los prestadores, pagadores e informar a la Superintendencia Nacional de Salud de forma específica y oportuna sobre esos incumplimientos.

En consecuencia, **se confirma** el hallazgo No. 17 para la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

## CONCLUSIÓN

Se confirma el hallazgo

Tabla No. 35 No respuesta a solicitudes de atención de urgencias y servicios posteriores. Vigencia 2015.

NO RESPUESTA A SOLICITUD DE AUTORIZACION										
EPS	H LA VICTORIA	H. CENTRO ORIENTE	H MEISSEN	H SUBA	H SUR	H FONTIBON	OTROS	TOTAL	PORCENTAJE	TOTAL REGISTROS
CAPRECOM	3035	38	89	60	4	338	-23	3587	84,61%	5000
CAPITAL SALUD	91		2	31		56	-2	182	3,64%	
CAFESALUD	24	8	6		4	22	6	58	1,16%	
COMFACUNDI	197	6	1	2		13	0	219	4,38%	
TOTAL	3347	52	98	93	8	429	0	4046	93,79%	

Fuente Dirección de Aseguramiento. Secretaría Distrital de Salud, vigencia 2015.

En la tabla se evidencia que Caprecom EPS-S no entregó respuesta a las solicitudes de autorización que le radicaron las Empresas Sociales del Distrito y que posteriormente estas proceden a informar a la Subdirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud por prestaciones de urgencias y estancias hospitalarias sin respuesta por parte de las EPS. De (5000) cinco mil reportes ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en la vigencia 2015, Caprecom EPS no dio respuesta a 3587 casos, que comportan el 84,61 %, le sigue en incumplimientos la EPS Unicajas-Comfacundi con 219 casos, correspondiendo al 4,38% de los casos reportados. Capital salud continua con 182 casos para el 3,64%. En consecuencia, el Hospital La Victoria, ESE del tercer nivel de atención es la entidad pública más afectada por el incumplimiento de los pagadores, esta auditoría evidencia que del total de cuatro mil cuarenta y seis (4046) casos radicados para solicitud de autorizaciones por prestaciones en salud en seis (6) hospitales de Bogotá, a la ESE La Victoria no le fueron entregadas respuestas de autorización en 3347 casos, que representa el 82,7%. Al Hospital Fontibón con 429 casos, el 10,6 %, ESE Meissen 98 casos, con 2,4% del total.

### HALLAZGO No. 18

Existe evidencia que Caprecom EPS-S durante la vigencia 2015 fue la EPS que presuntamente vulneró frecuentemente a sus afiliados el aseguramiento en salud en el Distrito Capital, e igualmente que por ello fue la ESE Hospital La Victoria II nivel de atención donde más se evidenció la no respuesta por la EPSS a las solicitudes de autorización por prestaciones de salud, en su obligación de entregar respuesta de autorización para las prestaciones de servicios de salud, en urgencias y estancias hospitalarias. Ley 1751 de 2015 artículos 10 y 14, Ley 1438 de 2011 artículo 130, Decreto 1011 de 2006 y Resolución 2003 de 2014.

### RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“En el componente de Prestación de Servicios de Salud se verifica el sistema de Referencia y contrarreferencia, que para el caso de CAPRECOM se evidenció lo siguiente:*

- *Inexistencia de indicadores de oportunidad para la aceptación ante la notificación de la atención inicial de urgencias dentro de los estándares de la normatividad vigente.*
- *Inexistencia de indicadores de oportunidad para la generación de autorizaciones de los servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.*
- *Falta de gestión y aplicación a la herramienta de monitoreo de indicadores SIRC.*

- *No desagregación por niveles de atención, por IPS, por tiempos de respuesta ni especialidades.*
- *Inexistencia de planes de mejoramiento ante el aumento en los tiempos de respuesta a las solicitudes de autorizaciones hospitalarias y ambulatorias mayor a 2 y 5 días, incumpliendo el Decreto 4747 de 2008, Resolución 3047 de 2008, Resoluciones 4331 de 2012 y 1552 de 2013.*

*Ante los hallazgos evidenciados, se levantaron varios planes de mejoramiento que fueron objeto de monitoreo continuo. Sin embargo, las deficiencias presentadas no fueron subsanadas por la EPS-S siendo reportados a la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de que atendiendo las funciones de inspección, vigilancia y control que le atañen, iniciara las investigaciones e impulsara las sanciones a que hubiere lugar. (Anexo actas de seguimiento a la EPS Caprecom con los planes de mejoramiento y oficios remitidos al Ente de control).*

*Así las cosas, de conformidad con lo expuesto se solicita el levantamiento del presente hallazgo. “*

## **ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR**

La Secretaría Distrital de Salud en su respuesta confirme el hallazgo. Ahora y respecto del traslado de los hallazgos de auditoría del régimen subsidiado que la Entidad Distrital Territorial debe radicar semestralmente ante la Superintendencia Nacional de Salud en acatamiento del Decreto 971 de 2011 y la Circular 06 de 2011 la Entidad Distrital ha sido informada respecto de los lineamientos de presentación de los informes de auditoría, el suministro de elementos probatorios, las informes de seguimiento y la recomendación que debe realizar el Ente Distrital a la Superintendencia Nacional de Salud para la imposición de sanciones a los actores del SGSSS. En resumen, es la entidad territorial quien realiza la inspección y vigilancia, y traslada los hallazgos de auditoría del régimen subsidiado luego de notificarlos a la EPS-S, de haberles aprobado el plan de mejoramiento, de haber realizado el seguimiento y finalmente con el acervo probatorio radica el informe semestral de auditorías del régimen subsidiado con la recomendación o no de imposición de sanciones. Pero además cuando evidencia el grave incumplimiento del asegurador en conductas que vulneran el derecho a la salud de los afiliados, debe informar al ciudadano de la posibilidad de solicitar el traslado de EPS ante la Supersalud, hacia cualquiera otra EPS-S con cobertura en la entidad territorial que si le garantice el derecho a la salud.

En consecuencia, **se confirma** el hallazgo No. 18 para la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

## **CONCLUSIÓN**

Se confirma el hallazgo

## **HALLAZGO No. 19**

Existe evidencia que las ESE del Distrito están solicitando autorizaciones al Distrito Capital para Recién Nacidos “vinculados”, incumpliendo el artículo 163 parágrafo 2 de la Ley 100 de 1993, modificado por el Decreto 2353 de 2015 y el Decreto 780 de 2016, donde la primera norma señalaba que las atenciones del recién nacido deben ser solicitadas a la EPS a la cual pertenece la madre. Actualmente el Decreto 2353 de 2015 y el Decreto 780 de 2016 preceptúan que la ESE y/o IPS debe notificar inmediatamente el



nacimiento luego del parto a la EPS de la madre y automáticamente el recién nacido es afiliado directamente por ese pagador (EPS).

## RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“Los prestadores públicos y privados que se encuentran registrados en la plataforma SIRC, pueden diligenciar el anexo 3 y obtener el anexo 4 respectivo. En el caso de los recién nacidos los grupos que realizan los procesos de autorizaciones y/o facturación. Diligencian los anexos como parte de su trabajo rutinario. Al responder mediante el anexo 4, se niega el servicio y se orienta al respectivo prestador a realizar el trámite correspondiente ante la EPS a la cual esté afiliada la madre y en el caso de hijos de población no asegurada, se orienta su afiliación en una EPS-S de la ciudad de Bogotá como lo ordena el Decreto 780 de 2016. En caso de menores en protección, se orienta al prestador a ponerse en contacto con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Defensor de Familia para que el recién nacido sea incluido en el listado y posteriormente se afilie a una EPS-S en Bogotá, de acuerdo a la normatividad vigente.*

*En la respuesta que se da a la institución se insta al prestador a garantizar la atención integral del recién nacido y aplicar la afiliación inmediata.*

*En todos los casos se realiza comunicación con los padres o cuidadores del recién nacido para orientarlo en la afiliación de los menores de edad a la seguridad social en salud.*

*Así las cosas teniendo en cuenta lo expuesto se solicita el levantamiento del presente hallazgo.”*

## ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR

La Superintendencia Nacional de Salud evidencia en la respuesta que entrega la Secretaría Distrital de Salud respecto del hallazgo No. 19 la confirmación de la conducta por parte de ESEs e IPS quienes solicitan autorizaciones a recién nacidos como PPNA a sabiendas que sus madres son afiliadas a EPS-S del régimen subsidiado, no acatando así los artículos 44 y 50 constitucionales, el artículo 163 de la Ley 100 de 1993 parágrafo 2 que ordenaba a las EPS de afiliación de las madres para que de forma inmediata procedieran a realizar la cobertura en las prestaciones de salud brindadas por el prestador al recién nacido.

Luego el Decreto 2353 de 2015 aumenta la garantía de protección ordenando a los prestadores de salud, y no los familiares del menor, el deber de informar a las EPS-S para que sean los pagadores quienes de manera inmediata procedan a brindar el aseguramiento en salud cuando nacen en las ESE o IPS.

En consecuencia, **se confirma** el hallazgo No. 19 para la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

## CONCLUSIÓN

Se confirma el hallazgo

### 3.1.2.3.6.6. Instrumento Provisional en Línea.

Población Especial o prioritaria que aún no ha sido incluida en el listado censal o que no ha sido realizada la encuesta sisben o que la encuesta sisben no ha sido subida al aplicativo SISBEN.

El instrumento se encuentra incluido directamente en el aplicativo “comprobador de derechos”, se realiza con enfoque diferencial y por vía de ejemplo a las mujeres embarazadas se encuentra relacionada con “alarmas”.

La implementación fue realizada mediante prueba piloto durante el mes de mayo de 2015, verificándose exitoso. Inicia con la identificación de la persona solicitante y demandante de servicios, luego de un estudio social que se realiza de manera rápida, desde el hospital el caso es subido al aplicativo. Se imprime el formulario por una vez y tiene una vigencia de seis (6) meses.

Al recién nacido se asigna directamente hacia la EPS subsidiada.

Esta aplicación ha tenido reconocimiento institucional como el realizado por el consejo Nacional de Trabajo social.

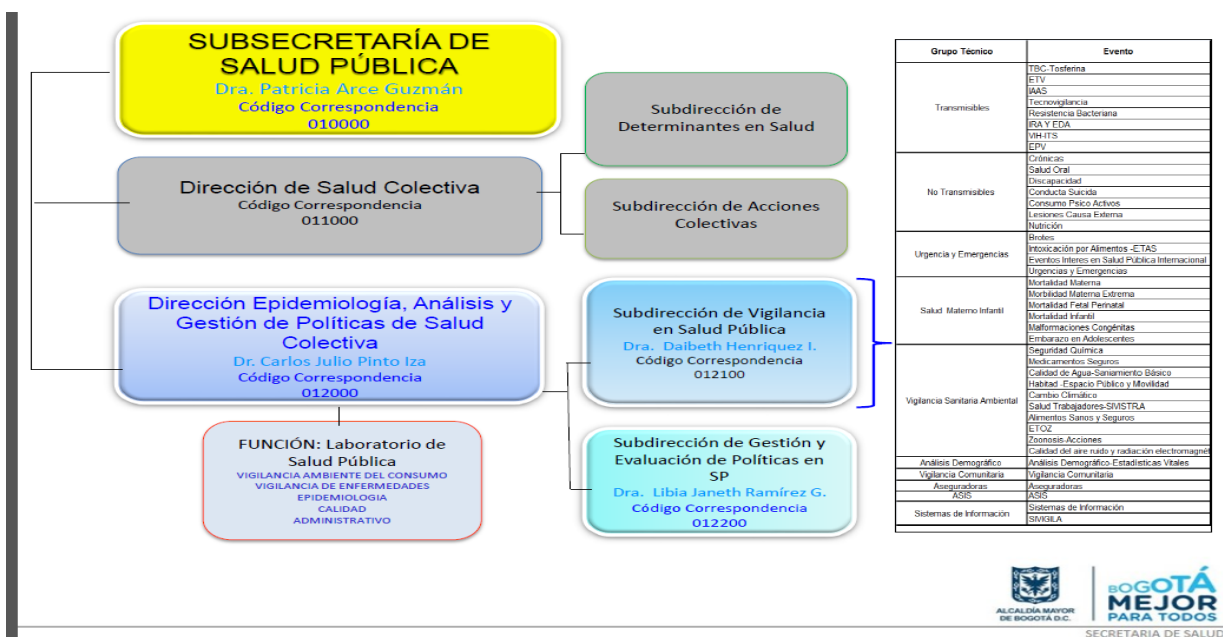
## 3.1.3 COMPONENTE DE SALUD PÚBLICA

### 3.1.3.1 Organización administrativa de la Entidad para el ejercicio de sus competencias:

Para el desarrollo de las funciones del componente de salud pública, de acuerdo con el organigrama aportado por la entidad las competencias se centralizan a través de la Subsecretaría de Salud pública, la cual administrativamente depende del despacho del Secretario Distrital de Salud. De manera general puede decirse que la Subsecretaría de Salud Pública se interrelaciona con las otras áreas de la organización (Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial y Subsecretaría Corporativa).

De acuerdo con la información al **Decreto 507 de 2013** “*Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.*” la Subsecretaría de Salud Pública se encuentra dividida en dos direcciones: Dirección de Salud Colectiva, la cual cuenta con las Subdirecciones de Determinantes en Salud y la de Acciones Colectivas y la Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva conformada por las Subdirecciones de Vigilancia en Salud Pública y la de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública, a través de las cuales se desarrollan las funciones del talento humano que hace parte de la Subsecretaría.

Esta forma de organización se distribuye en los siguientes grupos técnicos:



Fuente: Subsecretaría de Salud Pública - SDS

Para el desarrollo de las funciones y competencias propias de la Subsecretaría de Salud Pública disponen del siguiente personal detallado por tipo de vinculación:

Tabla No. 36 Personal detallado por tipo de vinculación

Dependencia	Tipo de vinculación		Total
	Contrato	Planta	
Subsecretaría de Salud Pública	13	4	17
Dirección Salud Pública. Incluye grupo de seguimiento PIC	39	2	41
Subdirección de acciones colectivas. Incluye grupo de seguimiento PIC	61	6	67
Subdirección de determinantes en salud. Incluye grupo de seguimiento PIC	88	3	91
Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Incluye: Laboratorio de Salud Pública - Grupo de Seguimiento	71	20	91
Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública. Incluye: Grupo de Seguimiento PIC	13	9	22
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública Incluye: Grupo de Seguimiento PIC, Grupo de Actuaciones Administrativas (Higiénico Sanitarias)	158	17	175
Total General	443	61	504

Fuente: Subsecretaría de Salud Pública – SDS

### 3.1.3.2 Plan de desarrollo.

La Secretaría Distrital de Salud, desarrolla sus funciones y competencias de acuerdo con los contenidos del Plan de Desarrollo Distrital denominado: “Bogotá Humana 2012-2016”; el cual fue aprobado mediante Acuerdo del Concejo Distrital No. 489 del 12 de junio de 2012. A través del Acuerdo se adopta el Plan Distrital de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas y el Plan Plurianual de Inversiones para Bogotá D.C. para el periodo 2012-2016, que contiene los objetivos, las metas, estrategias y políticas

encaminadas a elevar las condiciones de bienestar de la ciudadanía y sentar las bases de un cambio de enfoque de la acción pública.

El Plan de Desarrollo Bogotá Humana tiene como objetivo general mejorar el desarrollo humano de la ciudad, dando prioridad a la infancia y adolescencia con énfasis en la primera infancia y aplicando un enfoque diferencial en todas sus políticas. El plan se organiza en torno a los siguientes ejes:

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

Dentro del plan de desarrollo se identifican las estrategias relacionadas con salud pública a través de las cuales se desarrollará cada eje del Plan:

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

Los proyectos prioritarios de este programa son:

- ✓ **Salud para el buen vivir:** Fortalece la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad para favorecer la información y la educación familiar y comunitaria en los territorios, e incorporar enfoques diferenciales.
- ✓ Acceso universal y efectivo a la salud.
- ✓ Redes para la salud y la vida.
- ✓ Hospital San Juan de Dios.
- ✓ Modernización e infraestructura de salud.
- ✓ Ampliación y mejoramiento de la atención prehospitalaria.
- ✓ Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Vida y la Salud Humana.
- ✓ Salud en Línea.

En el párrafo primero del artículo 8 del Acuerdo se relaciona se describe *El Plan Distrital de Salud de Bogotá D.C. 2012-2016 es concordante con el presente Plan de Desarrollo, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 3039 de 2007, en el artículo 2 de la Resolución 425 de 2008 y en la Circular 0005 de enero 26 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.*

A través del proyecto de inversión 869 “*Salud para el buen vivir*” se desarrollan la mayor parte de las competencias de salud pública, el proyecto tiene como fin primordial la implementación de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la atención primaria, y las redes integradas de servicios para desarrollar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y, por ende, la salud de las personas, acercar y facilitar el acceso a los servicios de atención sanitaria según lo establecido en el plan obligatorio de salud, promover la participación social de actores en procura de reconocer la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables, y establecer

una propuesta de operación territorial. Dentro del Plan Territorial de Salud 2012 – 2016 tiene a su cargo la ejecución y seguimiento de 157 indicadores trazadores. Dentro este programa, se identifican los componentes del Plan de Salud Territorial (PST) que se muestran organizados en la siguiente tabla:

Tabla No. 37 Eje Estratégico Plan de Desarrollo Bogotá Humana

Eje Estratégico Plan de Desarrollo Bogotá Humana	Programa	Proyecto de Inversión	Indicadores
“Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo”	Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la Diversidad	Salud para el buen vivir	157

Fuente: Dirección de Planeación Sectorial - SDS

De lo anterior se extrae, que el Plan de Desarrollo denominado “*Bogotá Humana 2012-2016*” incluye de manera específica y concreta acciones para dar respuesta a las necesidades en salud de su población atendiendo los contenidos y directrices establecidas en la Resolución 425 de 2008 del Ministerio de Salud y de la Protección Social, respecto a prioridades, transversalidades y atención diferencial a poblaciones especiales.

### 3.1.3.3 Plan de salud territorial (PST) y Plan Operativo Anual (POA):

El plan de salud territorial para el cuatrienio (2012 – 2016) fue aprobado mediante Acuerdo 489 de 2012 del Concejo de Bogotá.

Para la administración y operación del Plan de Salud Territorial la entidad cuenta con un documento que contiene, diagnóstico general de la situación de salud del Distrito Capital, orientación estratégica del plan, financiamiento del plan de desarrollo, responsabilidades de los diferentes actores con el plan y la metodología para formulación, aprobación, ajuste y armonización, implementación y seguimiento y evaluación.

El documento describe por componente la función básica de cada uno, los objetivos estratégicos, las metas y las estrategias a través de las cuales se le dará cumplimiento a las metas. Para el caso puntual de salud pública refiere como función básica: *Aportar a la afectación positiva de los determinantes sociales para mejorar la calidad de vida y la salud de la población del Distrito Capital, mediante la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas; la garantía de las acciones de promoción y protección de la salud; la prevención de la enfermedad; la vigilancia de la salud pública y la gestión del conocimiento; a través de la participación social, sectorial, interinstitucional y transectorial, en el marco del modelo de atención en salud, con enfoque poblacional y diferencial, desde la diversidad y de derechos en los territorios de la ciudad*

Adicionalmente el POAI contiene las metas, objetivos, componente, metas, indicadores, línea de base y valor esperado para cada vigencia del cuatrienio 2012 - 2016.

**Componentes de plan de salud territorial:** Una vez revisados los contenidos del Plan de Salud Territorial se evidencia que contiene los seis (6) ejes programáticos establecidos en la Resolución 425 de 2008 del Ministerio de Salud y de la Protección Social, a saber: componentes de aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios de salud, salud pública, prevención y control de riesgos profesionales, emergencias y desastres y

promoción social. De lo anterior se concluye, que el Plan de Salud Territorial del Distrito Capital se encuentra formulado según lo establecido en la mencionada Resolución.

**Plan Financiero territorial:** El Fondo Financiero Distrital de Salud cuenta con un plan financiero territorial para el periodo 2012 - 2016, actualizado con corte al 2015 y el cual fue enviado al Ministerio de Salud y Protección Social en el CEO con fecha 15 de diciembre de 2015. Dentro de este documento se consignan aspectos como metodología determinación población asegurada y no asegurada, determinación de los recursos nacionales y territoriales, componente de subsidio a la demanda – régimen subsidiado y proyecciones, entre otros. Así como las matrices programáticas de actividades y recursos. En lo que se refiere al componente de salud pública, puede decirse que se encuentran aspectos como Prioridades de Salud Pública y Proyecciones Gasto en Salud Publica y Fuentes de Financiación.

**Plan Operativo Anual (POA).** El POA se encuentra organizado según matrices y lineamientos del Ministerio de Salud. Se identificaron matrices por cada componente y a su vez subdivididas y organizadas organizados de manera diferencial por cada programa, en concordancia con los contenidos del Plan de Salud Territorial (PST) y los contenidos del Plan de desarrollo. También se identifican: Objetivos de cada proyecto en coherencia con la visión y la misión del Plan de salud territorial y con cada objetivo estratégico en los ejes programáticos del plan de desarrollo; identificación de los resultados esperados y metas por cada proyecto en función de las metas del Plan de Salud Territorial; Descripción de Actividades del Proyecto, descripción de las metas (con su respectiva línea base) e Indicador producto esperado del Proyecto por Trimestre de acuerdo con el año en ejecución que se esperan alcanzar con cada proyecto, en el año y el cuatrienio; definición de los indicadores de logros verificables; cronograma de actividades y metas cuantitativas por cada trimestre de ejecución; nombre de los actores institucionales responsables y que contribuyen para el desarrollo de proyectos y cumplimiento de las metas; programación operativa anual de inversiones de salud territorial por cada eje programático que incluye estimación del costo y proyección de la asignación requerida en cada vigencia para realizar las estrategias o actividades de cada proyecto montos asignados por cada fuente de recurso, asignación de los códigos de acuerdo con los indicados en el presupuesto de la respectiva entidad territorial.

**Seguimiento a la ejecución del Plan de salud territorial:** Como se mencionó en el numeral anterior, la Secretaria Distrital de Salud tiene un plan de salud territorial con un documento maestro y una matriz programática para el cuatrienio, la cual es subdivida para cada componente del plan de salud territorial. Esta matriz a su vez se organiza por años y se despliega en las matrices del POA-POAI por cada programa, que contiene el número de actividades (líneas) que se ejecutan durante el año. Los procesos de seguimiento de cada componente desde lo presupuestal y desde lo técnico se hacen por separado, es decir se lleva el seguimiento a la ejecución desde diferentes áreas.

En lo que se refiere al componente de salud pública, la entidad presentó una matriz que consolida todos los componentes, actividades, objetivos y metas del plan de desarrollo; organizada por objetivos del plan de desarrollo y por etapa de ciclo vital. En la matriz se identifican seguimientos a la ejecución con porcentaje de avances por meta, resultados por trimestre y su respectivo acumulado de ejecución correspondiente al año. Igualmente, la entidad presentó documentos descriptivos, presentaciones e informes de avances y de gestión generados a partir de la ejecución de las actividades y componentes.

Para el seguimiento a las actividades del POA, la entidad tiene matriz de seguimiento por etapa de ciclo vital de acuerdo con lo establecido en el plan de desarrollo, en la que se identifica y resumen los resultados alcanzados para el año con reporte cuantitativo del cumplimiento de las metas. Igualmente se identifican soportes de envío de informes al Ministerio de Salud y de la Protección Social.

Tabla N° 38 Criterios de evaluación plan territorial de salud

RANGOS	CRITERIO DE EVALUACIÓN	METAS	PORCENTAJE
> 100%	Metas Plan Desarrollo ya cumplidas	22	14,01%
85,1% - 100%	Metas que se cumplirán acorde con lo programado	67	42,68%
70,1% - 85%	Metas que se cumplirán a 31 de diciembre de 2015	28	17,83%
50,1% - 70%	Metas que se cumplirán a 31 de mayo de 2016	15	9,55%
0 - 50%	Metas difíciles de cumplir	25	15,92%
<b>Total</b>		<b>157</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Dirección de Planeación Sectorial - SDS

De la información entregada por la Dirección de Planeación Sectorial de la Secretaría Distrital de Salud se evidencia que, de las 157 metas establecidas en el Plan Territorial de Salud con corte a 31 de diciembre de 2015, se tienen identificadas el 15.92% como metas que a corte 31 de mayo de 2016 serán difíciles de cumplir. Las demás corresponden a metas ya cumplidas o proyectadas para ser cumplidas a corte a 31 de mayo de 2016. De lo anterior se concluye, de acuerdo a la matriz de seguimiento aportada por la Dirección de Planeación Sectorial que en el 15.92% de los proyectos de inversión se evidencian debilidades en la gestión para el cumplimiento de las metas, lo cual se verá reflejado de manera directa en el impacto de la población objeto de los proyectos al terminar la vigencia del Plan de Salud Territorial.

De los contenidos de las matrices del componente de salud pública aportados por la entidad, se hizo un ejercicio de revisión de la ejecución presupuestal reportada desde el componente financiero vs la ejecución física de las actividades contenidas y reportadas en los POA de salud pública, identificándose las siguientes situaciones:

Tabla N° 39 Ejecución presupuestal FFDS componente salud pública 2015.

PRESUPUESTO POR FUENTE DE FINANCIACION VIGENCIA 2015		
FUENTE	PRESUPUESTO DISPONIBLE A 31 DE DICIEMBRE DE 2015	PRESUPUESTO CONTRATADO A 31 DE DICIEMBRE DE 2015
APORTE ORDINARIO	269.009.783.512	267.424.421.448
APORTE ORDINARIO - RENDIMIENTOS FINANCIEROS SGP	200.000.000	200.000.000
MULTAS	1.164.060.000	457.362.451
OTRAS TRANSFERENCIAS DE LA NACION	1.320.311.129	1.260.003.100
RECURSOS DEL BALANCE DE DESTINACION ESPECIFICA	14.837.404.646	14.834.188.029

PRESUPUESTO POR FUENTE DE FINANCIACION VIGENCIA 2015		
FUENTE	PRESUPUESTO DISPONIBLE A 31 DE DICIEMBRE DE 2015	PRESUPUESTO CONTRATADO A 31 DE DICIEMBRE DE 2015
RENTAS CONTRACTUALES	1.000.000	-
SGP	63.003.617.624	63.003.617.620
TOTAL	349.536.176.911	347.179.592.648
<i>Fuente: Ejecución presupuestal FFDS a 31 de Diciembre de 2015</i>		

**Tabla N° 40 Ejecución presupuestal FFDS componente salud pública 2016**

PRESUPUESTO POR FUENTE DE FINANCIACION VIGENCIA 2016		
FUENTE	PRESUPUESTO DISPONIBLE A 31 DE MARZO DE 2016	PRESUPUESTO CONTRATADO A 31 DE MARZO DE 2016
MULTAS	1.504.007.000	
RENTAS CONTRATUALES	2.000.000	
OTRAS TRANSFERENCIAS DE LA NACION	3.600.000.000	
OTROS RECURSOS DEL BALANCE	2.055.347.000	
RECURSOS DEL BALANCE SGP	9.176.972.000	
RENDIMIENTOS FINANCIEROS DE DESTINACION ESPECIFICA	360.000.000	
APORTE ORDINARIO	255.000.000.000	86.400.225.759
APORTE ORDINARIO RENDIMIENTOS FINANCIEROS DEL SGP	280.000.000	
SGP	65.909.081.000	8.456.741.337
TOTAL	337.887.407.000	94.856.967.096
<i>Fuente: Ejecución presupuestal FFDS a 31 de marzo de 2016</i>		

Ahora bien, al revisar los contenidos de las actividades registradas en las matrices de los POA del área de salud pública, **se identifica que todas las actividades tenían recursos** asignados o destinados y en consecuencia reportadas con avances en su ejecución **por año**, las actividades programadas se encuentran relacionadas con el número de las actividades ejecutadas.

El seguimiento a la ejecución de recursos se presenta desde el componente financiero (*Véase en el Capítulo de Componente Financiero: Informe de ejecución presupuestal de recursos de salud pública*).

**Armonización del Plan de Salud Territorial del año 2015 con el Plan Decenal de Salud 2012 - 2021:** El 11 de mayo de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social aprobó la Resolución 1536, a través de la cual se establecieron las disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales de



salud. De acuerdo con la metodología y los tiempos establecidos por el Ministerio, el proceso de armonización de los contenidos de los Planes Territoriales de Salud con los contenidos del Plan Decenal de Salud 2012 - 2021 se surtió desde el año 2014 y para esto, los distritos recibieron capacitaciones por parte del Ministerio de Salud. El proceso de armonización de los contenidos de los Planes Territoriales de Salud con los contenidos del Plan Decenal de Salud, debía realizarse y culminarse en el primer semestre del año 2015 en los territorios (departamentos y municipios) y los resultados del trabajo (archivos-matrices en hojas de cálculo en formato Excel), debían ser enviados al Ministerio de Salud y Protección Social. De acuerdo con lo establecido en el artículo 27 de la Resolución 1536 de 2015, estos archivos debían subirse en la plataforma habilitada en el SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social a más tardar el 01 de junio de 2015 por parte de los Departamentos.

Ahora bien, respecto a los contenidos del Plan Operativo anual de Inversiones (POAI), de acuerdo con lo establecido en el artículo 30 de la Resolución 1536 de 2015, para elaborar los componentes del operativo y de inversiones que hace parte en salud del Plan de Salud Territorial, las entidades territoriales (departamentos, municipios y distritos) debieron utilizar la metodología denominada “PASE a la equidad en salud”.

Para este proceso la Secretaria Distrital de Salud realizó reunión el día 19 de febrero de 2015 con Minsalud cuyo objetivo era *“llegar a acuerdos con el Ministerio de Salud y Protección Social, sobre la implementación de la estrategia PASE a la Equidad en Salud, mediante la presentación de la propuesta del plan de trabajo del Distrito Capital.”*, producto de la reunión se llegó al acuerdo como consta en el acta suscrita con la Dra. Jacqueline Acosta referente del Ministerio, de remitir las matrices al aplicativo CEO el 16 de diciembre de 2015, teniendo en cuenta la dinámica del Distrito.

Respecto al proceso de armonización del Plan territorial de Salud con el Plan Decenal de Salud 2012 - 2021 se presentaron los soportes del proceso de capacitación y asistencias técnicas recibidas por parte el Ministerio de Salud y Protección Social a todos los sectores del Distrito. De acuerdo con lo informado por la líder de la Dirección de Planeación Sectorial de la Secretaria, este proceso se surtió durante todo el año 2015 y como producto del mismo se entregó copia del archivo (hojas de cálculo en formato Excel) diligenciados a través del aplicativo CEO y los envíos respectivos al Ministerio de Salud y Protección Social con fecha 15 de diciembre de 2015.

Con la nueva reorganización de las dimensiones la organización del Plan de Decenal de Salud pública, la organización de las actividades del POA para el Distrito de Bogotá D.C. es la siguiente:

Tabla N° 41 Dimensiones la organización del Plan de Decenal de Salud pública

<b>Dimensiones</b>	<b>Componente</b>
Salud ambiental	Habitat Saludable. Situaciones de salud relacionadas con condiciones ambientales
Autoridad sanitaria para la gestión en salud	Fortalecimiento de la autoridad sanitaria
Vida saludable y condiciones no transmisibles	Modos, condiciones y estilos de vida saludables Condiciones crónicas prevalentes
Convivencia Social y Salud Mental	Promoción de la salud mental y la convivencia. Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.

Dimensiones	Componente
Seguridad alimentaria y nutricional	Consumo y aprovechamiento biológico de alimentos. Disponibilidad y acceso a los alimentos
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género. Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas Enfermedades inmunoprevenibles Condiciones y situaciones endemo-epidémicas
Salud Pública en emergencias y desastres	Gestión integral de riesgos en emergencias y desastres Respuesta en salud ante situaciones de emergencias y desastres.
Salud y ámbito laboral	Seguridad y salud en el trabajo. Situaciones prevalentes de origen laboral
Gestión diferencial de poblaciones vulnerables	Desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes. Envejecimiento y vejez Salud y género Salud en poblaciones étnicas Discapacidad Víctimas del conflicto armado interno.

Fuente. Dirección de Planeación Sectorial - SDS.

La matriz de armonización del PTS armonizado con el Plan Territorial de Salud que diligenció la Secretaria Distrital de Salud en el aplicativo CEO y envió al Ministerio contiene lo siguiente:

**Meta estratégica PDSP:** Dentro de estas se encuentran incluidas: afectar positivamente los determinantes sociales de la salud, alcanzar la mayor equidad en salud y mitigar los impactos de la carga de enfermedad.

**Objetivos estratégicos del PTS:** Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y lograr la cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables.

**Dimensiones:** Se encuentran las diez (10) dimensiones del PDSP y 24 Componentes  
Metas del Plan: 214 metas del plan de desarrollo armonizadas con el plan decenal.  
Indicadores: 109.

Analizadas las evidencias y los trámites relacionados de la armonización del PTS con los contenidos del Plan Decenal de Salud se concluye lo siguiente:

La Secretaria Distrital de Salud de Bogotá participó de los procesos de capacitación del Ministerio de Salud y Protección Social para la armonización del Plan de Salud Territorial con los contenidos del Plan Decenal de Salud y realizó todas las gestiones necesarias para el cargue de la información en los tiempos acordados con Minsalud.

**Armonización del Plan Territorial de Salud en el marco del Plan Decenal de Salud Pública:** En un primer momento el 19 de febrero de 2015 se acordó entre la SDS y el Ministerio de Salud y Protección Social la entrega de los productos del plan a diciembre de 2015, teniendo en cuenta como se dijo antes la complejidad del Distrito Capital.

Para su armonización se evidencia el cumplimiento de la ruta lógica de la metodología PASE a la equidad en salud, iniciando con el alistamiento institucional, fortaleciendo el equipo técnico interdirecciones de la SDS y concertando con otros sectores para la recolección de información; para la identificación se recolectó la información a partir del ASIS e información de sistemas de vigilancia y otras fuentes de la SDS, en la etapa de la comprensión se constituyeron mesas de trabajo con profesionales de la SDS y diferentes sectores por dimensiones prioritarias del PDSP y por último en el paso de la respuesta y gestión operativa se armonizó el componente estratégico y operativo del actual Plan Territorial de Salud 2012 - 2016, con el Plan Decenal de Salud Pública, de acuerdo a lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Rendición de cuentas:** De acuerdo con los soportes presentados, se identificó que para el año 2015 la entidad realizó una rendición de cuentas el 15 de diciembre de 2015, socializando resultados de la vigencia en referencia en las instalaciones de la Alcaldía Mayor de Bogotá. En la página web [www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co) se encuentra publicado el link de rendición de cuentas el cual contiene el consolidado del *balance de resultados del plan de desarrollo distrital 2012 - 2016 "Bogotá Humana"* incluyendo las metas para el sector salud, para consulta de cualquier ciudadano que quiera conocer los resultados de la gestión por sector.

### 3.1.3.4 PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC)

La contratación y ejecución de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas para el Distrito de Bogotá D.C. se realizan en el marco de lo establecido de la Resolución 0518 de 2015. En ese contexto, la información presentada durante la visita evidencia lo siguiente:

#### PIC 2015 - 2016

La formulación, contratación, ejecución y seguimiento de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas con recursos del FFDS se realizó a través de contratos interadministrativos suscritos con las catorce (14) IPS públicas distribuidas en las 20 localidades del Distrito Capital:

Tabla N° 42 Contratación PIC vigencia 2015

CONTRATACION PIC VIGENCIA 2015				
CONTRATISTA	No. CONTRATO	VALOR CONTRATADO FUENTE SGP	VALOR CONTRATADO OTRAS FUENTES	TOTAL VIGENCIA 2015
Hospital Centro Oriente	14422013	4.596.669.904	18.834.497.814	23.431.167.718
Hospital Chapinero	14402013	3.970.869.384	11.946.518.229	15.917.387.613
Hospital del Sur	14392013	5.147.097.657	20.678.298.755	25.825.396.412
Hospital Engativa	14602013	3.147.858.712	9.562.011.547	12.709.870.259
Hospital Fontibón	14412013	3.393.766.679	13.242.315.715	16.636.082.394
Hospital Nazareth	14432013	1.439.106.696	3.407.758.984	4.846.865.680
Hospital Pablo VI Bosa	14472013	8.001.400.982	37.129.883.198	45.131.284.180
Hospital Rafael Uribe Uribe	14492013	4.693.269.852	22.341.502.973	27.034.772.825
Hospital San Cristóbal	14502013	4.007.102.541	16.840.535.902	20.847.638.443
Hospital Suba	14512013	5.162.171.412	23.435.694.337	28.597.865.749

<b>CONTRATACION PIC VIGENCIA 2015</b>				
<b>CONTRATISTA</b>	<b>No. CONTRATO</b>	<b>VALOR CONTRATADO FUENTE SGP</b>	<b>VALOR CONTRATADO OTRAS FUENTES</b>	<b>TOTAL VIGENCIA 2015</b>
Hospital Tunjuelito	14462013	3.026.236.238	11.487.472.993	14.513.709.231
Hospital Usaquén	14442013	4.711.506.708	16.071.899.890	20.783.406.598
Hospital Usme	14482013	5.266.421.846	21.977.550.068	27.243.971.914
Hospital Vista Hermosa	14452013	6.252.012.275	27.405.168.776	33.657.181.051
Nivel Central		188.126.734	29.814.865.847	30.002.992.581
<b>Total general</b>		<b>63.003.617.620</b>	<b>284.175.975.028</b>	<b>347.179.592.648</b>
<i>Fuente: Ejecución presupuestal FFDS a 31 de Diciembre de 2015</i>				

De lo anterior se extrae que todos los contratos para la ejecución de las actividades PIC 2015 se desarrollaron con las IPS públicas de primer nivel del Distrito Capital.

Ahora bien, para el año 2016 la contratación de las actividades PIC se hizo de la siguiente manera:

Tabla N° 43 Contratación PIC vigencia 2016

<b>CONTRATACION PIC VIGENCIA 2016</b>				
<b>CONTRATISTA</b>	<b>No. CONTRATO</b>	<b>VALOR CONTRATADO FUENTE SGP</b>	<b>VALOR CONTRATADO OTRAS FUENTES</b>	<b>TOTAL VIGENCIA 2015</b>
Hospital Centro Oriente	008/2016	601.703.696	6.373.998.141	6.975.701.837
Hospital Chapinero	003/2016	628.990.002	5.612.852.539	6.241.842.541
Hospital del Sur	010/2016	724.925.723	7.507.424.919	8.232.350.642
Hospital Engativá	011/2016	127.165.477	3.578.299.835	3.705.465.312
Hospital Fontibón	005/2016	322.564.876	4.222.618.653	4.545.183.529
Hospital Nazareth	019/2016	23.899.757	1.416.647.528	1.440.547.285
Hospital Pablo VI Bosa	004/2016	1.600.736.409	13.259.722.633	14.860.459.042
Hospital Rafael Uribe Uribe	002/2016	648.058.130	7.397.109.343	8.045.167.473
Hospital San Cristóbal	001/2016	469.022.433	6.200.935.721	6.669.958.154
Hospital Suba	013/2016	611.685.606	5.886.427.424	6.498.113.030
Hospital Tunjuelito	012/2016	313.669.210	4.223.375.607	4.537.044.817
Hospital Usaquén	006/2016	541.569.418	6.033.719.547	6.575.288.965
Hospital Usme	007/2016	704.188.192	6.488.026.517	7.192.214.709
Hospital Vista Hermosa	009/2016	1.138.562.408	7.919.641.852	9.058.204.260
Nivel Central		-	279.425.500	279.425.500
<b>Total general</b>		<b>8.456.741.337</b>	<b>86.400.225.759</b>	<b>94.856.967.096</b>
<i>Fuente: Ejecución presupuestal FFDS a 31 de Marzo de 2016</i>				

De lo anterior se extrae que todos los contratos para ejecución de las actividades PIC 2015 y 2016 se desarrollaron con las catorce (14) IPS públicas; es decir para ambas vigencias se dio continuidad a la ejecución de estas actividades.

Ahora bien, respecto a los procesos de seguimiento a la ejecución, la interventoría a los contratos suscritos con los Hospitales que ejecutan el PIC fueron realizados durante el año 2015 directamente por el equipo de la Secretaria Distrital de Salud, se evidencia que

estos contratos se suscribieron desde el 2013 y fueron prorrogados y adicionados hasta el 9 de febrero de 2016. El informe ejecutivo de seguimiento a la ejecución y desarrollo de los procesos y actividades del PIC presentado, contiene de manera general los logros y avances y las dificultades frente en la ejecución al igual que el cumplimiento de metas por cada ESE.

El informe se detalla por procesos de acuerdo a la matriz que contiene la programación de las metas y actividades contratadas con cada ESE, iniciando con territorios, ámbito escolar, ámbito institucional, servicios de salud colectiva, territorios ambientalmente saludables, ámbito comunitario, ámbito laboral, espacio público, unidad de gestión, gestión de políticas y programas, coordinación general de salud pública, acciones de énfasis, vigilancia sanitaria, vigilancia epidemiológica, programa ampliado de inmunizaciones –PAI y talento humano.

Para el 2016 los contratos suscritos con las catorce (14) ESE´s iniciaron de acuerdo a los soportes entregados (contratos y actas de inicio) a partir del 10 de febrero de la vigencia en referencia, no se aportó informe de seguimiento a la ejecución y desarrollo de las actividades, con lo cual se concluye que no se ha iniciado la interventoría de los mismos.

**RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA:** *“Frente a la afirmación realizada por el órgano de control, se requiere realizar las siguientes precisiones:*

- 1. Para le periodo febrero – marzo 2016, desde la Secretaria de Salud se realizaron las actividades de seguimiento y control en el marco de la supervisión a los contratos del Plan de Intervenciones Colectivas suscritos en febrero de 2016, producto de lo cual se generaron los informes técnicos y financieros para cada una de las 14 Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (UPSS). (Ver Anexo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 – Carpeta ANEXO H. pág. 89 párrafo 4 – SEGUIMIENTO Y CONTROL PIC)*
- 2. En los Informes Técnicos se evidencian las generalidades, avances, logros y dificultades por cada componente: Territorios Saludables, Vigilancia Sanitaria, Vigilancia en Salud Pública y Plan Ampliado de Inmunización. PAI. Adicionalmente el seguimiento a planes de mejora, glosas y resolución de glosas, matriz de seguimiento a obligaciones contractuales y seguimiento programático.*
- 3. En el Informe Financiero se evidencia el comportamiento financiero del cumplimiento en la ejecución presupuestal, las facturas auditadas, los presupuestos asignados y el cumplimiento de las metas proyectadas, por parte de los hospitales por cada uno de los chip, durante el tiempo de ejecución de febrero y marzo de 2016.*
- 4. A continuación se detallan las fechas en las cuales se realizó seguimiento a cada Unidad Prestadora de Servicios de Servicios de Salud (UPSS) durante el periodo comprendido entre febrero a mayo 2016 (...)*”

*Con base en lo anteriormente aclarado y evidenciado, la Secretaria de Salud demuestra que el proceso de seguimiento y control en el marco de la supervisión de los contratos PIC suscritos en febrero de 2016, se ha realizado efectivamente en cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1474 de 2011, por tanto se solicita realizar el retiro de la conclusión plasmada en el párrafo 4 de la página 89 del informe preliminar.*

## ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR

Es pertinente señalar que lo enunciado en la respuesta de la Secretaria Distrital de Salud no se incluyó como un hallazgo; sin embargo dando respuesta a los argumentos planteados en su comunicación, se evidencia en los soportes remitidos en la carpeta (Anexo\_H pág. 89 párrafo 4 – SEGUIMIENTO & CONTROL PIC) que los informes para el seguimiento a la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas –PIC- febrero - marzo 2016 “**INFORME FINANCIERO DISTRITAL**” e “**INFORME DISTRITAL**” se realizaron posterior a la visita realizada por la Superintendencia Nacional de Salud, como se observa en la imagen tomada del original..

SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA  
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ

SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE  
INTERVENCIONES COLECTIVAS – PIC

INFORME FINANCIERO DISTRITAL  
FEBRERO Y MARZO DE 2016

Elaborado por:  
Equipo de seguimiento y control a la ejecución de los contratos  
PIC 2016  
Elaborado por: Martha Patricia Sánchez C., Diana Milena Vargas G.  
Aprobado por: Sandra Patricia Rivera V.

Bogotá, D.C.; Julio 23 de 2016

Teniendo en cuenta el documento suministrado durante la visita, Anexo N° 2 METODOLOGÍA DE SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, el seguimiento y control al cumplimiento de productos debe realizarse en sus cuatro (4) componentes “*al menos una vez en el trimestre*” con el fin de contribuir a la toma de decisiones oportunas. Seguimiento que no podrá ser interpretado como la suma de las actas suscritas con las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, sino que debe finalizar con un informe consolidado por parte del supervisor del contrato.

### 6.2. SEGUIMIENTO Y CONTROL AL CUMPLIMIENTO DE PRODUCTOS

COMPONENTE	RESPONSABLE	I TRIMESTRE			II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			III TRIMESTRE		
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Vigilancia Epidemiológica	Seguimiento y Control al Cumplimiento de las obligaciones y Productos del PIC		X			X			X			X	
Vigilancia Sanitaria			X			X			X			X	
Programa Ampliado de Inmunizaciones			X			X			X			X	
Ámbitos, PDA, Transversalidades, Gestión de Políticas y de Programas			X			X			X			X	
			X			X			X			X	
			X			X			X			X	

X= Al menos una vez en el trimestre

## CONCLUSIÓN

La Secretaria Distrital de Salud debe realizar la presentación oportuna de los informes de supervisión, de tal forma que contribuyan a la toma de decisiones en el marco del mejoramiento continuo, a partir del análisis de la situación de salud y la vigilancia en salud pública. Cumpliendo con lo dispuesto en la “**Ley 1474 de 2011 Artículo 83. Supervisión e interventoría contractual.** Con el fin de proteger la moralidad administrativa, de prevenir la ocurrencia de actos de corrupción y de tutelar la transparencia de la actividad contractual, las entidades públicas están obligadas a vigilar permanentemente la correcta ejecución del objeto contratado a través de un supervisor o un interventor, según corresponda (...)”

Por otra parte, respecto a la ejecución de actividades PIC para el periodo 2015 y 2016 se identificó lo siguiente:

Tabla N° 44 Ejecución de actividades PIC 2015

IPS	% de Ejecución 2015
Hospital Centro Oriente	80%
Hospital Chapinero	82%
Hospital del Sur	78%
Hospital Engativa	83%
Hospital Fontibón	60%
Hospital Nazareth	80%
Hospital Pablo VI Bosa	81%
Hospital Rafael Uribe Uribe	81%
Hospital San Cristóbal	83%
Hospital Suba	67%
Hospital Tunjuelito	83%
Hospital Usaquén	83%
Hospital Usme	78%
Hospital Vista Hermosa	72%

Tabla N° 45 Ejecución de actividades PIC 2016

IPS	% de Ejecución I bimestre 2016
Hospital Centro Oriente	31%
Hospital Chapinero	28%
Hospital del Sur	35%
Hospital Engativa	28%
Hospital Fontibón	36%
Hospital Nazareth	34%
Hospital Pablo VI Bosa	35%
Hospital Rafael Uribe Uribe	31%
Hospital San Cristóbal	34%
Hospital Suba	29%
Hospital Tunjuelito	32%
Hospital Usaquén	40%
Hospital Usme	25%
Hospital Vista Hermosa	29%

*Fuente: Ejecución presupuestal FFDS 2015 -2016*

De lo anterior se extrae que para el año 2015, el porcentaje de ejecución de los contratos suscritos con las diferentes Empresas Sociales del Estado con base en los giros realizados a corte de diciembre de la vigencia en referencia es del 78% en promedio, mientras que para el primer bimestre del 2016 la ejecución alcanza el 32% con base en la facturación a marzo de 2016. De lo anterior se evidencia, que la ejecución de los contratos del Plan de Intervenciones Colectivas del Distrito Capital para el año 2015 no sobrepaso el 80%, situación que no se considera satisfactoria.

**Respecto a las asesorías y asistencia técnica a los municipios para contratación y ejecución del PIC,** A través de la guía metodología de seguimiento a las acciones del plan de intervenciones colectivas (Código: SDS-GSP-LN -01. V.1) se define la asistencia técnica y acompañamiento a los hospitales contratados en cuatro componentes: Vigilancia Epidemiológica - Vigilancia Sanitaria Programa Ampliado de Inmunizaciones - Ámbitos,

PDA, Transversalidades, Gestión de Políticas y de Programas, de maneta trimestral, mediante los soportes aportados durante la visita se identificó que las actividades asesoría, asistencia técnica y seguimiento a la ejecución del PIC, son realizadas por un grupo de profesionales de la SDS. Las asistencias técnicas realizadas a las ESE's para formulación de su Plan de Acción, así como socialización de las competencias en salud pública. La entidad hizo procesos de capacitación, asistencia y seguimiento en diferentes fechas y tiempos así:

Tabla N° 46 Capacitación y asistencia PIC – ESE 2015

<b>ESE</b>	<b>Fechas de reunión</b>	<b>Tema</b>
Hospitales: Suba, Vista Hermosa, Centro Oriente, Sur, Usaquén, Pablo VI, Engativá, Rafael Uribe, Chapinero, Usme, Tunjuelito, Nazareth, San Cristóbal	24/02/2015	Caja de herramientas espacio público
Hospitales: Fontibón, Pablo VI, Centro Oriente, Usme, San Cristóbal, Tunjuelito, Usaquén, Vista Hermosa, Chapinero, Suba, Engativá, Rafael Uribe, Sur, Nazareth,	11/03/2015	Encuentro Distrital para actividad de asamblea territorios saludables
Hospitales: Suba, Vista Hermosa, Centro Oriente, Sur, Usaquén, Pablo VI, Engativá, Rafael Uribe, Chapinero, Usme, Tunjuelito, Nazareth, San Cristóbal, Fontibón	17/04/2015	Caja de herramientas PDA y transversalidades
Hospitales: Suba, Vista Hermosa, Centro Oriente, Sur, Usaquén, Pablo VI, Engativá, Rafael Uribe, Chapinero, Usme, Tunjuelito, Nazareth, San Cristóbal	19-22 de mayo de 2015	Reforma ley estatutaria de salud
Hospitales: Suba, Vista Hermosa, Centro Oriente, Sur, Usaquén, Pablo VI, Engativá, Rafael Uribe, Chapinero, Usme, Tunjuelito, Nazareth, San Cristóbal, Fontibón	23/09/2015	Proceso de sistematización de la gestión de programas territorios saludables
Hospitales: Suba, Vista Hermosa, Centro Oriente, Sur, Usaquén, Pablo VI, Engativá, Rafael Uribe, Chapinero, Usme, Tunjuelito, Nazareth, San Cristóbal, Fontibón	2 – 16 de octubre de 2015	Desarrollo de talleres de sistematización de los hospitales del Distrito

Fuente. Dirección de Salud Colectiva - SDS

De acuerdo con la información suministrada durante la visita, se observa que durante la vigencia 2015 se han realizado asesoría y asistencia técnica a los catorce (14) Hospitales contratados para el desarrollo de las actividades del PIC y en los meses de febrero, marzo, abril, mayo, septiembre y octubre, observándose menor cantidad de asesorías para el segundo semestre de la vigencia en referencia.

Sin embargo a pesar de contar con la guía metodológica de seguimiento a las acciones del plan de intervenciones colectivas, la cual define que al menos una vez en el trimestre se dará asistencia técnica y acompañamiento a las ESE's en los 4 componentes (Vigilancia Epidemiológica - Vigilancia Sanitaria Programa Ampliado de Inmunizaciones - Ámbitos, PDA, Transversalidades, Gestión de Políticas y de Programas), no existe un cronograma que permita verificar el cumplimiento de lo programado y los temas a tratar de manera anticipada, de tal forma que los hospitales conozcan desde el inicio del contrato las fechas en que serán acompañados para asistencia técnica y los temas que se desarrollarán.



Para la vigencia 2016 se evidencia las siguientes asistencias remitidas en la información entregada en magnético:

Tabla N° 47 Capacitación y asistencia PIC – ESE 2016

ESE	Fechas de reunión	Tema
Hospital del Sur	14/01/2016	Revisión informe final de consejos de salud de los micro-territorios
Hospital de Fontibón	15/01/2016	Revisar programación al mes de enero en la unidad operativa del sur
Hospital de Usaquén	26/01/2016	Entrega de matriz actualizada de consolidada iniciativas 2014 – 2015
Hospital Nazareth	05/02/2016	Revisión y ajuste programación en el plan programático y presupuestal de la ESE
Hospitales de Suba – Centro Oriente – Sur – Vista Hermosa – Tunjuelito	20/01/2016 21/01/2016	Definir prioridades a abordar y la propuesta de intervención por ciclo de vida para el ámbito escolar en el año 2016 para seguridad alimentaria y nutricional
Hospitales de Fontibón – Chapinero	20/01/2016	Realizar ajuste a la guía operativa de SSR
Hospitales de Pablo VI – Rafael Uribe Uribe	21/01/2016	Definir prioridades a abordar y la propuesta de intervención por ciclo de vida para el ámbito escolar en el año 2016 para territorios ambientalmente saludables
Hospitales de Usme – San Cristóbal -	22/01/2016	Definir prioridades a abordar y la propuesta de intervención por ciclo de vida para el ámbito escolar en el año 2016 para salud oral
Hospitales de Usaquén – Nazareth – Engativá	22/01/2016	Definir prioridades a abordar y la propuesta de intervención por ciclo de vida para el ámbito escolar en el año 2016 para salud mental
Hospitales de Centro Oriente – Tunjuelito – San Cristóbal – Fontibón – Pablo VI – Engativá – Usme – Usaquén – Rafael Uribe – Sur – Vista Hermosa – Chapinero – Suba – Chapinero – Suba	29/01/2016	Establecer línea técnica para la jornada del día sin carro
Hospital Centro Oriente	13/01/2016	Organizar proceso de contingencia para la intervención de familias embera alojadas en el coliseo el Campin
Hospitales de Centro Oriente – Usaquén – Fontibón – San Cristóbal – Usme – Sur – Tunjuelito – Nazareth – Suba – Chapinero -	07/01/2016	Definición operativa de unidades de gestión para programar jornadas de planeación

Fuente. Dirección de Salud Colectiva - SDS

Para la vigencia 2016 se evidencia el mismo comportamiento que para la vigencia anterior, a pesar de contar con la guía metodológica de seguimiento a las acciones del plan de intervenciones colectivas, la cual define que al menos una vez en el trimestre se dará asistencia técnica y acompañamiento a las ESE´s en los 4 componentes (Vigilancia

Epidemiológica - Vigilancia Sanitaria Programa Ampliado de Inmunizaciones - Ámbitos, PDA, Transversalidades, Gestión de Políticas y de Programas), no existe un cronograma que permita verificar el cumplimiento de lo programado y los temas a tratar de manera anticipada, de tal forma que los hospitales conozcan desde el inicio del contrato las fechas en que serán acompañados para asistencia técnica y los temas que se desarrollarán.

### 3.1.3.5 Vigilancia en Salud Pública (VSP):

Para el desarrollo de las competencias relacionadas con la vigilancia en salud pública en la estructura descrita en el numeral **3.5.1 Organización administrativa de la Entidad para el ejercicio de sus competencias**, se detalla el personal vinculado por planta o por contrato con los cuales se ejecutan las actividades propias del componente.

Tabla N° 48 Personal vinculado por planta o por contrato Vigilancia Salud Pública

Dependencia	Tipo de vinculación		Total
	Contrato	Planta	
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública Incluye: Grupo de Seguimiento PIC, Grupo de Actuaciones Administrativas (Higiénico Sanitarias)	158	17	175
Total General	443	61	504

Fuente: Talento humano – Subsecretaría de Salud Pública 2015 – I trimestre 2016

Respecto a equipamiento y espacio, el área de vigilancia dispone de espacios físicos y puestos de trabajo dotados con equipos de cómputo adicionalmente para garantizar la comunicación permanente de los equipos de respuesta de urgencias, emergencias y desastres en salud pública, la Secretaria Distrital de Salud tiene suscrito el contrato No 1146/2015 con Avantel a través del cual disponen de equipos de comunicaciones veinticuatro (24) horas, los siete (7) días de la semana.

### HALLAZGO No. 20

Como se observa en la tabla, el 88% del personal que soporta la ejecución de las funciones de la subdirección de vigilancia en salud pública es de contrato, para el caso particular del personal de la unidad comando de vigilancia, al momento de la auditoría no tienen contrato vigente 3 de las 4 personas encargadas de cumplir con las actividades propias del área. Por lo anterior presuntamente incumplió lo establecido en el artículo 9 (literal g) del Decreto 3518 de 2006.

NOMBRE	TIPO DE VINCULACIÓN
Esperanza Galeano	Sin Contrato a la fecha, en trámite.
Yaneth Rueda	Sin Contrato a la fecha, en trámite.
Leslie C. Lindarte	Sin Contrato a la fecha, en trámite.
José Navarrete R	Planta

Fuente: Unidad comando de vigilancia en salud pública - SDS

### RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“No se comparte lo manifestado por el Ente de Control, por tanto a continuación se realizan las precisiones frente a los hechos que conducen a la presunta vulneración de las disposiciones citadas en dicho hallazgo, con el propósito de desvirtuarlas:*

1. El DECRETO 3518 DE 2006 por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones, señala en su Artículo 9° que: "(...) Funciones de las Direcciones departamentales y Distritales de Salud. Las direcciones departamentales y distritales de salud, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, numeral g) Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión del Sistema y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública, en su jurisdicción (...)
2. En concordancia con lo anterior, es importante señalar que no existe incumplimiento alguno, en tanto en el momento de la visita se señaló al auditor que "con el fin de garantizar el talento humano para la gestión del proceso, la contratación del personal se encontraba en trámite" para lo cual se presenta como evidencia de lo informado los números y las fechas de inicio de los contratos del grupo de urgencias y emergencias en salud pública, conforme a la siguiente tabla.

Tabla 1. HALLAZGO N° 20  
Talento Humano – Unidad de Comando de Vigilancia  
Vinculado contractualmente entre abril y mayo de 2016 al 100%

<b>NOMBRE</b>	<b>NÚMERO DE CONTRATO</b>	<b>FECHA DE INICIO</b>
Esperanza Galeano	429 de 2016	29 de abril de 2016
Yaneth Rueda	461 de 2016	5 de mayo de 2016
Leslie C. Lindarte	691 de 2016	24 de mayo de 2016

3. Teniendo en cuenta que la auditoria por parte del Ente de Control se finalizó el día lunes 02 de mayo, en la tabla anterior se observa que para el día 29 de abril había iniciado nuevamente actividades la primera persona de contrato y para el jueves 5 de mayo se encontraban incorporada efectivamente al proceso dos de las tres personas encargadas de cumplir con las actividades propias del área. La tercera contratista fue vinculada una semana antes de finalizar el mes de mayo. (...)"

## ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR

De acuerdo a los argumentos expuestos para sustentar su no conformidad con el hallazgo, y conforme a lo informado y entregado por el profesional que atendió la visita Dr. José Navarrete; queda claro que, al momento de auditar el componente de urgencias y emergencias en salud pública, la unidad comando de vigilancia solo contaba con una personal de planta, para atender todos los eventos y condiciones que pudieran poner en riesgos la salud pública de la población en el Distrito Capital.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA, D.C  
SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

AUDITORIA INTEGRAL SUPERSALUD 2016, 26 DE ABRIL DE 2016  
URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD PÚBLICA

Soportes en CD

1. PERSONAL VIGENTE UNIDAD COMANDO

<b>NOMBRE</b>	<b>CONTRATO</b>
Esperanza Galeano	Sin Contrato a la fecha, en trámite.
Yaneth Rueda	Sin Contrato a la fecha, en trámite.
Leslie C. Lindarte	Sin Contrato a la fecha, en trámite.
José Navarrete R	Planta

2. COMUNICACIONES: CONTRATO AVANTEL AÑO 2014 Y AÑO 2016.  
SEGUIMIENTOS TABLERO DE CONTROL Y CONTRATO
3. BOLETINES 2015 Y 2016 UYE, PUBLICADOS EN WEB

Conforme a lo descrito anteriormente es pertinente señalar que, aunque el personal de apoyo al componente de urgencias y emergencias ya se encuentra contratado, se generaron demoras para su vinculación, lo cual puede poner en riesgo la capacidad de respuesta de la Entidad Territorial ante la aparición súbita de un evento con efectos negativos en la salud humana y ambiental de los habitantes del Distrito Capital.

## CONCLUSIÓN

Se levanta el hallazgo por considerarse un hecho superado; sin embargo, la Secretaria Distrital de Salud deberá adoptar las medidas para garantizar la estructura funcional y recursos suficientes para atender de manera oportuna los eventos que puedan impactar de forma negativa la salud pública de la población residente en Bogotá.

**Censo de Unidades Notificadoras Locales (UNL):** Para el periodo auditado, la entidad presentó soportes así:

Tabla N° 49 Censo de Unidades Notificadoras Locales

LOCALIDAD	TOTAL UNIDADES NOTIFICADORAS LOCALIDAD	TOTAL UNIDADES INFORMADORAS LOCALIDAD
USAQUEN	50	173
CHAPINERO	57	266
SANTA FE	13	15
S. CRISTOBAL	32	7
USME	24	1
TUNJUELITO	23	6
BOSA	31	18
KENNEDY	57	6
FONTIBON	26	29
ENGATIVA	54	24
SUBA	50	9
B. UNIDOS	29	63
TEUSAQUILLO	38	102
MARTIRES	9	3
A. NARIÑO	19	7
PTE ARANDA	24	3
CANDELARIA	11	3
R. URIBE	26	15
C. BOLIVAR	26	7
SUMAPAZ	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>601</b>	<b>757</b>

Fuente: Archivo de caracterización UPGD generado aplicativo SIVIGILA2015 V1.3.0 - SDS

Es importante señalar que, para el caso de Distrito Capital las UPGD se encuentran bajo la supervisión de los Hospitales de I nivel ubicados en cada localidad, quien consolida las notificaciones y las incluye en el aplicativo de SIVIGILA.

Para el año 2015, el comportamiento de las UNL con corte a la semana 52 del calendario epidemiológico es el siguiente:

Tabla N° 50 Comportamiento UNL con corte a la semana 52. 2015

COMPORTAMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION DE UPGD POR LOCALIDAD A SEMANA 52 - BOGOTA D.C. 2015								
LOCALIDAD	TOTAL UNID NOTIFICAD ORAS LOCALIDAD	UNID NOTIFICA DORAS POSITIVAS	%	UNID NOTIFICADO RAS NEGATIVAS	%	UNID NOTIFICA DORAS SILENCIO SAS	%	% CUMPLIMIE NTO

COMPORTAMIENTO ACUMULADO DE LA NOTIFICACION DE UPGD POR LOCALIDAD A SEMANA 52 - BOGOTA D.C. 2015								
LOCALIDAD	TOTAL UNID NOTIFICADORAS LOCALIDAD	UNID NOTIFICADORAS POSITIVAS	%	UNID NOTIFICADORAS NEGATIVAS	%	UNID NOTIFICADORAS SILENCIOSAS	%	% CUMPLIMIENTO
USAQUEN	50	46	91,5	2	4,5	2	4,1	96,0
CHAPINERO	57	36	63,7	14	24,0	7	12,3	87,7
SANTA FE	13	12	91,0	1	6,1	0	2,9	97,1
S. CRISTOBAL	32	30	92,7	2	6,2	0	0,9	98,9
USME	24	23	98,0	0	1,4	0	0,7	99,4
TUNJUELITO	23	18	79,2	4	18,7	0	2,1	97,9
BOSA	31	25	80,9	5	15,6	1	3,3	96,6
KENNEDY	57	49	85,4	7	12,7	1	2,0	98,1
FONTIBON	26	24	94,2	1	5,1	0	0,7	99,3
ENGATIVA	54	49	89,9	4	8,2	1	2,1	98,1
SUBA	50	41	82,5	4	8,8	4	8,7	91,3
B. UNIDOS	29	18	61,6	6	19,5	5	18,9	81,1
TEUSAQUILLO	38	26	67,3	9	22,3	4	10,4	89,7
MARTIRES	9	9	101	0	3,8	0	0,0	105
A. NARIÑO	19	18	92,8	1	5,9	0	0,7	98,7
PTE ARANDA	24	21	86,6	3	11,3	0	2,0	97,9
CANDELARIA	11	11	98,5	0	0,0	0	3,3	98,5
R. URIBE	26	23	87,2	3	9,8	1	2,9	97,0
C. BOLIVAR	26	21	83,2	2	6,5	2	9,7	89,8
SUMAPAZ	2	2	100	0	0	0	0,0	100
TOTAL	601	502	83,4	68	11,3	32	5,3	94,8

Fuente: Reporte de cumplimiento PNS y Archivo de caracterización UPGD generado aplicativo SIVIGILA2015 V 1.3.0 -SDS

Durante el año 2015 la oportunidad en la notificación de eventos de interés en salud pública antes de los 7 días de ocurrido el evento fue del 90,4% de 108.624 casos notificados, con corte a la semana 52 se puede evidenciar que de las 601 unidades notificadoras ubicadas en las 20 localidades del Distrito Capital, 502 reportan regularmente, logrando un cumplimiento del 94.8% de manera global; teniendo en cuenta los indicadores de evaluación de la gestión del subsistema de información definidos por el Instituto Nacional de Salud se considera aceptable este resultado ya que se encuentra por encima del 90%. Situación que varía para el caso de los UND silenciosas cuyo porcentaje de intervalo de riesgo por niveles del flujo de información (5.3%) se encuentra en riesgo bajo (>0 a < 10%).

Para el año 2016, el comportamiento de las UND con corte a la semana 16 del calendario epidemiológico es el siguiente:

Tabla N° 51 Comportamiento UNL con corte a la semana 16 - 2016

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACION DE UPGD POR LOCALIDAD - BOGOTA D.C. 2016								
LOCALIDAD	TOTAL UNID NOTIFICADORAS LOCALIDAD	UNID NOTIFICADORAS POSITIVAS	%	UNID NOTIFICADORAS NEGATIVAS	%	UNID NOTIFICADORAS SILENCIOSAS	%	% CUMPLIMIENTO
USAQUEN	50	45	89,9	3	5,0	3	5,0	95,0
CHAPINERO	54	39	71,5	11	21,1	4	7,4	92,6
SANTA FE	12	11	90,5	1	9,5	0	0,0	100
S. CRISTOBAL	31	29	94,1	2	5,1	0	0,8	99,2
USME	23	23	98,4	0	0,8	0	0,8	99,2
TUNJUELITO	21	16	78,3	4	18,2	1	3,6	96,4
BOSA	39	28	72,0	9	23,1	2	4,9	95,1
KENNEDY	56	48	86,0	7	13,0	1	1,0	99,0
FONTIBON	26	24	93,0	1	5,0	1	1,9	98,1
ENGATIVA	58	52	89,7	5	7,7	2	2,6	97,4
SUBA	49	41	83,4	5	10,7	3	5,9	94,1

COMPORTAMIENTO DE LA NOTIFICACION DE UPGD POR LOCALIDAD - BOGOTA D.C. 2016								
LOCALIDAD	TOTAL UNID NOTIFICADORAS LOCALIDADES	UNID NOTIFICADORAS POSITIVAS	%	UNID NOTIFICADORAS NEGATIVAS	%	UNID NOTIFICADORAS SILENCIOSAS	%	% CUMPLIMIENTO
B. UNIDOS	25	17	69,6	2	8,0	6	22,4	77,6
TEUSAQUILLO	38	29	76,1	8	20,1	1	3,8	96,2
MARTIRES	9	9	98,0	0	2,0	0	0,0	100
A. NARIÑO	17	16	93,1	1	6,9	0	0,0	100
PTE ARANDA	23	19	85,4	3	11,6	1	3,0	97,0
CANDELARIA	11	10	89,1	1	8,6	0	2,3	97,7
R. URIBE	26	23	89,1	3	10,9	0	0,0	100
C. BOLIVAR	25	22	86,8	2	9,5	1	3,7	96,3
SUMAPAZ	2	2	100	0	0,0	0	0,0	100
TOTAL	595	503	84,6	68	11,4	24	4,0	96,0

Fuente: Reporte de cumplimiento PNS y Archivo de caracterización UPGD generado aplicativo SIVIGILA2015 V 1.3.0 -SDS

Para la vigencia 2016 con corte a la semana 16 se puede evidenciar que de las 595 unidades notificadoras ubicadas en las 20 localidades del Distrito Capital, 503 reportan regularmente, logrando un cumplimiento del 96% de manera global, teniendo en cuenta los indicadores de evaluación de la gestión del subsistema de información definidos por el Instituto Nacional de Salud se considera aceptable este resultado ya que se encuentra por encima del 90%. Situación que varía para el caso de los UND silenciosas cuyo porcentaje de intervalo de riesgo por niveles del flujo de información (4%) se encuentra en riesgo bajo (>0 a < 10%).

Sobre el censo, la entidad cuenta con bases de datos que contienen: Nombre, dirección, representante legal, dirección, responsable de la notificación, teléfono correo electrónico, fecha de inscripción, naturaleza jurídica, Nit, entre otros.

**Seguimiento y asistencia técnica a las UPGDs:** La entidad presentó soportes de Asistencia técnica y acompañamiento a las catorce (14) empresas sociales del estado en cumplimiento del Decreto 3518 de 2006 para las vigencias 2015 y primer trimestre 2016, dentro de los temas tratados en las asistencias se encuentran:

- ✓ Talento humano: Conocimiento del lineamiento, habilidades técnicas y de gestión, condiciones laborales, disponibilidad de insumos y apoyo de la institución.
- ✓ Proceso de notificación y calidad del dato, sistematización, asistencia técnica a la red, BAI, entre otras actividades.
- ✓ Planes de análisis, participación en espacios de análisis, componente de intervención, coordinación intrainstitucional e intersectorial.

**Notificación estudios de brotes y coordinación con IPS:** El proceso de intervención y seguimiento a brotes se realiza a través de los equipos de unidades de comando para la salud pública (UCSP), los cuales están integrados por personal de las Empresas Sociales del Estado ubicadas en las 20 localidades y la Secretaria Distrital de Salud, tienen disponible la cadena de llamadas para realizar la notificación. La atención en campo de los eventos corresponde a las Unidades Comando en Salud Pública (UCSP) locales, la coordinación de la actuación y los lineamientos corresponden al referente del evento de la SDS. En caso de ser necesario, si se identifica que la capacidad del nivel local no es suficiente, se podrá dar apoyo en campo desde nivel central bajo autorización del Profesional Especializado que coordina el área de Vigilancia en Salud Pública o del Director (a) de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud.

**Vigilancia de eventos de interés en salud pública:** Para el caso de Bogotá D.C. durante el año 2015 el 74,22% de eventos correspondieron a brotes de varicela representando además el mayor número de personas afectadas con 5.840 (53,69%) en segundo lugar se encuentran los brotes de ETA que ocupan el segundo lugar con 173 eventos (8,29%) afectando a 2.289 personas (21,04%). Bogotá para el año 2015 notificó 108.624 eventos de interés en salud pública de los cuales el 81,6% de la notificación lo representa los 11 primeros eventos de mayor notificación los cuales se muestran en la tabla.

Tabla N° 52 Eventos de interés en salud pública 2015

EVENTOS	N° EVENTOS	%	PERSONAS AFECTADAS	%
BROTE VARICELA	1549	74,2	5840	53,6
BROTE ETA	173	8,29	2289	21,04
OTROS NO ESPECIFICADOS	115	5,51	1074	9,87
BROTE EDA	54	2,59	622	5,72
INTOXICACIÓN POR OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS	52	2,49	245	2,25
BROTE ERA	31	1,49	289	2,66
BROTE PAROTIDITIS	28	1,34	240	2,21
INTOXICACIÓN MONOXIDO DE CARBONO Y OTROS GASES	15	0,72	68	0,63
INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS	15	0,72	26	0,24
HEPATITIS A	10	0,48	17	0,16
INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	9	0,43	24	0,22
EFFECTOS EN SALUD POR INCENDIO	5	0,24	11	0,10
INTOXICACIÓN POR METANOL	5	0,24	6	0,06
MENINGITIS MENINGOCÓCCICA P. CAUTI/VULN	4	0,19	5	0,05
OLORES OFENSIVOS	4	0,19	11	0,10
ENCHARCAMIENTO (EVENTOS POST)	3	0,14	53	0,49
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	3	0,14	3	0,03
INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	2	0,10	24	0,22
LEPTOSPIROSIS	2	0,10	2	0,02
MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	2	0,10	2	0,02
FENOMENO DE REMOCION EN MASA	1	0,05	25	0,23
INCENDIO ESTRUCTURAL	1	0,05	0	0,00
LESIONES POR PÓLVORA	1	0,05	1	0,01
RESIDUOS HOSPITALARIOS EN VIA PUBLICA	1	0,05	0	0,00
SISMO	1	0,05	0	0,00
TUBERCULOSIS PULMONAR P. CAUTI/VULN (+2 CASOS)	1	0,05	1	0,01
<b>TOTAL</b>	<b>2.087</b>	<b>100</b>	<b>10.878</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos de eventos notificados al aplicativo SIVIGILA año 2015, Fecha de Corte: 31 de Diciembre de 2015.

En la anterior tabla se observa la distribución de eventos y personas afectadas en Bogotá de Enero a Diciembre de 2015, información captada por la base de datos de urgencias y emergencias en salud pública la cual es diligenciada por las Unidades Comando en salud Pública locales es decir los Hospitales de la Red Distrital de primer nivel.

**Unidades de Análisis de casos (mortalidades):** Para este proceso el área de vigilancia en salud pública realiza procesos de articulación con otras áreas (Ciclos vitales, transversalidades y poblaciones especiales, entre otras), con quienes se realizan los análisis y se procede a planear y desarrollar las acciones de mejora con cada caso. Con corte a la fecha de la visita, la entidad presentó soportes de los siguientes eventos analizados: **Muertes maternas:** La entidad cuenta con bases de datos en medio magnético en formato Excel donde se identifican los casos de mortalidades maternas identificadas, notificadas y depuradas luego de los análisis y procesos de verificación de datos que se surten en articulación con el Instituto Nacional de Salud (INS).

Una vez revisados los contenidos de la información de muertes maternas disponibles en la Secretaria Distrital de Salud y reportadas al Instituto Nacional de Salud con corte a la semana epidemiológica 52 de 2015 se reportaron y analizaron 36 casos relacionados con mortalidad materna.

Para realizar los análisis de los eventos de interés en salud pública objeto de análisis en la Secretaria Distrital de Salud se aplica la siguiente metodología:

- ✓ El caso debe ser notificado dentro de los tiempos establecidos según el protocolo por la entidad de salud (UPGD) al área de vigilancia en salud pública de la ESE Local, en el aplicativo del SIVIGILA.
- ✓ Todos los casos ingresan como sospechosos
- ✓ Se solicitan los soportes documentales (historia clínica completa del caso desde el primer momento de atención hasta la investigación epidemiológica de campo) y desde la SDS se realiza la revisión de la fuente de estadísticas vitales para verificar si el caso también ingresó por esta fuente.
- ✓ Previa a la realización del COVE Distrital se realiza la Unidad de Análisis institucional, proceso que le corresponde a la ESE, a la IPS donde falleció el niño y a la aseguradora, esto con el fin de precisar los documentos e insumos necesarios para la unidad de análisis distrital
- ✓ En el COVE Distrital se confirma si el caso corresponde a una muerte por o asociada al evento en estudio siguiendo los criterios médicos establecidos en el protocolo de vigilancia epidemiológica y se identifican las posibles fallas u omisiones que se presentaron en las atenciones o contactos que tuvo la familia con servicios de salud o servicios sociales y que desencadenaron la mortalidad.

### Mortalidad materna 2015:

Tabla N° 53 Mortalidad materna 2015

Tipo	Documento	Fecha notificación	Fecha análisis	Localidad residencia	Régimen	Asegurador
CC	52159098	25/02/2015	22/05/2015	Usaquén	Contributivo	Famisanar
CC	52929099	11/02/2015	15/05/2015	Suba	No Asegurada	FFD
CC	1013659352	23/04/2015	12/06/2015	Kennedy	Contributivo	Nueva EPS
CC	1020752357	20/01/2015	13/05/2015	Usaquén	Excepción	Policía
CC	1031135814	28/01/2015	13/05/2015	Rafael Uribe	Contributivo	Salud total
CC	1102809508	06/01/2015	27/02/2015	Engativá	Subsidiado	Capital salud
CC	1100812610	24/02/2015	22/05/2015	Puente Aranda	No Asegurada	FFD
CC	39416677	22/03/2015	14/07/2015	Kennedy	Contributivo	Saludcoop
CC	53037681	22/05/2015	14/07/2015	Tunjuelito	Contributivo	Compensar
CC	1031139908	10/06/2015	04/08/2015	Ciudad Bolívar	Subsidiado	Capital salud
CC	52055934	16/06/2015	04/08/2015	Santafé	Subsidiado	Caprecom
CC	53055934	22/06/2015	11/08/2015	Suba	Contributivo	Nueva EPS
CC	1033696635	26/06/2015	11/08/2015	Ciudad Bolívar	Subsidiado	Capital salud
CC	1024499443	01/07/2015	14/08/2015	Ciudad Bolívar	Contributivo	Salud total
CC	55305620	18/05/2015	18/08/2015	Suba	Contributivo	Nueva EPS
CC	1032404759	20/05/2015	18/08/2015	San Cristóbal	Contributivo	Sura
CC	53053692	18/07/2015	21/08/2015	Engativá	Contributivo	Café salud
CC	1012322067	16/07/2015	21/08/2015	Bosa	Contributivo	Compensar
CC	1033685968	28/07/2015	18/09/2015	Usme	No Asegurada	FFD
CC	1033709818	13/08/2015	02/10/2015	Rafael Uribe	Contributivo	Cafesalud
CC	1023881070	11/08/2015	05/10/2015	Ciudad Bolívar	Subsidiado	Capital salud



CC	39676660	02/10/2015	20/11/2015	Bosa	Contributivo	Salud total
CC	1019051392	19/10/2015	04/12/2015	Suba	Contributivo	Suramericana
CC	52635202	30/11/2015	15/01/2016	Suba	Contributivo	Compensar
CC	1015460943	27/10/2015	11/12/2015	Barrios unidos	No asegurada	FFD
CC	52739436	19/12/2015	04/12/2015	Antonio Nariño	Contributivo	Cruz blanca
CC	67014088	16/12/2015	19/01/2016	Suba	Contributivo	Sura
CC	52216322	07/10/2015	06/11/2015	Usme	Contributivo	Compensar
CC	1000016707	22/11/2015	15/01/2016	Usaquén	Contributivo	Sanitas
CC	52710526	18/11/2015	12/01/2016	Usme	No asegurada	FFD
CC	65759860	06/01/2016	19/02/2016	SD	No asegurada	FFD
CC	1023951586	27/10/2015	12/01/2016	Rafael Uribe	Subsidiado	Capital salud
CC	1019018411	26/08/2015	06/11/2015	Suba	Contributivo	Famisanar
CC	1016015753	30/11/2015	19/01/2016	Suba	Subsidiado	Capital salud
CC	52238063	10/12/2015		Usme	Subsidiado	Capital salud
CC	1024523852	14/12/2015	05/02/2016	Ciudad Bolívar	No asegurada	FFD

Fuente: SIVIGILA, Certificado de defunción.-Bases de datos SDS, unidades de análisis y RUAF -ND-Sistema de Estadísticas Vitales – SDS

El resultado de la mortalidad materna en Bogotá para la vigencia 2015 fue de razón de 35,2 por 100.000 NV con corte a 31 de diciembre, cuyo resultado se encuentra por encima de la meta establecida en el Plan de Desarrollo Distrital, de 31 por 100.000 nacidos vivos la razón de mortalidad materna.

Para la vigencia 2016 con corte a la semana epidemiológica 8 se han reportado y analizado 3 casos relacionados con mortalidad materna.

### Mortalidad materna 2016:

Tabla N° 54 Mortalidad materna 2016

Tipo	Documento	Localidad notificación	Fecha muerte	Fecha notificación	Fecha análisis	Localidad residencia	Régimen	EPS
CC	1030580359	Kennedy	02/01/2016	02/01/2016	16/02/2016	Kennedy	Contributivo	Famisanar
CC	1031152902	Suba	06/01/2016	06/01/2016	19/02/2016	Rafael Uribe	Contributivo	Cafesalud
CC	1014253472	Teusaquillo	07/02/2016	08/02/2016	18/03/2016	Engativá	Contributivo	Sanitas

Fuente: SIVIGILA, Certificado de defunción.-Bases de datos SDS, unidades de análisis y RUAF -ND-Sistema de Estadísticas Vitales – SDS

De acuerdo con el *protocolo de vigilancia en salud pública mortalidad materna* para el año 2014, establecido por el Instituto Nacional de Salud (INS) las competencias de las entidades Territoriales del orden distrital respecto a la vigilancia del evento mortalidad materna son las siguientes: Concurrir con la unidad local de salud, si se requiere, en la configuración e investigación clínica epidemiológica del caso, entrevista familiar y autopsia verbal; Convocar y realizar la unidad de análisis de cada caso de muerte materna con todos los actores requeridos; Definir la clasificación final de los casos de muertes maternas, su potencial de evitabilidad y establecer los principales determinantes que contribuyeron de forma directa e indirecta en la ocurrencia de la muerte materna; Establecer los problemas detectados para el plan de acción frente a ¿qué se identificó?, ¿quién debe realizar la acción de mejora? y en ¿qué tiempo se deberá implementar la acción de mejoramiento?; Solicitar la enmienda estadística para los casos que lo requieran; Concurrir con la unidad local de salud en las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001; Realizar seguimiento y apoyo a las Unidades Locales en el proceso de búsqueda activa

institucional de las muertes maternas a partir de la revisión de todas las muertes de mujeres en edad fértil (10 – 54 años); Realizar el análisis de la tendencia y el análisis agregado de los casos para identificar los principales determinantes que inciden en la mortalidad materna en el departamento o distrito y realizar asistencia técnica a la unidad local de salud.

En la revisión de los soportes se identifica que en cumplimiento de su competencia la Secretaria Distrital de Salud convoca y realiza la unidad de análisis de cada caso de muerte materna con todos los actores requeridos (Asegurador, IPS con contacto institucional, entre otros) y establece quién debe formular e implementar la acción de mejora y en qué tiempo se deberán ejecutar las acciones.

De acuerdo con el *protocolo de vigilancia en salud pública mortalidad materna*, establecido por el Instituto Nacional de Salud (INS), en el acápite *Metodología del comité de análisis de la mortalidad materna* las “unidades de análisis” de cada caso “Serán convocadas por el responsable de la vigilancia en salud pública en la entidad territorial departamental o distrital. El tiempo establecido máximo para desarrollar una unidad de análisis son 45 días posterior a la ocurrencia y notificación del caso confirmado de muerte materna. Deben realizarse a más tardar cuarenta y cinco (45) días luego de ocurrido el evento” *Cursiva fuera de texto.*

Para realizar la unidad de análisis de la mortalidad materna la Secretaria Distrital de Salud convoca a las entidades que participación en la ruta de atención de la gestante, el encargado de su aseguramiento (EPS), el grupo la red materno-perinatal y el grupo de vigilancia en salud pública de la Secretaria Distrital de Salud. Una vez termina el proceso de análisis por demoras se define si la mortalidad era muerte evitable, la clasificación de la muerte (temprana o tardía), la causa básica y la causa directa.

Finalmente, se concreta el plan de mejoramiento con las entidades que durante el análisis se identificó que tuvieron fallas de calidad en el proceso de atención de la gestante fallecida y se hace seguimiento en campo a través del grupo técnico de la red materno-perinatal de las acciones concertadas con los diferentes actores, estas actas fueron revisadas durante la visita tanto de IPS como de las Aseguradoras con el porcentaje de cumplimiento de cada plan y las acciones correctivas en caso de encontrar fallas adicionales a las inicialmente planteadas.

Respecto a los casos de mortalidades, es preciso aclarar que el Instituto Nacional de Salud (INS) ha establecido unos protocolos con tiempos para realizar estos análisis, como se muestra a continuación:

Tabla N° 55 Análisis mortalidad materna 2015

<b>Evento</b>	<b>Protocolos de vigilancia en salud pública</b>	<b>Lineamientos para la prevención, vigilancia y control en salud pública INS</b>	<b>Se debe analizar</b>
Mortalidad materna	45 días posteriores a la notificación	45 días posteriores a la notificación del caso. (2014 y 2015)	100% de los casos
Mortalidad por cáncer en menores de 18 años	30 días posteriores al evento	Mensual (2014) y por periodo epidemiológico (2015).	100% de los casos
Mortalidad Perinatal	Mensualmente sobre un porcentaje de las mismas.	Se desarrollará de acuerdo al protocolo de vigilancia.	% según el número de muertes
Mortalidad por y	Al mes de la notificación	No especificado (2014).	100% de los casos

Evento	Protocolos de vigilancia en salud pública	Lineamientos para la prevención, vigilancia y control en salud pública INS	Se debe analizar
asociada a desnutrición en < 5 años		Máximo dentro de los 45 días posteriores a la notificación (2015).	
Defectos congénitos	Periódicamente.	No especificado.	No especificado
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	Máximo 45 días después de la notificación del caso al SIVIGILA.	Dentro de las cuatro semanas siguientes a la ocurrencia del evento (2014) y dentro de los siguientes 45 días a la ocurrencia del evento (2015).	100% de los casos.
Mortalidad por enfermedad diarreica aguda en < 5 años (EDA)	Mensual	Máximo 45 días después de la notificación de la muerte (2014).	100% de los casos
	Semestral y Anual	Mensual	
		Siguiendo el protocolo de vigilancia (2015).	
Muertes por Eventos de Interés en Salud Pública (EISP)	No especificado	Máximo 45 días después de la notificación de la muerte	100% de los casos

Fuente: SIVIGILA – SDS

Con base en la información relacionada en las tablas con los casos de mortalidad materna 2015 y 2016, se evidencia que algunos de estos casos se analizan por fuera de la oportunidad definida por el Instituto Nacional de Salud, lo cual está relacionado de acuerdo a lo expresado por la referente del grupo de vigilancia con los casos que deben esperar el resultado de medicina legal para determinar la causa directa de muerte.

## HALLAZGO No. 21

A pesar de que el 100% de los casos de mortalidad materna son analizados se evidencia inoportunidad en la realización de las unidades de análisis de los casos relacionados a continuación de acuerdo a lo definido en los protocolos del Instituto Nacional de Salud. Por lo anterior presuntamente incumplió lo establecido en los *artículos 23 Análisis de la información* y *27 Estandarización de normas y procedimientos* del Decreto 3518 de 2006 y lo establecido en los protocolos de vigilancia en salud pública del INS y lineamientos de vigilancia epidemiológica del INS.

Tipo	Documento	Fecha notificación	Fecha análisis
CC	52159098	25/02/2015	22/05/2015
CC	52929099	11/02/2015	15/05/2015
CC	1020752357	20/01/2015	13/05/2015
CC	1031135814	28/01/2015	13/05/2015
CC	1100812610	24/02/2015	22/05/2015
CC	39416677	22/03/2015	14/07/2015
CC	1031139908	10/06/2015	04/08/2015
CC	55305620	18/05/2015	18/08/2015
CC	1032404759	20/05/2015	18/08/2015
<b>CC</b>	<b>52739436</b>	<b>19/12/2015</b>	<b>04/12/2015</b>
CC	1019018411	26/08/2015	06/11/2015
<b>CC</b>	<b>52238063</b>	<b>10/12/2015</b>	

Fuente: SIVIGILA, Certificado de defunción.- Bases de datos SDS, unidades de análisis y RUAF -ND-Sistema de Estadísticas Vitales – SDS

**RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA:** *“No se comparte lo manifestado por el Ente de Control, por tanto a continuación se realizan las precisiones frente a los hechos que conducen a la presunta vulneración de las disposiciones citadas en dicho hallazgo, con el propósito de desvirtuarlas.*

*Es importante tener en cuenta que desde la Secretaria Distrital de Salud, se desarrollan las acciones de vigilancia del evento de mortalidad materna, en concordancia con lo dispuesto en el Protocolo Nacional 2015, el cual establece que: (...) “el comité de análisis es una instancia de análisis de información para establecer los factores determinantes en torno a cada mortalidad materna que sirve de insumo para formular correctivos, pero que no se constituye como una instancia punitiva” (...), y, lo señalado en el Decreto 3518 de 2006, el cual dispone que (...) “las Direcciones Distritales de Salud desarrollan acciones de vigilancia y control epidemiológico y análisis de la situación de salud del área de influencia, con base en la información y generada por la vigilancia y otras informaciones que permiten definir áreas prioritarias de intervención en salud Pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia de su jurisdicción”.*

*“No obstante se da cumplimiento a la realización del 100% de las unidades de análisis de los eventos identificados, siguiendo las indicaciones propuestas por el INS, que contempla tanto- el Análisis por Demoras – así como - la Metodología de determinantes bajo las categorías de mujer, familia, comunidad y sistema de salud, señaladas para el nivel nacional (...).”*

#### **ANALISIS EQUIPO AUDITOR**

En el informe preliminar se hace referencia a que el 100% de los casos de mortalidad materna son analizados por parte de la Entidad Territorial en Salud; sin embargo, a pesar de lo informado en su escrito no se desvirtúa el hallazgo de inoportunidad en la realización de las unidades de análisis de los casos relacionados en el informe de acuerdo a lo definido en los protocolos del Instituto Nacional de Salud. *“Metodología del comité de análisis de la mortalidad materna - Será convocado por el responsable de la vigilancia en salud pública en la entidad territorial departamental o distrital. El tiempo establecido máximo para desarrollar una unidad de análisis son 45 días posterior a la ocurrencia y notificación del caso confirmado de muerte materna”.*

A pesar de que en su escrito manifiesta todo el proceso previo, que debe llevarse a cabo para la recolección de los insumos y la citación de los diferentes actores para la realización de las unidades de análisis de la mortalidad materna, es importante reiterar lo señalado en el *Decreto 3518 de 2006, el cual establece como único referente para el análisis de información, los lineamientos establecidos en los modelos y protocolos de vigilancia en salud pública; documentos definidos por el Instituto Nacional de Salud; entidad encargada de actuar como referente nacional en salud pública y coordinador técnico de la red de vigilancia epidemiológica entre otros aspectos.*

#### **CONCLUSIÓN**

Por lo anterior se confirma el hallazgo, la Secretaria Distrital de Salud deberá adoptar las medidas para garantizar la oportunidad en la realización de los comités de análisis de mortalidad materna.

## Muertes perinatales 2015:

Tabla N° 56 Análisis mortalidad perinatal 2015

N°	Fecha COVE	Fecha defunción	Documento	Edad materna	Aseguradora
1	19-ene-15	26-jul-14	1110532484	21 años	FFD
2	19-ene-15	SIN DATO	103114550	21 años	Comfacundi
3	23-feb-15	SIN DATO	1033768981	20 años	Capital salud
4	23-feb-15	SIN DATO	1026265837	25 años	Famisanar
5	02-mar-15	05-oct-14	1026287119	21 años	Saludcoop
6	02-mar-15	14-nov-14	52154768	40 años	Capital salud
7	27 de abril 2015	6 de febrero	41956541	31 años	Sanitas
8	27 de abril 2015	17 de febrero	1032420103	27 años	Compensar
9	11-may-15	30 dic 14	1033740099	23 años	Capital salud
10	13/05/2015	13/05/2015	1020752357	24 años	Policía
11	25-may-15	16-mar-15	20485155	39 años	Cafam subsidiado
12	25-may-15	Marzo 27 2015	1024572106	20 años	FFD desplazados
13	03/08/2015	SIN DATO	1024565354	19 años	FFD
14	11-sep-05	SIN DATO	98100965674	16 años	Capital salud
15	11/09/2015	SIN DATO	1028790933	16 años	Capital salud
16	21-sep-15	SIN DATO	1070955241	25 años	Cruz blanca
17	21-sep-15	SIN DATO	1000725175	15 años	Capital salud
18	19/10/2015	12/05/2015	1000934952	15 años	Sanitas
21	10/12/2015	31/10/2015	10739886592	24 años	Capital salud
22	10/12/2015	SIN DATO	52501917	37 años	FFD
23	15/12/2015	26/08/2015	1003930526	18 años	EPS Sanitas
24	2 de marzo 2015	5 de oct 2014	1026287119	21	Saludcoop
25	6 de abril	05/12/2014	10190665870	23 años	Saludcoop
26	6 de abril	SIN DATO	96022901441	18 años	Cruz blanca
27	5 de junio 2015	No fallece	53104025	29,00	Saludcoop
28	5 de junio 2015	No fallece	1015998670		
29	1 de junio de 2015	22 de febrero	1013596275	26 años	Capital salud
30	21 de abril	No fallece	1032407698	26 años	Famisanar
31	21/04/2015	No fallece		26 años	Capital salud
32	6 de julio 2015	6 de febrero 2015	1057591853	21 años	Saludcoop
33	29 de enero 2015	18 de nov	50986621	32.	FFDS
34	22 de junio de 2015	7 de febrero 2015	529186461	29,00	Compensar
35	6 de julio 2015	17/04/2015	1072168305	26 años	Salud total
36	13 de julio	11 de mayo 2015	1020824200	23 años	Convida
37	13 de julio	6 de mayo 2015	10752547241	23 años	Capital salud
38	27 de julio 2015	06 01 2015	1023906776	23 años	Salud total
39	27 de julio 2015	20 1 2015	49607909	40 años	Salud total
40	31 de agosto de 2015	16 de mayo 2015	272776282	38,00	Salud total
41	28 de sep 2015	5 de junio 2015	10574893781	19,00	Comparta EPSS
42	26 de oct	7 de julio	1016054819	22,00	Famisanar Cafam
43	9 de nov	SIN DATO	1019122466	19,00	Nueva EPS
44	24 de agosto 2015	26 de mayo	98051805712	17 años	Caprecom
45	24 de agosto 2015	SIN DATO	23474636	42 años	Capital salud

Fuente: SIVIGILA, Certificado de defunción.-Bases de datos SDS, unidades de análisis y RUAF -ND-Sistema de Estadísticas Vitales – SDS

De lo anterior se evidencia que del total de casos 1.447 se analizaron 45 lo que corresponde al 3% del global, lo cual se ajusta a la recomendación de Instituto Nacional de Salud.

### HALLAZGO No. 22

De acuerdo a lo definido en los protocolos del Instituto Nacional de Salud los análisis se realizan de mensual sobre un porcentaje establecido por la Entidad Territorial del total de casos, sin embargo, los análisis evidencian inoportunidad en la realización de las unidades de análisis con especial énfasis para los casos de mortalidad por IRA y EDA. Al indagar con el referente de mortalidad infantil se pudo evidenciar que no tenía contrato

vigente a la fecha. Por lo anterior presuntamente incumplió lo establecido en los *artículos 23 Análisis de la información y 27 Estandarización de normas y procedimientos* del Decreto 3518 de 2006 y lo establecido en los protocolos de vigilancia en salud pública del INS y lineamientos de vigilancia epidemiológica del INS.

Tabla N° 57 SIVIGILA 2016

N°	Fecha COVE	Fecha defunción	Documento
1	19-ene-15	26-jul-14	1110532484
2	19-ene-15	SIN DATO	103114550
3	23-feb-15	SIN DATO	1033768981
4	23-feb-15	SIN DATO	1026265837
5	02-mar-15	05-oct-14	1026287119
6	02-mar-15	14-nov-14	52154768
9	11-may-15	30-dic-14	1033740099
13	03/08/2015	SIN DATO	1024565354
14	11-sep-05	SIN DATO	98100965674
15	11/09/2015	SIN DATO	1028790933
16	21-sep-15	SIN DATO	1070955241
17	21-sep-15	SIN DATO	1000725175
19	19/10/2015	20/06/2015	52917112
22	10/12/2015	SIN DATO	52501917
23	15/12/2015	26/08/2015	1003930526
24	2 de marzo 2015	5 de oct 2014	1026287119
25	6 de abril	05/12/2014	10190665870
26	6 de abril	SIN DATO	96022901441
29	1 de junio de 2015	22 de febrero	1013596275
32	6 de julio 2015	6 de febrero 2015	1057591853
33	29 de enero 2015	18 de nov	50986621
34	22 de junio de 2015	7 de febrero 2015	529186461
35	6 de julio 2015	17/04/2015	1072168305
36	13 de julio	11 de mayo 2015	1020824200
37	13 de julio	6 de mayo 2015	10752547241
38	27 de julio 2015	06 01 2015	1023906776
39	27 de julio 2015	20 1 2015	49607909
40	31 de agosto de 2015	16 de mayo 2015	272776282
41	28 de sep 2015	5 de junio 2015	10574893781
42	26 de oct	7 de julio	1016054819
43	9 de nov	SIN DATO	1019122466
44	24 de agosto 2015	26 de mayo	98051805712
45	24 de agosto 2015	SIN DATO	23474636

Fuente: SIVIGILA - Bases de datos SDS, unidades de análisis y RUAF -ND-Sistema de Estadísticas Vitales – SDS

Producto de las unidades de análisis realizadas se pudieron revisar algunos de los planes de mejoramiento formulados por las diferentes entidades que participan en los comités con sus respectivos seguimientos por parte del grupo materno-perinatal.

## RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“No se comparte lo manifestado por el Ente de Control, por tanto a continuación se realizan las precisiones frentes a los hechos que conducen a la presunta vulneración de las disposiciones citadas en dicho hallazgo, con el propósito de desvirtuarlas.*

1. Los datos contenidos en la tabla 57 del informe preliminar con base en los cuales se determinó el hallazgo acerca de la oportunidad para la realización de las unidades de análisis, no corresponden a casos notificados al sistema SIVIGILA como fallecidos por IRA o por EDA. Ver Tabla 1 a continuación:
2. Dentro de la información suministrada al auditor el día 29 de abril de 2016, mediante CD entregado a la mano en carpeta No 7 Estadísticas Vitales 8Ver

Gráfica 1 y 2) no se incluyó la base del aplicativo Web RUAF\_ND. En ese sentido no se encuentra claridad en la metodología implementada por el Ente de Control para la consolidación de la Tabla 57 incluida en el informe preliminar (...)"

## ANALISIS EQUIPO AUDITOR

Sobre el particular es pertinente señalar que la Superintendencia Nacional de Salud verifica sobre las evidencias aportadas por la Entidad Territorial, en ningún caso el equipo auditor utiliza metodologías que no sean ajustadas a la normatividad vigente y cuyo único propósito es mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ahora bien la información objeto de análisis fue la entregada por el grupo materno perinatal 2015 – 2016 de la Secretaria Distrital de Salud en CD; a donde el auditor fue direccionado para responder los requerimientos de la visita Ver imagen.

	FECHA DE COVE	FECHA	HIJO DE	FECHA	HORA	APGAR	DOCUMENTO	EDAD MATERNA
	DEFUNCION	NACIMIENTO		NACIMIENTO	1 5 10			
<b>1</b>	19-ene-15	26-jul-14	NANCY PAOLA RODRIGUEZ SANCHEZ	0	0	0	1110532484	21 AÑOS
<b>2</b>	19-ene-15		MARIA CAMILA MAYORGA		0	0	103114550	21 AÑOS
<b>3</b>	23-feb-15	OBITO FETAL	SIOMY ALEXANDRA RODRIGUEZ HERNANDE	24-dic-14	09:50 a. m.	0/0/0	1033768981	20 Años

Fuente: Base de datos matriz mortalidad perinatal 2015 – Grupo materno perinatal SDS

Se reitera el hallazgo, como se evidencia en la imagen, en el primer ejemplo de los casos priorizados, la fecha de defunción reportada del menor fue el 26/07/2014 y la fecha del COVE fue el 19/01/2015; para el segundo caso no aparece la fecha de defunción y la fecha del COVE fue el 19/01/2015, y el tercer caso evidencia inconsistencia en la captura del dato registrado en la base de datos entregada "MATRIZ MORTALIDAD PERINATAL 2015 SUPER SALUD".

## CONCLUSIÓN

Se reitera el hallazgo; por lo anterior la Secretaria Distrital de Salud deberá formular acciones que permitan subsanar el hallazgo encontrado, no solo de cara a mejorar la oportunidad sino también el registro de los datos en sus instrumentos; toda vez que los análisis de los eventos, no solo identifican los factores determinantes en torno a la mortalidad, sino que también sirven de insumo para formular correctivos para evitar futuros casos.

### Mortalidad perinatal 2016

Tabla N° 58 Mortalidad perinatal 2016

N°	FECHA DE COVE	FECHA DEFUNCION	DOCUMENTO	EDAD MATERNA	ASEGURADORA
1	18/01/2016	26/09/2015	52425243	37 AÑOS	EPS Sanitas
2	29 de feb 2016	31-dic-15	109921203703	21	CAFAM
3	14 de marzo	12 de enero 2016	1000937594	21 AÑOS	Caprecom

N°	FECHA DE COVE	FECHA DEFUNCION	DOCUMENTO	EDAD MATERNA	ASEGURADORA
					Comfacundi
4	14 DE MARZO	15 de febrero	36294421	32 AÑOS	Cafesalud

Fuente: SIVIGILA.-Bases de datos SDS, unidades de análisis y RUAF -ND-Sistema de Estadísticas Vitales – SDS

### HALLAZGO No. 23

De acuerdo a lo definido en los protocolos del Instituto Nacional de Salud los análisis se realizan de mensual sobre un porcentaje establecido por la Entidad Territorial del total de casos, sin embargo, los soportes evidencian inoportunidad en la realización de las unidades de análisis en los casos identificados con CC N° 52425243 y 1000937594. Por lo anterior presuntamente incumplió lo establecido en los artículos 23 *Análisis de la información* y 27 *Estandarización de normas y procedimientos* del Decreto 3518 de 2006 y lo establecido en los protocolos de vigilancia en salud pública del INS y lineamientos de vigilancia epidemiológica del INS.

### RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“No se comparte lo manifestado por el Ente de Control, por tanto a continuación se realizan las precisiones frente a los hechos que conducen a la presunta vulneración de las disposiciones citadas en dicho hallazgo, con el propósito de desvirtuarlas.*

*Es importante tener en cuenta que desde la Secretaria Distrital de Salud, se desarrollan las acciones de vigilancia del evento de mortalidad perinatal y neonatal tardía, en concordancia con lo dispuesto en el protocolo nacional 2015 versión 2, publicado por el Instituto Nacional de Salud el 19 de febrero de 2015 y vigente hasta el 30 de marzo de 2016, el cual establece que: (...) “Debido al gran número de muertes perinatales que se presentan en algunos municipios, distritos y departamentos del país, las unidades de análisis individual se realizarán mensualmente sobre un porcentaje de las mismas en el comité de mortalidad materno – perinatal. Una vez estimado el número de muertes a analizar, se dividirá el total en los 12 meses del año con el objeto de evitar que las muertes sean analizadas solo en una época del año” (...)*

*“Con base en lo anterior y considerando el número de muertes perinatales y neonatales tardías que ocurren en la ciudad cada año (aproximadamente 1.500 muertes), desde la Secretaria Distrital de Salud se realizan los análisis de manera mensual, por medio de una selección al azar del total de casos notificados al periodo epidemiológico en el que se programa el Comité. De manera posterior a dicha selección, se priorizan aquellos que cumplan con criterios de evitabilidad, a fin de contar con una muestra representativa, en concordancia con lo establecido en el protocolo nacional de vigilancia en salud pública de mortalidad perinatal y neonatal tardía (...)*”

### ANALISIS EQUIPO AUDITOR

La Superintendencia Nacional de Salud está de acuerdo con el argumento presentado por la Entidad Territorial; sin embargo se observa en el primer ejemplo de la MATRIZ MORTALIDAD PERINATAL 2016 SUPER SALUD que el caso de analizó en el mes de enero de 2016, cuando el evento se presentó en el mes de septiembre de 2015. Se reitera la necesidad de que la Secretaria Distrital de Salud formulé acciones que permitan subsanar el hallazgo encontrado, no solo de cara a mejorar la oportunidad sino también



el registro de los datos en sus instrumentos; toda vez que los análisis de los eventos, no solo identifican los factores determinantes en torno a la mortalidad, sino que también sirven de insumo para formular correctivos para evitar futuros casos.

	FECHA DE COVE	FECHA	HIJO DE
		DEFUNCION	
1	18/01/2016	26/09/2015	H/ BALLESTEROS MEDINA ADRIANA MILENA
2	29 de feb 2016	31-dic-15	consuelo bohorquez corredor
3	14 de marzo	12 de enero 2016	DANIELA VALENCIA GALLEGO
4	14 DE MARZO	15 de febrero	Ana Motta

## CONCLUSIÓN

Se levanta el hallazgo de acuerdo a las evidencias aportadas.

### Mortalidad infantil por desnutrición

En 2015, fueron notificados al SIVIGILA, 9 casos sospechosos de mortalidad asociada a desnutrición; los casos fueron objeto de análisis individuales de acuerdo al Protocolo de Vigilancia de la Mortalidad Asociada a Desnutrición del Instituto Nacional de Salud (INS), con la participación de los representantes de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública de SDS (Pediatra y Nutricionista referente del SISVAN), los representantes del equipos de Vigilancia en Salud Pública de la Empresas Sociales del Estado (ESE) que realizan la notificación del caso y de la ESE del lugar de residencia del caso y los representantes de la aseguradora y de todas las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de la cadena de atención institucional del caso.

Las Unidades de Análisis Individual se realizaron bajo la metodología de las cuatro demoras descritas en el protocolo del INS; una vez analizados los casos se formularon los planes de mejora iniciando con las acciones de responsabilidad de la aseguradora, la cadena de atención en salud y las acciones de salud pública. Los documentos que soportan los análisis y los planes fueron verificados durante la visita de auditoría.

Para el primer trimestre de 2016 se han sido notificados 3 casos sospechosos de Mortalidad por o Asociada a Desnutrición al SIVIGILA.

Es importante resaltar que se analizaron tanto para el 2015 como para el 2016 el 100% de los casos dentro de los 45 días una vez notificados al SIVIGILA, lo cual puede ser considerado una fortaleza para la Entidad, teniendo en cuenta que la toma de decisiones se realiza de manera oportuna frente a los hallazgos detectados en el proceso de atención de los menores.

**Comité De Vigilancia Epidemiológica (COVE):** De acuerdo con lo establecido en el artículo 37 del Decreto 3518 de 2006 del Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de salud y protección Social), los departamentos, distritos y municipios crearán comités de Vigilancia en Salud Pública en sus respectivas jurisdicciones, los cuales estarán integrados por representantes regionales de los distintos sectores involucrados en el desarrollo de la red de vigilancia. El Comité de Vigilancia en Salud Pública, definirá su

propio reglamento, se reunirá ordinariamente una (1) vez al mes y será presidido por el Director Territorial de Salud. La Secretaría Técnica estará a cargo del responsable del área de salud pública de la Dirección Territorial de Salud.

En ese sentido, de acuerdo con los soportes presentados por la Secretaria Distrital de Salud se tiene establecido el Comité De Vigilancia Epidemiológica (COVE), con sesiones cada mes. Con el objeto de verificar la funcionalidad de los COVE Distritales se solicitaron los respectivos soportes de reunión, ante lo cual la referente de vigilancia en salud pública, no presentó soportes de los COVE correspondiente al mes de enero de 2015 y enero y febrero de 2016.

#### **HALLAZGO No. 24**

La Entidad Territorial de Bogotá no presentó soportes de los COVE correspondiente al mes de enero de 2015. Para el año 2016 no presentó soportes de los COVE de los meses de enero y febrero. Por lo anterior presuntamente incumplió con lo establecido en el Decreto 3518 de 2006, Artículo 37.

**Comité De Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM):** El comité de vigilancia epidemiológica comunitaria para el caso de las veinte (20) localidades se realiza cada dos meses y se planea de acuerdo a la dinámica de cada localidad, priorizando los territorios de gestión social más vulnerables. Para el Distrito se realiza de manera semestral de acuerdo a lo consignado en la página web de la Entidad <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/VSPCD.aspx>. De acuerdo a esto se procedió a revisar los soportes documentales aportados por la Entidad Territorial evidenciando que se remitieron soportes de algunos COVECOM realizados por las ESEs a nivel local, pero no se entregaron los soportes del Distrital.

#### **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*“No se comparte lo manifestado por el Ente de Control, por tanto a continuación se realizan las precisiones frentes a los hechos que conducen a la presunta vulneración de las disposiciones citadas en dicho hallazgo, con el propósito de desvirtuarlas.*

- 1. Históricamente la Secretaria Distrital de Salud ha venido programando once COVES al año, que incluyen los meses de febrero a diciembre. Ya que la realización de dicho comité en el mes de enero carecía de quórum debido a la cercanía con la realización de celebraciones de fin de año que generan periodos de vacaciones y cese de actividades de muchos de los representante distritales en los distintos sectores involucrados en el desarrollo de la red de vigilancia. Por tanto no se realizó programación, ni convocatoria para los COVE de los meses de enero de los años 2015 y 2016.*
- 2. El Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) Distrital inicialmente agendado para la semana habitual del mes de Febrero de 2016 debió ser reprogramado considerando el proceso de trámite contractual de los contratos PIC para la vigencia Abril 2015 a Enero de 2016.*
- 3. En concordancia con lo anterior, para el mes de Febrero se desarrolló el comité de Infecciones Intrahospitalarias Distrital, que para efectos de la aplicación del Decreto 3518 de 2016, se considera como uno de los comités de Vigilancia en Salud Pública (Artículo 37 – párrafo 1), correspondiendo por tanto a la realización del COVE anteriormente reprogramado. En ese sentido se evidencia*



que en ningún momento se generó el presunto incumplimiento manifestado por la Supersalud (...)"

## ANALISIS DEL EQUIPO AUDITOR

De acuerdo a lo definido por la Entidad Territorial en su página web, el Comité de Vigilancia Epidemiológica se define como "el espacio de referencia Distrital para la socialización del accionar continuo de la Vigilancia en Salud Pública. Aquí mensualmente, diferentes actores del sistema se reúnen para actualizarse en temas de interés y procesos nuevos que adelanta la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública en torno al fortalecimiento de los procesos" (<http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/SistemasDeInformacion.aspx?RootFolder=%2FDSP%2FSistemas%20Informacin%20VSP%2FLineamientos&FolderCTID=0x012000EB7DD5FC14E7414885BB39602FC6113A&View=%7BD5A81742-1DDF-496C-AD09-60C6E3AA5B9E%7D>)

Si bien el Decreto 3518 de 2006 establece en su "Artículo 37. Comités de Vigilancia en Salud Pública Para efectos de la aplicación del presente decreto, actuarán como Comités de Vigilancia en Salud Pública, los siguientes: a) Los Comités de Vigilancia Epidemiológica, Cove; b) Los Comités de Infecciones Intrahospitalarias; c) Los Comités de Estadísticas Vitales; d) Los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, Covecom; e) Otros Comités afines que se hayan conformado para efectos de análisis e interpretación de la información de vigilancia en salud pública".

No define dentro de su contenido que estos comités reemplazan al Comité de Vigilancia en Salud Pública; tal es así, que cada uno de estos espacios tiene establecido su propio reglamento, donde se indican sus funciones, integrantes, periodicidad de las reuniones entre otros aspectos. De igual forma al revisar la evidencia aportada en la carpeta ANEXO\_Hallazgo No 24 COVE DISTRITAL; es importante resaltar que no puede la Entidad Territorial delegar en sus prestadores la responsabilidad de realizar el COVE Distrital, ya que en estos espacios se tratan temas relacionados con cada localidad, sin que se aborde de manera integral el análisis de la situación de salud del Distrito Capital. Ver imagen tomada de la página <http://www.eserafaeluribe.gov.co/web2013/cove2016.php>

	Informe de Cove Local Marzo 2016 - localidad Antonio Nariño	Marzo 30 de 2016
	Informe de Cove Local Marzo 2016 - Rafael Uribe	Marzo 30 de 2016
	Acta Cove Local Marzo 2016 - Rafael Uribe	Marzo 31 de 2016

## CONCLUSIÓN

La Entidad Territorial de Salud deberá adoptar las medidas para garantizar la oportunidad en la realización de los Comités de Vigilancia en Salud Pública y cumplir con lo dispuesto en el Decreto 3518 de 2006, Artículo 37, El Comité de Vigilancia en Salud Pública definirá su propio reglamento, se reunirá ordinariamente una (1) vez al mes y será presidido por el Director Territorial de Salud. Es pertinente señalar la importancia de efectuar en forma oportuna estos espacios, ya que dentro de sus funciones se encuentra

la de realizar el análisis e interpretación de la información generada por la vigilancia en salud pública y emitir las recomendaciones para la orientación en la toma de decisiones, diseño y desarrollo de las acciones de control de los problemas de salud de su área de jurisdicción.

## HALLAZGO No. 25

La Entidad Territorial de Bogotá no presentó soportes de los Comité De Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) correspondiente al primer y segundo semestre de 2015 de acuerdo a la periodicidad definida para el comité <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/VSPCD.aspx>. Por lo anterior presuntamente incumplió con lo establecido en el Decreto 3518 de 2006, Artículo 37 Parágrafo 1° literal d).








## RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“No se comparte lo manifestado por el Ente de Control, por tanto a continuación se realizan las precisiones frente a los hechos que conducen a la presunta vulneración de las disposiciones citadas en dicho hallazgo, con el propósito de desvirtuarlas.*

1. *Dentro de la información suministrada al auditor el día 29 de abril de 2016 mediante CD entregado a la mano en la carpeta N° 6 COVECOM (Ver Gráfica 1 y 2) se incluyeron los soportes correspondientes al año 2015 con base en el requerimiento recibido en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 3518 de 2006, Artículo 37 Parágrafo 1° literal d). (Ver Anexo 1 – Correo entrega información – Carpeta ANEXO\_Hallazgo N° 25 – COVECOM)*
2. *De forma, complementaria a la información inicialmente suministrada en el marco de la Auditoría, la Secretaria de Salud adjunta a la presente respuesta los soportes adicionales que dan cuenta de la realización de los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) correspondientes al primer y segundo semestre de 2015, de acuerdo a la periodicidad definida para el Comité (...)*”

## ANALISIS DEL EQUIPO AUDITOR

De acuerdo a lo definido por la Entidad Territorial en su página web el comité de vigilancia comunitaria COVECOM tiene definido dos espacios, un espacio a nivel local que se realiza cada dos meses y espacio a nivel distrital que se efectúa de manera semestral. En los soportes remitidos se evidencia que los COVECOM a nivel de localidad tampoco se realizan cada dos meses, como se indica en su página web. Ver imagen Hospital San Cristóbal.

 soportes_covecom_agosto_2015_prevenccion_abuso_sexual	27/04/2016 02:56 a...	zip Archive	4.460 KB
 soportes_covecom_junio_2015	27/04/2016 01:17 a...	zip Archive	4.545 KB
 FICHA_TECN_COVECOM_ABRIL_2015_SAN_CRIST	27/04/2016 01:13 a...	Microsoft Word 9...	732 KB
 SAN CRSITOBAL soportes_covecom_junio_2015	05/01/2016 02:48 ...	zip Archive	4.545 KB
 SAN CRISTOBAL fwdalcanceaenviofichatcnicacovecomesesancristba	12/12/2015 02:22 ...	zip Archive	2.810 KB
 publicacion COVECOM	08/09/2015 10:33 a...	Microsoft Word D...	454 KB
 SOPORTES_COVECOM_ABRIL	08/09/2015 10:33 a...	Microsoft Word 9...	2.366 KB

La entidad territorial de Bogotá D.C. establece la periodicidad del comité en los siguientes términos *“El comité del COVECOM se ha posicionado integralmente con representación de cada uno de los territorios de GSI y 6 miembros de la comunidad por localidad. Se*

*realiza cada dos meses y se planea de acuerdo a la dinámica de cada localidad, priorizando los territorios de Gestión Social Integral más vulnerables igualmente se realiza el COVECOM Distrital 1 por semestre. Ver imagen tomada de <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/VSPCD.aspx>*

ESPACIO DE ANALISIS: COVECOM (Comité de Vigilancia Comunitaria)

Analiza la situación de salud y calidad de vida de los territorios sociales, y permite mantener un conocimiento permanente y actualizado de las situaciones que afectan a la población, para proponer y gestionar las respuestas integrales a dichas problemáticas.

El comité del Covecom se ha posicionado integralmente con representación de cada uno de los territorios de GSI y 6 miembros de la comunidad por localidad

Se realiza cada dos meses y se planea de acuerdo a la dinámica de cada localidad, priorizando los territorios de Gestión Social Integral más vulnerables igualmente se realiza el Covecom Distrital 1 por semestre

Contacto:

Julietta Duarte Garcia

Teléfono: 3649090 Ext. 9885

Email 1: [vspcdistrital@gmail.com](mailto:vspcdistrital@gmail.com)

Email 2: [juduga12@hotmail.com](mailto:juduga12@hotmail.com)

## CONCLUSIÓN

La Entidad Territorial de Salud deberá adoptar las medidas para garantizar la oportunidad en la realización de los Comités de Vigilancia Comunitaria – COVECOM, de acuerdo a lo definido por la misma Secretaria Distrital de Salud, máxime cuando estas instancias están creadas para posesionarse como la principal estrategia para la vigilancia comunitaria.

**Conformación y operación del Comité de Estadísticas Vitales:** De acuerdo con lo informado por la referente de estadísticas vitales, el comité esta creado a través de la Resolución 3114 de 1998 del Ministerio de Salud y de acuerdo con ese acto administrativo el comité debe sesionar por lo menos una vez al mes. El espacio es liderado por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. con la participación de otras entidades del orden nacional como el Instituto de Medicina Legal, Registraduría, Ministerio de Salud y el DANE, con las cuales se articulan y gestionan actividades. De acuerdo a los soportes documentales aportados durante la visita, durante el año 2015 el comité sesionó tres (3) veces (enero, marzo, y abril) y para el 2016 con corte a marzo 31, no ha sesionado.

## HALLAZGO No. 26

La Entidad Territorial de Bogotá no presentó soportes de los Comités de Estadísticas Vitales correspondiente a los meses de febrero, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2015 y para el 2016 no aportó las actas de los meses de enero, febrero y marzo. Por lo anterior presuntamente incumplió con lo establecido en la Resolución 3114 de 199, Artículo 5° y el Decreto 3518 de 2006, Artículo 37 Parágrafo 1 literal c)

## RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“No se comparte lo manifestado por el Ente de Control, por tanto a continuación se realizan las precisiones frentes a los hechos que conducen a la presunta vulneración de las disposiciones citadas en dicho hallazgo, con el propósito de desvirtuarlas.*

- 1. La Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, dando cumplimiento a las funciones delegadas a los Comités de Estadísticas Vitales, Resolución 3114 de 1998, durante los últimos 3 años ha venido descentralizado las actividades de precrítica, identificación de inconsistencias, seguimiento a los registros de los hechos vitales,*

*elaboración de enmiendas y ajustes en el aplicativo web RUAF\_ND a las localidades, para que esta se realicen de manera más oportuna y con el fin de que las IPS asuman la responsabilidad por la cobertura, calidad y oportunidad de los datos del subsistema de estadísticas vitales que lidera la SDS en el Distrito Capital. (...)*

2.

3. *Haciendo referencia al Decreto 3518 de 20026, el párrafo 1 del artículo 37, aclara que tanto los comités de vigilancia epidemiológica, infecciones intrahospitalarias y estadísticas vitales actúan como comités de vigilancia en salud pública, por tanto se ha dado cumplimiento a la realización de uno de estos comités en los meses de febrero a diciembre de 2015 y febrero y marzo de 2016, que para el mes de junio de 2015, la realización del comité se relacionó exclusivamente a temas de estadísticas vitales. Se anexa acta y listado de asistencia (...)*

## **ANALISIS EQUIPO AUDITOR**

De manera general la Superintendencia Nacional de Salud considera importante que la Secretaria Distrital de Salud desconcentré en las localidades algunos temas transversales que puedan ser gestionados desde lo local; sin embargo como se ha visto en los últimos hallazgos la información de la respuesta no es consistente con la publicada y documentada por la Entidad Territorial, sería pertinente que se actualizarán los reglamentos de los diferentes comités para poder evidenciar lo comunicado en su respuesta.

Al igual que el hallazgo N° 24, si bien el Decreto 3518 de 2006 establece en su “*Artículo 37. Comités de Vigilancia en Salud Pública Para efectos de la aplicación del presente decreto, actuarán como Comités de Vigilancia en Salud Pública, los siguientes: a) Los Comités de Vigilancia Epidemiológica, Cove; b) Los Comités de Infecciones Intrahospitalarias; c) Los Comités de Estadísticas Vitales; d) Los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, Covecom; e) Otros Comités afines que se hayan conformado para efectos de análisis e interpretación de la información de vigilancia en salud pública*”.

No define dentro de su contenido que estos comités reemplazan al Comité de Vigilancia en Salud Pública; tal es así, que cada uno de estos espacios tiene establecido su propio reglamento, donde se indican sus funciones, integrantes, periodicidad de las reuniones entre otros aspectos.

## **CONCLUSIÓN**

Se levanta el hallazgo de acuerdo a las evidencias aportadas.

**Análisis de la Situación de Salud (ASIS):** Se tiene documento de análisis de la situación de salud (ASIS) con datos 2014 del Distrito Capital. Una vez aprobado este documento por parte del Ministerio de Salud y Protección Social será publicado en la página web de la entidad, actualmente se encuentra publicado el ASIS con información del 2013.

De acuerdo con lo informado por la líder del proceso y los soportes presentados, se remitió al Ministerio del 29 de febrero de 2016, de acuerdo con las directrices enviadas por esa Entidad.

**Implementación de Protocolos y fichas técnicas establecidas por el INS para los procesos de vigilancia epidemiológica:** Para el año 2015 se socializaron los protocolos a los profesionales referentes de las ESEs y de las IPS privadas así:

Enero - Agosto 2015: Chikungunya  
 Febrero 2015: Inmunoprevenibles  
 Abril 2015: Tosferina  
 Mayo 2015: Vectores – ERA  
 Junio 2015: TBC y Lepra – Rabia humana  
 Julio 2015: Sarampión – Rubeola  
 Agosto 2015: Chikungunya  
 Septiembre 2015: Lepra  
 Octubre 2015: Zika – Transmisibles Vectores -  
 Noviembre 2015: Tosferina – quemaduras por pólvora y ácido  
 Diciembre 2015: Polio

Para el 2016 se realizó socialización de los protocolos del INS de Zika y Chikungunya. En general se observa en las actas del SIVIGILA que se realiza seguimiento a los compromisos pendientes frente a las inquietudes de los participantes referentes a los protocolos del INS, de igual forma se observa que la información relacionada con las alertas del Instituto Nacional de Salud se replica en las reuniones con los referentes de las ESEs.

**Operación y funcionamiento del sistema y aplicativo SIVIGILA:** De acuerdo con los lineamientos de vigilancia del INS, el procedimiento es el siguiente: Las Unidades Primarias Generadoras De Datos (UPGD) deben enviar el reporte a las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) los días lunes antes de las 3:00 pm; las UNM deben enviar reporte al departamento los días martes antes de las 3:00 p.m. y el Departamento envía el miércoles antes de las 3:00 pm al Instituto Nacional de Salud (INS).

La entidad cuenta con un técnico que lidera el proceso a nivel distrital. Se identifican soportes de visitas, correos electrónicos y soportes de asistencias técnicas realizadas por funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud a los referentes de vigilancia en salud pública de las ESEs para su instalación, captura de información, reporte de novedades y notificación de eventos a través del SIVIGILA. La información reportada para la vigencia 2015 corresponde a 106.157 eventos, a continuación se relacionan los eventos con mayor frecuencia reportados a través del aplicativo SIVIGILA.

Tabla N° 59 SIVIGILA 2015

Nombre evento	CLASIFICACION INICIAL					Total
	Probables	Sospechosos	Conf. Laboratorio	Conf. Clínica	Conf. Nexo	
Varicela individual				34.925	1.053	35.978
Vigilancia integrada de rabia humana				17.564		17.564
Intoxicaciones			752	5.016	1	5.769
Bajo peso al nacer				4.981		4.981
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	4.704	1				4.705
Morbilidad materna extrema				4.414		4.414
Dengue		1.864	1.475		27	3.366
Parotiditis				2.620		2.620
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (eta)		548	35	1.812	164	2.559
Tos ferina		2.547	1	7		2.555
Vih/sida/mortalidad por sida			2.417			2.417
Agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia				2.242		2.242

Nombre evento	CLASIFICACION INICIAL					Total
	Probables	Sospechosos	Conf. Laboratorio	Conf. Clínica	Conf. Nexo	
Chikungunya	1.870		36			1.906
Mortalidad perinatal y neonatal tardía				1.759		1.759
Defectos congénitos		61	41	1.621		1.723
Tuberculosis			884	614	8	1.506
Esi - irag (vigilancia centinela)	15	1.379		16		1.410
Exposición a flúor				1.168		1.168
Sarampión	816					816
Rubeola	801					801
Sífilis gestacional			795			795
Leishmaniasis cutánea			631			631
Cáncer en menores de 18 años		85	508			593
Hepatitis b, c y coinfección hepatitis b y delta			457			457
Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada	395		2	22	1	420
Intoxicación por medicamentos			28	228		256
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	236		7			243
Lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal)				201		201
Sífilis congénita			20	4	175	199
Malaria			193			193
Síndrome de rubeola congénita	178			3		181
Chagas		5	175			180
Evento adverso seguido a la vacunación.	113			49		162
Intoxicación por sustancias psicoactivas			24	133		157
Leptospirosis	141		12		2	155
Zika	94		3	54		151
Hepatitis A			71	51		122
Mortalidad por ira				114		114
Meningitis		37	64			101
<b>Total general</b>	<b>9.363</b>	<b>6.601</b>	<b>8.886</b>	<b>79.876</b>	<b>1.431</b>	<b>106.157</b>

Fuente: SIVIGILA – SDS

## Reporte SIVIGILA 2016

La información reportada para la vigencia 2016 corresponde a 38.640 eventos con corte a la semana 16, a continuación se relacionan los eventos con mayor frecuencia reportados a través del aplicativo SIVIGILA.

Tabla N° 60 SIVIGILA 2015

Nombre evento	CLASIFICACION INICIAL					Total
	Probables	Sospechosos	Conf. Laboratorio	Conf. Clínica	Conf. Nexo	
Varicela individual				7516	322	7.838
Vigilancia integrada de rabia humana		4	1	6601		6.606
Zika	1.424		30	1.750		3.204
Vigilancia en salud pública de las violencias de género	2.753					2.757
Dengue		708	1.857		31	2.596
Intoxicaciones			203	1.686	4	1.893
Morbilidad materna extrema				1.824		1.824
Chikungunya	1.497		26	253		1.776
Bajo peso al nacer				1.614		1.614
Parotiditis				1.126		1.126
Vih/sida/mortalidad por sida			1.092			1.092
Tos ferina		690	2	8		700
Enfermedad transmitida por alimentos o agua (eta)		168	18	475	18	679
Defectos congénitos		33	22	511		566
Mortalidad perinatal y neonatal tardía				539		539
Tuberculosis			320	212	1	533
ESI - IRAG (vigilancia centinela)	350	168	2	4		524
Sífilis gestacional			307			307
Cáncer en menores de 18 años		46	207			253
Exposición a flúor				219		219
Rubeola	216			2		218

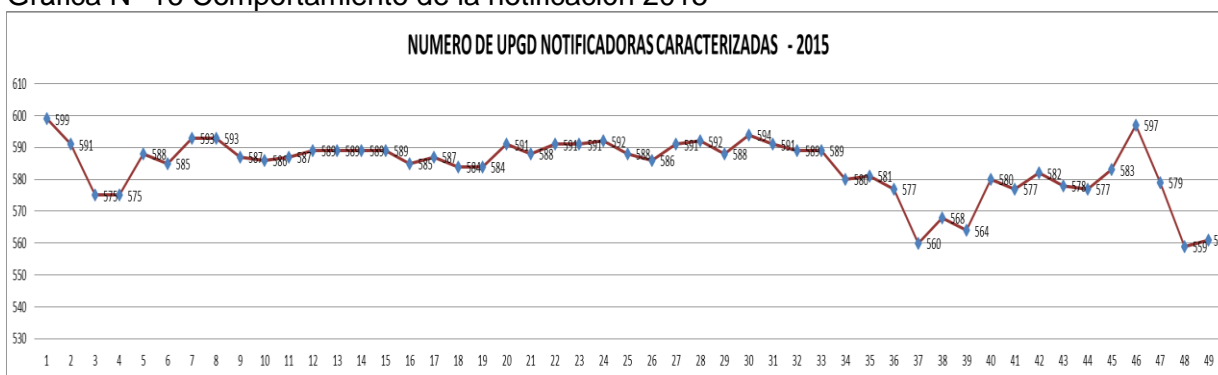


Nombre evento	CLASIFICACION INICIAL					Total
	Probables	Sospechosos	Conf. Laboratorio	Conf. Clínica	Conf. Nexo	
Sarampión	214			2		216
Leishmaniasis cutánea			214			214
Hepatitis b, c y coinfección hepatitis b y delta			147			147
Malaria		1	134			135
Infección respiratoria aguda grave IRAG inusitada	125		1	2		128
Desnutrición aguda en menores de 5 años				126		126
Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	102		1			103
<b>Total general</b>	<b>6.818</b>	<b>1.878</b>	<b>4.793</b>	<b>24.716</b>	<b>431</b>	<b>38.640</b>

Fuente: SIVIGILA – SDS

**Tableros de control y reportes de vigilancia epidemiológica semanal por UPGDs y Unidades Notificadoras del Departamento:** La Secretaria Distrital de Salud cuenta con tablero de control por UPGD y UNM a través del cual se realiza seguimiento a las UPGD notificadoras caracterizadas para la vigencia 2015 el comportamiento de la notificación se observa en la siguiente gráfica:

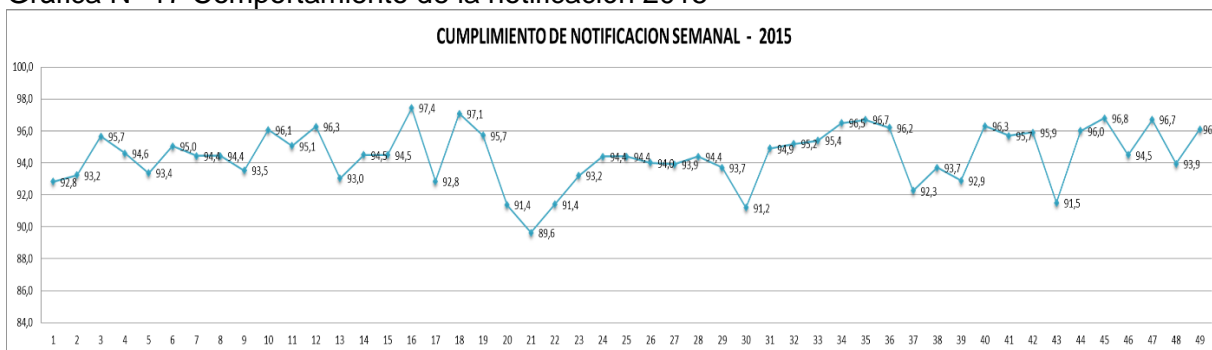
Gráfica N° 16 Comportamiento de la notificación 2015



Fuente: Reporte de cumplimiento PNS y Archivo de caracterización UPGD generado aplicativo SIVIGILA2015 V 1.3.0 - SDS

El porcentaje de cumplimiento en la notificación semanal de Unidades Notificadoras Locales (UNL) concentradas en las 14 ESEs de primer nivel ubicadas en las veinte (20) localidades es del 100%, para el caso de las UPGD el porcentaje de cumplimiento en la notificación semanal es del 95% con corte a la semana 52 de 2015. De acuerdo a los lineamientos definidos por el INS se encuentra en niveles aceptables.

Gráfica N° 17 Comportamiento de la notificación 2015



Fuente: Reporte de cumplimiento PNS y Archivo de caracterización UPGD generado aplicativo SIVIGILA2015 V 1.3.0 - SDS

**Soportes de envío de información semanal de eventos SIVIGILA al distrito o hacia el INS y al Minsalud.** El reporte de reporte de información se realiza satisfactoriamente y de acuerdo con los tableros de control y reportes en el Boletín epidemiológico semanal publicado por el INS con corte a la semana 52 del calendario epidemiológico del año 2015 y semana 16 de 2016, no se identifican silencios epidemiológicos por parte del distrito.

El Distrito Capital para el año 2015 conto con 1.359 UPGD y UI activas que ingresan la notificación al sistema de información SIVIGILA Nacional de forma semanal. De las 1.359 instituciones el 56% corresponde a Unidades Informadoras, lo que nos muestra que el 44% de la notificación de eventos de interés en salud pública de forma semanal tiene como fuente las unidades notificadoras (UPGD).

Las localidades con mayor número de UPGD y UI activas en el sistema son Chapinero con 23,7%, Usaquén con un 16,4%, Teusaquillo con un 10,3%, Barrios Unidos con un 6,6% y Engativá con un 5,6%, lo anterior demuestra que la ESE Hospital Chapinero se encarga de la consolidación del 40,7% de las UPGD en el Distrito.

### **3.1.3.6 Prioridades En Salud Pública**

La Entidad, desarrolla acciones a través de dos maneras: Por una parte, se desarrollan procesos y actividades a través del equipo de salud pública de la entidad y por otra parte ejecuta actividades a través de los contratos PIC suscritos con las 14 Empresas Sociales del Estado de I nivel del Distrito Capital.

#### **3.1.3.6.1 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica Ambiental y Sanitario - SISVEA**

A través de este Subsistema el Distrito desarrolla las acciones establecidas en el marco de la normatividad vigente con el fin de prevenir y controlar los factores de riesgo que pueden generar eventos mórbidos o mortales en la población habitante o visitante del Distrito Capital, a través de las estrategias establecidas en las líneas de intervención de Alimentos sanos y seguros, Seguridad química, Calidad de agua y saneamiento básico, Eventos transmisibles de origen zoonótico, Medicamentos seguros, Aire, ruido y radiación electromagnética, Cambio climático, Espacio público y movilidad.

La vigilancia sanitaria y ambiental, a nivel distrital se desarrolla a través de unos ejes centrales de intervención, que son:

- ❖ Establecimiento vigilado y controlado
- ❖ Actividades educativas
- ❖ Control de población canina y felina
- ❖ Prevención y Control de zoonosis
- ❖ Control de vectores
- ❖ Diseño e implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica ambiental
- ❖ Proyectos de vigilancia intensificada
- ❖ Procesos legales

Los ejes mencionados operan de acuerdo a las siguientes líneas de intervención:

- ❖ Alimentos sanos y seguros
- ❖ Seguridad química
- ❖ Calidad de agua y saneamiento básico
- ❖ Eventos transmisibles de origen zoonótico
- ❖ Medicamentos seguros
- ❖ Calidad del Aire, ruido y radiación electromagnética

- ❖ Cambio climático
- ❖ Hábitat, espacio público y movilidad

Para contar con datos confiables y estadísticas derivadas de las intervenciones adelantadas por las diferentes ESEs, actualmente el Distrito consolida la información empleando dos aplicativos web: el Sistema de Información de Salud ambiental SISA y el Sistema SIVIGILA D.C, que contienen las variables requeridas acorde con las necesidades. Las metas incluidas en Plan de Desarrollo *Bogotá Humana* en el eje estratégico *"Un territorio que enfrenta el cambio climático y se ordena alrededor del agua"* programa *Bogotá Humana Ambientalmente Saludable*, proyecto de inversión salud ambiental son las siguientes:

Tabla N° 61 Metas Plan de Desarrollo *Bogotá Humana*

Meta	2015
Diseño e implementación de un sistema de vigilancia en el Distrito Capital para la identificación del impacto en salud asociado a la exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales pesados presentes en el ambiente, a 2016	34,00%
Monitorear el cumplimiento de las condiciones sanitarias de 297.914 establecimientos comerciales, industriales e institucionales ubicados en el D.C a 2016, incluyendo comedores comunitarios, plazas de mercado, cárceles y salas de retenidos, hogares geriátricos, establecimientos educativos, jardines infantiles distritales y establecimientos públicos y privados que hagan uso de animales en cualquier actividad comercial.	204.293 visitas de IVC
Implementar un sistema de vigilancia epidemiológico ambiental para monitorear los efectos en salud asociados a la calidad del aire en las localidades con énfasis en las asociadas a la operación del Sistema Integrado de transporte en el D.C a 2016.	22,74%
Diseño e implementación de un sistema de vigilancia para garantizar el monitoreo de los efectos en salud por ruido y radiación electromagnética con énfasis en población infantil a 2016.	100,00%
Diseño e implementación de un sistema de vigilancia para garantizar el monitoreo de los efectos en salud asociados a la variabilidad climática a 2016.	24,94%
Garantizar el funcionamiento de la red distrital de fármaco-vigilancia integrada por el 100% de prestadores de servicios de salud, establecimientos farmacéuticos y comunidad en general a 2016.	36,80%
Mantener la cobertura de la vigilancia de la calidad del agua en la red de acueducto y alcantarillado y el 100% de los acueductos identificados del D.C. a 2016.	100,00%
Evaluar los riesgos en salud asociados a la calidad del agua en los sistemas de abastecimiento del Distrito Capital en el territorio urbano y rural.	31,00%
Mantener cero casos de rabia humana autóctona a 2016.	0 casos
Incrementar en un 10% anual el número de hembras caninas y felinas esterilizadas en el Distrito Capital.	13,7% lo cual equivale a 5.820 hembras esterilizadas
Operar el Observatorio de Salud Ambiental en el Distrito Capital a través de la información generada por las líneas de la política de salud ambiental.	47,00%
Implementar ocho (8) planes de acción correspondiente a las líneas de la Política Distrital de Salud Ambiental.	23,00%

Fuente: Tablero resultados Plan Territorial de Salud - Dirección de Planeación Sectorial – SDS

A excepción de la meta relacionada con el funcionamiento de la red distrital de fármaco-vigilancia integrada las demás metas se cumplieron dentro de lo programado. El resultado de este indicador fue del 80%.

### 3.1.3.6.2 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida - SISVECOS

En respuesta a las metas incluidas en el proyecto Territorios Saludables y Salud para el Buen Vivir, inmerso en el plan de desarrollo actual Bogotá Humana; el SISVECOS asume el compromiso de monitorear la meta establecida para la reducción del suicidio en Bogotá, generando con periodicidad mensual el comportamiento de los indicadores a nivel distrital y por localidad de residencia. La meta planteada para este subsistema es reducir a 3,3

por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio, en coordinación con otros sectores del gobierno distrital, al 2016, para dar cumplimiento a esta meta se tienen incluidas 428 acciones en el Plan de Intervenciones Colectivas para la operación de los sistemas de vigilancia en salud pública. El resultado de esta meta para la vigencia del 2015 de acuerdo al tablero de indicadores del Plan Territorial de Salud es del 67%, estando por debajo de lo esperado.

Tabla N° 62 Metas Plan de Desarrollo *Bogotá Humana*

Meta	2015
Reducir a 3,3 por cada 100.000 habitantes la tasa de suicidio, en coordinación con otros sectores del gobierno distrital, al 2016.	3,5 casos por 100.000 habitantes lo que equivale a 273 casos* (* Último dato reportado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses)

Fuente: Tablero resultados Plan Territorial de Salud - Dirección de Planeación Sectorial – SDS

### 3.1.3.6.3 Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Oral - SISVESO

Esta estrategia de vigilancia centinela del subsistema de vigilancia epidemiológica de la salud oral, busca mediante la conformación, consolidación y mantenimiento de una red de vigilancia en el distrito capital, identificar el barreras de acceso a los servicios de salud oral, prácticas de auto cuidado y/o cuidado; notificar los eventos objeto de vigilancia de la salud oral, generar alertas epidemiológicas e identificar determinantes sociales de calidad de vida; que permitan orientar las intervenciones, dirigidas a mejorar la salud oral de la población que habita en Bogotá D.C., como factor crítico de éxito. Para este subsistema no se incluyeron metas en el Plan de Desarrollo Distrital 2012 – 2016.

### 3.1.3.6.4 Subsistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual – SIVIM

El SIVIM es un proceso orientado a asegurar la notificación (inmediata y periódica) al área de Vigilancia en Salud Pública de “casos identificados de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual”, así como su canalización y seguimiento, con el propósito de facilitar su atención integral oportuna y la restitución de derechos de las víctimas. La meta incluidas en el proyecto Territorios Saludables y Salud para el Buen Vivir, inmerso en el plan de desarrollo actual Bogotá Humana es garantizar la atención en salud al 100% de niñas, niños, adolescentes y mujeres víctimas de maltrato o violencia, notificadas al sector salud; en coordinación con los demás sectores de la Administración Distrital. Para la vigencia 2015 el cumplimiento de este indicador frente a la meta planteada fue del 99% por tratarse de un indicador acumulativo para los 4 años.

Tabla N° 63 Metas Plan de Desarrollo *Bogotá Humana*

META	2015
Garantizar la atención en salud al 100% de niñas, niños, adolescentes y mujeres víctimas del maltrato o violencia, notificadas al sector salud en coordinación con los demás sectores de la administración distrital, y de manera transversal la denuncia, garantía y restablecimiento de derechos, al 2016.	Al mes de Diciembre de 2015 se tiene el 96,6% (n=20.136) en canalización y seguimiento a víctimas de NNA y en mujeres es del 96,2% (n=11.242)

Fuente: Tablero resultados Plan Territorial de Salud - Dirección de Planeación Sectorial – SDS

### 3.1.3.6.5 Programa Ampliado De Inmunizaciones. (PAI)

El Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI, está considerada para el Distrito Capital como una de las prioridades del Plan Territorial de Salud, para lo cual se generaron diferentes estrategias para lograr las coberturas de vacunación en la población residente en Bogotá, con mayor énfasis en la menor de 6 años y otras poblaciones priorizadas. Dentro de las metas planteadas a nivel nacional para el programa se encuentran las siguientes:

- ❖ Alcanzar el 95 % y más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional de vacunación, en las poblaciones objeto del programa.
- ❖ Mantener en todo el territorio nacional la erradicación de la poliomielitis; consolidar la eliminación del sarampión, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal; controlar la incidencia de casos de fiebre amarilla, difteria, tuberculosis meníngea, hepatitis A y B, neumococo, Haemophilus Influenzae tipo b, diarreas producidas por rotavirus, tosferina, parotiditis e influenza, al igual que disminuir la incidencia de cáncer cervicouterino a través de la vacunación contra el virus del papiloma humano.
- ❖ Dar cumplimiento a las metas y estrategias planteadas en el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis a Nivel Mundial, 2013 – 2018

**Centro de acopio y cadena de frío:** La Secretaria Distrital de Salud se acoge a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la Organización Panamericana de la Salud, garantizando que los prestadores de servicios de vacunación y centros de acopio (ESE, EAPB e IPS), gradualmente mejoren la calidad de los equipos de refrigeración asegurando un adecuado almacenamiento, para lo cual es preciso verificar durante el proceso de adquisición que dichos elementos cuenten con el código “Catalogo PQS (Catalogo de equipos precalificados en criterios de calidad, desempeño y seguridad). A nivel central la Secretaria Distrital de Salud dispone del siguiente talento humano para la recepción técnica de los biológicos y su despacho a las diferentes IPS: Técnico 1 (Auxiliar de enfermería) con experiencia laboral certificada en el programa, el cual debe contar con la asesoría y asistencia técnica del Director Técnico de medicamentos (Profesional Químico Farmacéutico y/o Tecnólogo en Regencia de Farmacia), para garantizar las Buenas Practicas de Almacenamiento - BPA de los medicamentos y dispositivos médicos, calidad y seguridad de los productos. La cadena de frío funciona 24 horas al día; la entidad tiene planta propia y un procedimiento establecido e implementado para solución de contingencias en casos de suspensión del fluido eléctrico. Adicionalmente la entidad territorial realiza supervisión a las IPS de la red pública y privada que prestan el servicio de vacunación el manejo de la cadena de frío, la disponibilidad de los biológicos, dispositivos médicos e insumos de forma permanente, su conservación adecuada cumpliendo con estándares de calidad y normativa vigente y el mantenimiento de una adecuada infraestructura de la red de frío que asegure su conservación bajo óptimas condiciones de calidad y seguridad. A continuación, se relacionan los cuartos fríos existentes en el Distrito.

Tabla N° 64 Cuartos fríos PAI

LOCALIDAD	NOMBRE ESTABLECIMIENTO (3)	DIMENSIONES (LARGO X ANCHO X ALTO en mt)	MARCA EVAPORADORES	CANTIDAD EVAPORADORES	CANTIDAD COMPRESORES	CUANTA CON CONTRATO DE MANTENIMIENTO	SISTEMA DE MONITOREO
KENNEDY-PUENTE ARANDA	HOSPITAL DEL SUR	2 X 2 X 2	ROJAS HERMANOS/ ELCO	2	1	SI	TDMM
CIUDAD BOLIVAR	HOSPITAL VISTA HERMOSA	490x250x 230cm	ROJAS HNOS	2	2	SI	SI
SUBA	HOSPITAL SUBA	5,98 X 2,35 X 2,16 MTS	851298-030-000A	4	2	SI	AUTO
ENGATIVA	CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA	2X1X2,2XMT	BOHN Y TECUMSEH EUROPE	2	2	SI	INTELIGENTE
CHAPINERO - B. UNIDOS - TEUSAQUILLO	UPA LORENCITA	3,9 x 3,2 x 2,2	COLSER	2	2	SI	AUTO-MANUAL

Fuente: Coordinación PAI - SDS

**Hojas de vida y mantenimientos de equipos de refrigeración del centro de acopio:**

La Secretaria Distrital de Salud supervisa si los cuartos fríos existentes en el Distrito cuentan con contrato de mantenimiento vigente como se observa en la tabla anterior y adicionalmente verifica que disponen con hojas de vida de equipos, soportes de mantenimiento mensual (con cronograma) y mantenimiento correctivo.

**Inventario de red de frío:** Se cuenta con inventario actualizado: Refrigeradores, congeladores, planta eléctrica, aire acondicionado, cajas térmicas, termómetros y cuartos fríos. Dentro de los soportes documentales entregados en medio magnético se pudo verificar en el censo los datos relacionados con los 652 refrigeradores y congeladores existentes en la red de frío.

**Control y registro de Movimiento de biológicos del PAI:** Se cuenta con bases de datos y formatos de entrega de biológicos y movimiento de los mismos por cada una de las IPS públicas y privadas. Este proceso se controla y analiza mensualmente. La entidad tiene soportes de envío de información y reportes al Ministerio de salud y de la Protección Social.

**Disposición de insumos y biológicos:** Se presentaron soportes de realización de pedido de biológicos al Ministerio de salud con un mes de anticipación y cuando se requiere para jornadas de vacunación.

**Procesos y procedimientos:** Los planes de contingencia en caso de interrupción de cadena de frío se encuentran disponibles en cada una de las cadenas de frío, la Entidad dispone del protocolo de solicitud y despacho de biológicos e insumos a las IPS, control de temperatura y registro, protocolo de asistencia técnica, protocolo de sistemas de información de los refrigeradores y congeladores.

**Censo de IPS vacunadoras y metas de vacunación por IPS:** De acuerdo al censo aportado por la Secretaría Distrital de Salud para el I semestre de 2015 se contaba con 360 IPS vacunadoras y para el segundo semestre 2015, 363 entre IPS públicas y privadas. La distribución de metas se hace por ESEs, EPS y por IPS privadas ubicadas en cada localidad, teniendo en cuenta la población DANE reportada para el Distrito y los nacidos vivos de la vigencia anterior.

**Cobertura de biológicos del PAI :** De acuerdo con lo establecido en la Resolución 1841 de 2013 (Plan Decenal de Salud-numerales 7.6.4.2 y 7.6.4.2.3 (literal a)), los

lineamientos y metas del Programa Ampliado de Inmunizaciones y lo establecido en los literales c y g de la Circular Conjunta número 002 de 2008 del Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) y la Superintendencia Nacional de Salud, para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio se establece como estrategia fundamental: “...el logro de coberturas de vacunación por encima del 95% en todos los municipios del país” y “...la meta es la consecución de las coberturas de vacunación por encima del 95% en todo el territorio nacional con todos los biológicos en todos los municipios del país por encima del 95%”. Es decir, todas las entidades que no logren vacunar al 95% de su población objeto del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) se consideran que no cumplen metas y por consiguiente no logran coberturas útiles de vacunación.

La Resolución 425 de 2008, artículo 17, numeral 1 (literal b) y numeral 2 (literales a, b y c), establece que es competencia de las entidades territoriales (municipios) realizar promoción de la estrategia de vacunación sin barreras con la cooperación intersectorial y comunitaria para el logro de coberturas útiles de vacunación, realizar apoyo al desarrollo de jornadas de vacunación, intensificación o bloqueo según el riesgo municipal, realización de censos de canalización y vacunación extramural, monitoreo rápido de coberturas y vacunación en áreas dispersas según lineamientos nacionales e implementar la estrategia “PAI plus” en poblaciones de alto riesgo.

De acuerdo con lo anterior y según los reportes de coberturas de vacunación enviados por el Ministerio de Salud y de la Protección social, para el año 2015 los resultados de vacunación con biológicos trazadores para niños menores de cinco años obtenidos para el distrito de Bogotá son los siguientes:

Tabla N° 65 Biológicos trazadores Bogotá 2015

DEPARTAMENTOS	Población Menor 1 año (Meta)	BCG RECIEN NACIDO (HASTA 28 DÍAS) + MENOR UN AÑO (29 DÍAS A 11 MESES 29 DIAS)		HB RECIEN NACIDO (HASTA 28 DÍAS)		Neumo de (2 a 11 Meses 29 Dias)	
<b>BOGOTA D.C.</b>	108.426	116.702	107,6	116.357	107,3	104.637	96,5

DEPARTAMENTOS	ANTIPOLIO INACTIVADA (VIP) PARENTERAL		VOP <DE 1 AÑO + VIP <1 AÑO 3as		DPT MENOR DE UN AÑO		Población de 1 Año (Meta)	SRP (T.V.) DE UN AÑO	
<b>BOGOTA D.C.</b>	103.526	95,5	98.282	90,6	98.307	90,7	105.297	103.138	97,9

DEPARTAMENTOS	HA 1 AÑO		F.A. 1 AÑO *		Población 5 años (Meta)	SRP (T.V.) 5 AÑOS	
<b>BOGOTA D.C.</b>	107.677	102,3	56.392	53,6	109.123	97.854	89,7

Fuente. Ministerio de salud y de la protección Social. Informe coberturas de vacunación departamental. 2015

De acuerdo con lo anterior, el Distrito de Bogotá D.C. logró coberturas útiles de vacunación durante el año 2015, para la población de niños y niñas menores de un año con biológicos del PAI (BCG, HB, Neumo, Antipolio VIP, SRP, HA), no se alcanzaron coberturas útiles para los biológicos de polio (90.6), DPT (90.7), Fiebre amarilla (53.6) y Sarampión (89.7), es necesario precisar que para el caso de fiebre amarilla aparece en este valor debido a que el esquema de vacunación se corrió 6 meses, aplicándose la misma a los 18 meses de edad, desde el 1 de julio de 2015, esto implica que los niños pendientes de aplicarse la vacuna, se aplicarán en el primer semestre de 2016

Respecto al cumplimiento de metas y coberturas de vacunación alcanzadas por el Distrito para el año 2016, de acuerdo con la información reportada por el Ministerio de Salud y Protección Social con corte al 31 de marzo de 2016:

Tabla N° 66 Biológicos trazadores Bogotá 2016

BOGOTÁ	Población Menor 1 año (Meta)	BCG RECIEN NACIDO (HASTA 28 DÍAS) + MENOR UN AÑO (29 DÍAS A 11 MESES 29 DÍAS)		ANTIPOLIO INACTIVADA (VIP) PARENTERAL < DE 1 AÑO		VOP <DE1 AÑO + VIP <1AÑO 3as		DPT MENOR DE UN AÑO	
	Programática	Dosis Unica	%	1ras.Dosis	%	3a. Dosis	%	3as .Dosis	%
	105.191	28.544	27,10	25.457	24,20	26.107	24,80	26.114	24,80

BOGOTÁ	HB RECIEN NACIDO (HASTA 28 DÍAS)		Neumo (2 a 11 Meses 29 Dias)		Población de 1 Año (Meta)	SRP (T.V.) DE UN AÑO		HA 1 AÑO	
	D. Única	%	2 <sup>da</sup> Dosis	%	Programática	D. Única	%	D. Única	%
	28.443	27,04	26.575	25,26	105.341	25.445	24,20	25.440	24,15

BOGOTÁ	Neumo de (12 meses a 23 Meses)		F.A. 1 AÑO		Población 5 años (Meta)	DPT 5 AÑOS		SRP (T.V.) 5 AÑOS	
	REF.	%	D. Única	%	Programática	2do. Ref.	%	Ref.	%
	25.002	23,73	16.872	16,00	108.208	24.469	22,61	25.000	23,10

Fuente. Ministerio de salud y de la protección Social. Informe coberturas de vacunación departamental I trimestre 2016

De acuerdo con las metodologías establecidas por el Ministerio de Salud para la evaluación y seguimiento mensual al cumplimiento de metas de vacunación; el esperado de cumplimiento mensual del Distrito debe estar entre 7,9 y 8,33, para que al final del año se logren las metas y coberturas de vacunación por encima del 95%. Así las cosas, para el año 2016 con corte al 31 de marzo, el porcentaje de cumplimiento acumulado debe estar en el rango de 23.75% y 24.99 (ideal). Es decir, los biológicos que con corte a esa fecha se reportan con porcentaje de ejecución acumulada inferior a 23.75% se encuentran por debajo de la meta, haciendo especial énfasis que los biológicos con cumplimiento de meta por debajo del 12.49% de acuerdo con la metodología del Ministerio de salud y Protección Social se encuentran con cumplimiento crítico (rojo). Sin embargo, dado que el proceso está en ejecución no se incluye esta situación como hallazgo, sino que se espera el reporte final del año 2016 remitido por el Ministerio de salud y de la Protección Social para proceder a realizar un análisis real del cumplimiento de metas y coberturas de vacunación para la vigencia. Adicionalmente en los meses restantes del año, el Distrito puede desarrollar e implementar estrategias que le permitan al final del año lograr coberturas útiles de vacunación.

**Actividades de asistencia técnica a IPS vacunadoras:** Este proceso se hace a través de los profesionales quienes realizan asistencia técnica a las ESEs y EAPB capacitaciones, seguimiento y evaluación a las actividades. Se aportaron las asistencias ejecutadas en el 2015 y 2016, adicionalmente se anexaron las actas del comité PAI realizadas en los meses de febrero (2), marzo, mayo y octubre (2), para el 2016 de los meses de febrero (2), marzo y abril (2).

**Capacitación y competencia técnica del talento humano:** Se presentan los soportes de las capacitaciones realizadas en el 2015 y 2016 a los equipos técnicos de la SDS, las ESEs y las EAPB lideradas por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Coordinador Nacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

**Resultados de Monitoreo Rápido de Cobertura:** Se realizó un monitoreo en el mes de julio de 2015 atendiendo la metodología basada en técnicas de muestreo por conglomerados, para lo cual se asignaron muestra por localidad así:



Tabla N° 67 Monitoreo Rápido de Cobertura 2015

META 2015				TOTAL NIÑOS POR LOCALIDAD	Total Niños MRCV
LOCALIDAD	POBLACIÓN MENOR DE UN AÑO	POBLACIÓN DE UN AÑO	TOTAL POBLACION		
01-USAQUEN	8.876	8.515	17.391	320	359
02-CHAPINERO	8.353	7.300	15.653	150	185
03-SANTA FE	960	960	1.920	120	131
04-SAN CRISTOBAL	4.993	5.041	10.034	300	323
05-USME	5.664	5.500	11.164	310	323
06-TUNJUELITO	3.047	3.020	6.067	200	222
07-BOSA	10.000	10.299	20.299	360	362
08-KENNEDY	12.388	12.500	24.888	370	358
09-FONTIBON	5.290	5.200	10.490	300	333
10-ENGATIVA	7.663	7.081	14.744	320	320
11-SUBA	9.800	10.034	19.834	360	393
12-BARRIOS UNIDOS	3.777	2.828	6.605	200	205
13-TEUSAQUILLO	1.881	2.145	4.026	150	85
14-MARTIRES	700	800	1.500	140	152
15-ANTONIO NARIÑO	3.803	3.200	7.003	160	168
16-PUENTE ARANDA	5.077	4.500	9.577	280	283
17-CANDELARIA	113	116	229	40	41
18-RAFAEL URIBE URIBE	6.000	5.878	11.878	310	335
19-CIUDAD BOLIVAR	10.000	10.341	20.341	360	395
20-SUMAPAZ	40	40	80	22	36
<b>TOTAL LOCALIDAD</b>	<b>108.425</b>	<b>105.297</b>	213.722	<b>4772</b>	5009

Fuente: Lineamiento MRCV. Julio de 2015 - SDS

Es importante señalar que la Secretaria Distrital de Salud en respuesta al aumento de los casos de tosferina en el Distrito Capital, adoptó la recomendación del comité de expertos, el cual sugirió el acortamiento del esquema de vacunación a partir de la sexta semana de vida, con aplicación posterior de las dosis restantes con intervalos de 6 semanas en cada uno. Es por ello que se ajustó los rangos de oportunidad de aplicación de estos biológicos (dado a que por la fecha de nacimiento establecida aún era posible encontrar niños con esquemas acortados).

Tabla N° 68 Cobertura esquema completo 2015

Localidad	Total general	Completo	Incompleto	Cobertura esquema completo
Usaquén	146	127	19	87,0
Chapinero	81	74	7	91,4
Santa fe	67	64	3	95,5
San Cristóbal	164	133	31	81,1
Usme	163	134	29	82,2
Tunjuelito	117	106	11	90,6
Bosa	166	150	16	90,4
Kennedy	150	125	25	83,3
Fontibón	160	140	20	87,5
Engativá	130	100	30	76,9
Suba	187	135	52	72,2
Barrios unidos	96	82	14	85,4
Teusaquillo	49	38	11	77,6
Los Mártires	71	65	6	91,5
Antonio Nariño	80	77	3	96,3
Puente Aranda	138	118	20	85,5

Localidad	Total general	Completo	Incompleto	Cobertura esquema completo
La candelaria	25	21	4	84,0
Rafael Uribe Uribe	137	130	7	94,9
Ciudad bolívar	194	161	33	83,0
Sumapaz	15	14	1	93,3
Total general	2336	1993	343	85,3

Fuente: Monitoreo Rápido de Coberturas, año 2015. EPV-SDS

Los resultados del monitoreo arrojan que los motivos de no vacunación, niño enfermo y falta de tiempo de cuidador corresponden a los más referidos según la información suministrada en las encuestas. Una de las conclusiones importantes del monitoreo rápido de es que aunque en los biológicos marcadores, se cumplió a nivel Distrital, las diferencias al interior de las localidades que no lograron una cobertura útil, radicaron en que se pudo identificar que los esquemas atrasados o inicio tardío del esquema de vacunación repercuten de manera directa en la cobertura de las terceras dosis de polio y pentavalente.

**Acciones de Movilización y Comunicación Social:** Se presentaron soportes de realización de piezas comunicativas y publicitarias para el desarrollo de las cuatro (4) jornadas de vacunación realizadas en el 2015 y la realizada en el 2016.

**El Sistema de Información (Aplicativo PAI Web):** El acceso al aplicativo PAI Web se hace vía internet. En todos los puntos de vacunación está instalado el Aplicativo PAI 2.0. Su diligenciamiento se hace en línea en todas las IPS vacunadoras. Este sistema es administrado por un administrador del sistema con niveles de acceso controlado por niveles para cada funcionario que tiene acceso desde los más de 300 puntos de vacunación. A través del aplicativo PAI se generan los reportes de registros, consolidado mensual, coberturas, identificación de personas homónimas, duplicidades, oportunidad en el esquema, cohortes de nacidos vivos y dosis perdidas, entre otros. El control de claves y acceso y control de cambios de usuarios en el sistema.

**Seguimiento a cohortes:** Este seguimiento se realiza mediante el módulo de seguimiento a cohorte disponible en el aplicativo web PAI versión 2.1. implementado en el 2015; los referentes de la localidad tienen acceso a la información de las cohortes de la localidad a la cual pertenecen. La información que se visualiza son los estados del esquema dentro de estos incompleto, por vencerse, completo y fallecido. El módulo de seguimiento a cohorte además de permitir realizar seguimiento a cada una de las cohortes y registrar el resultado del mismo también acepta actualizar los datos básicos de la persona y el esquema de vacunación cuando se considere necesario durante el seguimiento.

**Seguimiento a reacciones postvacunales:** En el año 2015 se reportaron 162 casos de los cuales de acuerdo a la base de datos del SIVIGILA se confirmaron 49 como eventos adversos seguidos a la vacunación. Estas unidades de análisis se realizaron a través de los comités de seguridad del paciente de cada IPS vacunadora y se toman las acciones correctivas de acuerdo a los hallazgos.

## HALLAZGO No. 27

De acuerdo con los informes presentados por el Distrito Capital (Informes de coberturas de vacunación, resultados de coberturas) y los informes de coberturas de vacunación enviados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, para el año 2015 el distrito de Bogotá no logró coberturas útiles de vacunación para los biológicos de Antipolio, DPT, Hepatitis B, Haemophilus, Rotavirus, Triple Viral, para niños menores de cinco años

incluidos en el Programa Ampliado de Inmunizaciones. Por lo anterior, presuntamente incumplió lo establecido en la carta Circular conjunta No. 02 de 2.008 del Ministerio de la Protección Social – Superintendencia Nacional de Salud, literal g; lo establecido en la Resolución 1841 de 2013 (Meta: Alcanzar el 95% o más de cobertura en todos los biológicos que hacen parte del esquema Nacional, en las poblaciones objeto del programa) y los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones establecidos por el Ministerio de Salud y de la Protección social y lo establecido en la Resolución 425 de 2008 Artículo 17, numeral 1 (literal b) y numeral 2 (literales a y b).

Tabla N° 69 Cobertura vacunación 2015

LOCALIDADES	POBLACION MENOR 1 AÑO	MENORES DE UN AÑO										POBLACION DE 5 AÑOS	5 AÑOS	
		ANTIPOLIO		D.P.T		HEPATITIS B		HAEMOPHILUS		ROTAVIRUS			TRIPLE VIRAL	
		VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%	VACUNADOS	%		VACUNADOS	%
1 USAQUEN	8876	8221	92,6	8208	92,5	8127	91,6	8206	92,5	8530	96,1	8083	7309	90,4
2 CHAPINERO	7700	6922	89,9	6956	90,3	6603	85,8	6956	90,3	7526	97,7	5799	5113	88,2
3 SANTAFE	960	824	85,8	824	85,8	824	85,8	823	85,7	769	80,1	1295	1072	82,8
4 SAN CRISTOBAL	4993	4222	84,6	4228	84,7	4228	84,7	4226	84,6	4318	86,5	5307	4202	79,2
5 USME	5664	4476	79,0	4477	79,0	4476	79,0	4475	79,0	4466	78,8	5540	4742	85,6
6 TUNJUELITO	3047	2536	83,2	2533	83,1	2534	83,2	2531	83,1	2725	89,4	3278	2958	90,2
7 BOSA	10000	9601	96,0	9600	96,0	9601	96,0	9595	96,0	8816	88,2	9675	8936	92,4
8 KENNEDY	12388	11616	93,8	11618	93,8	11616	93,8	11612	93,7	12620	101,9	13495	12366	91,6
9 FONTIBON	5290	5329	100,7	5322	100,6	5312	100,4	5322	100,6	5521	104,4	6199	5621	90,7
10 ENGATIVA	7663	7088	92,5	7089	92,5	7088	92,5	7085	92,5	7150	93,3	7954	7276	91,5
11 SUBA	9800	9583	97,8	9594	97,9	9590	97,9	9587	97,8	10047	102,5	10228	9769	95,5
12 BARRIOS UNIDOS	3777	2998	79,4	3042	80,5	2998	79,4	3042	80,5	3585	94,9	2746	2279	83,0
13 TEUSAQUILLO	2534	2017	79,6	2017	79,6	2005	79,1	2017	79,6	2321	91,6	2372	2118	89,3
14 MARTIRES	700	650	92,9	650	92,9	651	93,0	650	92,9	646	92,3	748	649	86,8
15 ANTONIO NARINO	3803	3075	80,9	3077	80,9	3075	80,9	3076	80,9	3551	93,4	3965	3906	98,5
16 PUENTE ARANDA	5077	4041	79,6	4040	79,6	4041	79,6	4039	79,6	4473	88,1	5026	4468	88,9
17 CANDELARIA	113	123	108,8	123	108,8	123	108,8	123	108,8	113	100,0	218	152	69,6
18 RAFAEL URIBE	6000	5269	87,8	5266	87,8	5269	87,8	5265	87,8	5579	93,0	6291	5689	90,4
19 CIUDAD BOLIVAR	10000	9621	96,2	9624	96,2	9625	96,3	9619	96,2	8968	89,7	10853	9213	84,9
20 SUMAPAZ	40	43	107,5	43	107,5	43	107,5	43	107,5	39	97,5	51	37	72,1
<b>TOTAL</b>	<b>108426</b>	<b>98255</b>	<b>90,6</b>	<b>98331</b>	<b>90,7</b>	<b>97829</b>	<b>90,2</b>	<b>98292</b>	<b>90,7</b>	<b>101763</b>	<b>93,9</b>	<b>109123</b>	<b>97875</b>	<b>89,7</b>

Fuente: SIS-151 Resumen mensual de vacunación - SDS

## RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“No se comparte lo manifestado por el Ente de Control, por tanto a continuación se realizan las precisiones frentes a los hechos que conducen a la presunta vulneración de las disposiciones citadas en dicho hallazgo, con el propósito de desvirtuarlas”.*

*“Con el propósito de lograr la cobertura de la vacunación en un 95% para cada uno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en 2015, se realizó seguimiento mensual al Plan de Acción del Programa – PAI en cada una de las líneas de acción, las cuales fueron evaluadas y retroalimentadas en el marco del Comité Distrital PAI...”*

*“De acuerdo a los resultados del Monitoreo Rápido, se evidencia que la Población menor de una año de edad “si” se encuentra vacunada con un cumplimiento superior al 95% en los biológicos trazadores: antipolio, DPT. Hepatitis B, Haemophilus Influenzae Tipo B y*

*Ritavirus, aun cuando no se dio alcance a las coberturas administrativas de vacunación para los mismos...*

*Finalmente es importante aclarar que de manera contraria a lo afirmado por el Ente de Control para la Población de un año de edad en relación al biológico Tripla Viral, de acuerdo a los informes presentados por el Distrito Capital (informes de coberturas de vacunación) “si” se da cumplimiento a la cobertura administrativa en un 98% (Ver Tabla 1). Del mismo modo se evidencia el cumplimiento de vacunación con el biológico, según el monitoreo.*

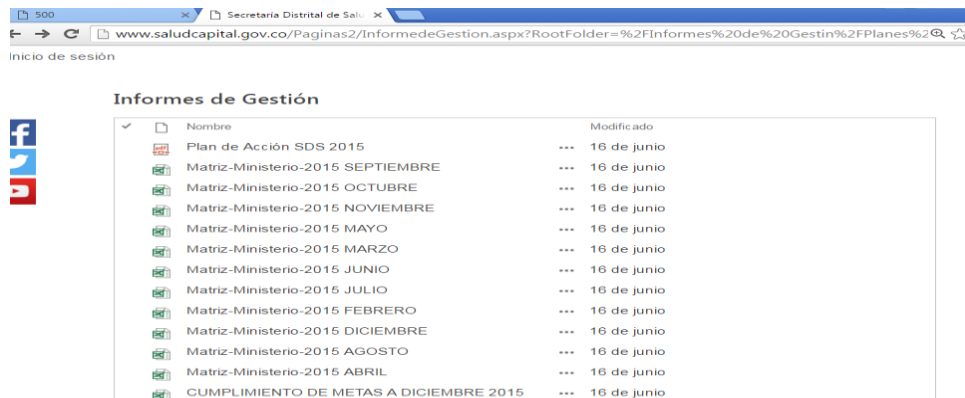
## ANALISIS DEL EQUIPO AUDITOR

La Superintendencia Nacional de Salud no desconoce los avances en materia de vacunación realizados en el Distrito Capital para alcanzar el 95% de coberturas efectivas de vacunación, lo cual contribuye de manera contundente a disminuir el riesgo de contraer enfermedades prevenibles en las niñas y niños.



Adicionalmente se aclara que efectivamente la cobertura de triple viral en menor de un año es del 97,9% de acuerdo a lo informado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el *Reporte Mensual - Sistemas de Información – MPS*.

Ahora bien, sobre el monitoreo rápido de vacunación es pertinente señalar que según lo descrito por la Organización Panamericana de la Salud, el Monitoreo Rápido de Vacunación es una herramienta de gestión que ayuda en el proceso de monitoreo de las actividades de vacunación pues permite determinar si todos los niños y niñas de una área determinada del establecimiento de salud han sido vacunados y las razones o motivos por las que no se vacuno; con lo cual su argumento se vuelve valido para sustentar el cumplimiento de las coberturas de vacunación para todos los biológicos a nivel distrital.

Sin embargo es importante tener en cuenta lo publicado en la página web de la Secretaria Distrital de Salud que a simple vista, se aleja de lo expresado en su respuesta y por el contrario sostiene el incumplimiento en las coberturas de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Ver imagen 2 “*Total ejecutado 2015 91%*” dato que requiere contextualizarse para poder verificar que biológicos si se cumplieron y cuáles no.



Nombre	Modificado
Plan de Acción SDS 2015	... 16 de junio
Matriz-Ministerio-2015 SEPTIEMBRE	... 16 de junio
Matriz-Ministerio-2015 OCTUBRE	... 16 de junio
Matriz-Ministerio-2015 NOVIEMBRE	... 16 de junio
Matriz-Ministerio-2015 MAYO	... 16 de junio
Matriz-Ministerio-2015 MARZO	... 16 de junio
Matriz-Ministerio-2015 JUNIO	... 16 de junio
Matriz-Ministerio-2015 JULIO	... 16 de junio
Matriz-Ministerio-2015 FEBRERO	... 16 de junio
Matriz-Ministerio-2015 DICIEMBRE	... 16 de junio
Matriz-Ministerio-2015 AGOSTO	... 16 de junio
Matriz-Ministerio-2015 ABRIL	... 16 de junio
CUMPLIMIENTO DE METAS A DICIEMBRE 2015	... 16 de junio

 <b>SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD</b> <b>SEMAFORIZACIÓN DE METAS - SEGUIMIENTO ANUAL</b> <b>CORTE 31 DICIEMBRE-2015</b> 				
Proyecto de Inversión	META	Valor Programado 2015	Valor Ejecutado 2015	Total
	Lograr 95% de cobertura en vacunación para cada uno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, a 2016.	95%	91%	95,37%

## CONCLUSIÓN

Se levanta el hallazgo de acuerdo a las evidencias aportadas.

### 3.1.4 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

#### 3.1.4.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

Proceso que se encuentra a cargo de la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección de IVC de servicios de salud.

Cuentan con un manual cargado en el aplicativo ISOLUCION en el que se evidencian dos (2) procesos:

- Inspección, Vigilancia y Control: al que pertenece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud-SOGCS.
- Calidad de Servicios de Salud: en donde se encuentra la asistencia técnica y el fortalecimiento de temas específicos

Verificado el manual de procesos de IVC se observa que cuenta 16 procedimientos, entre los que se encuentra el de VERIFICACION DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACION, identificado con código SDS-IVC-PR-001 con fecha de actualización 07/09/15. Su objetivo es verificar el cumplimiento de las normas, requisitos y procedimientos vigentes para la prestación de servicios de salud. Dentro de este documento no es posible verificar la normatividad que le aplica, toda vez que los campos del mismo son: controles, responsable, dependencia y formato.

La responsabilidad de la implementación del Sistema Único de Habilitación de la Secretaría Distrital de Salud recae sobre la Subdirección de IVC de Servicios de Salud, en cabeza de la Subdirectora de IVC de Servicios de Salud, cargo de libre nombramiento y remoción.

### 3.1.4.1.1 Estructura Administrativa

El personal con el que se cuenta son 62 personas.

- Ocho (8) de planta
- Cincuenta y cuatro (54) contratistas

Se divide en 2 grandes subprocesos

- La inscripción
- Visitas de verificación

Del personal de planta hay 4 funcionarios que brindan asistencia técnica y participan en la inscripción y el resto están a cargo del proceso de verificación.

Revisada la base de datos de contratistas aportada durante la visita, se observa que de un total de 68 registros, 55 corresponden a verificadores del Sistema Único de Habilitación, cuyos contratos oscilan con fecha de inicio entre el 11/03/15 y fecha de terminación del 04/06/16. El resto de profesionales se dedican a: asistencia técnica, auditoría carpetas, inscripciones y quejas. El siguiente es el perfil de los profesionales vinculado por contrato:

Tabla N° 70 Base de Contratistas

CANTIDAD	PERFIL	PROCEDIMIENTO
4	MÉDICO	VERIFICACIÓN SUH
10	ENFERMERA	
12	INGENIERA AMBIENTAL Y/O SANITARIA	
12	ODONTOLOGA	
7	BACTERIOLOGA	
3	QUÍMICO FARMACEUTICO	
1	OPTOMETRA	
3	FISIOTERAPEUTA	
3	CONTADOR	
1	MÉDICO	
1	ENFERMERA	
1	ODONTOLOGA	
1	BACTERIOLOGA	
1	ODONTOLOGA	AUDITORÍA CARPETAS
2	ODONTOLOGAS	INSCRIPCIONES
1	BACTERIOLOGA	
1	INGENIERA AMBIENTAL Y/O SANITARIA	
1	ODONTOLOGA	PROGRAMACIÓN
3	ENFERMERA	QUEJAS

Fuente: Base estructura administrativa – Verificadores 2015

Adicionalmente, la Subdirección de IVC de servicios de salud cuenta con el apoyo del grupo denominado “Secretaría Jurídica” desde donde se manejan las investigaciones administrativas tanto de habilitación como de otras fuentes como son: quejas, mantenimiento hospitalario, residuos, y fundaciones sin ánimo de lucro, entre otras. Son 32 personas con el siguiente perfil: (22) abogados, (3) médicos que realizan los conceptos médicos y (7) técnicos que apoyan el proceso operativo.

### 3.1.4.1.2 Plan Anual de Visitas de Verificación

En la actividad 23 del procedimiento de VERIFICACION DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACION está contemplada la selección de prestadores para verificar el cumplimiento del Sistema Único de Habilitación, en donde se utiliza el formato identificado como “Planilla programación visitas” código SDS-IVC-FT-053.

La comunicación de programación de visita al prestador se informa telefónicamente por lo menos con un día de anticipación. En la base de programación en observaciones, se registra con quien se habló así: confirmada (señalando el nombre de la persona), o por el contrario no aceptada la visita.

Con relación al plan de visitas 2015, la ET efectuó el cargue el 15 de septiembre de 2014 al aplicativo del REPS con la totalidad de prestadores a visitar (4.171) identificando tipo de prestador y mes de realización de visita.

La entidad cuenta con oficio del 10/12/14 dirigido a la Superintendencia Nacional de Salud, mediante el cual remitió el plan de ejecución de visitas de verificación de las condiciones del Sistema Único de Habilitación para el año 2015, en el que se establece que la formulación del plan obedeció a la priorización contemplada en el artículo 14 de la Resolución No. 2003 de 2014. En esta comunicación se señala que con el fin de dar cumplimiento a la exigencia normativa respecto a: *“Las Entidades Territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador durante los cuatro años de vigencia del registro de habilitación”* (Artículo 21 parágrafo del Decreto 1011 de 2006) se tuvieron en cuenta los prestadores de servicios de salud activos en el REPS y se programaron las siguientes visitas:

Tabla N° 71 Plan ejecución visitas de habilitación 2015

Tipo de prestador habilitado	Sedes inscritas a 31/10/14	Proyección a visitar en 2015
IPS	3.515	878
Profesional Independiente	13.171	3.293
TOTAL	16.686	4.171

Fuente: Oficio dirigido a la SNS radicado No. 2014EE110569 del 10/12/14

Así las cosas, y con el propósito de constatar el cumplimiento por parte de la Entidad Territorial frente a la programación de las visitas de verificación, se revisó el documento aportado durante la visita *“REPORTE CUMPLIMIENTO VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN”*, en el que se observa el número total de inscritos, el número total de verificados y el % de cumplimiento de verificación para las vigencias 2011 al 2015, evidenciando en esta última vigencia lo siguiente:

Tabla N° 72 Reporte Cumplimiento Verificación de las Condiciones de Habilitación  
31 dic. 2015

Clase de Prestador	Número Total Inscritos	Número Total Verificados	% de Cumplimiento de Verificación
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	2850	349	12,25%
Profesionales Independientes de Salud	10703	3211	30,00%
Servicios de Transporte Especial de Pacientes	75	45	60,00%
Entidades con Objeto Social Diferente	337	31	9,20%
Levantamiento medida de seguridad	0	8	
<b>Total</b>	13965	3644	26,09%

Fuente: REPORTE CUMPLIMIENTO VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN- SDS de Bogotá

De lo anterior se concluye, que de 878 IPS programadas para visita, se cumplió con el 39,75% y de 3.293 profesionales independientes programados se verificó al 97,51%, es decir, que para la vigencia 2015 se cumplió con el 85,35% de lo programado, tal y como se observa en el siguiente cuadro:

Clase de Prestador	Proyección a visitar en 2015	Número Total Verificados	% de Cumplimiento de Verificación.
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	878	349	39,75%
Profesionales Independientes de Salud	3.293	3211	97,51%
<b>TOTAL</b>	4171	3560	85,35%

Con relación al plan de visitas para el año 2016 se realizó el cargue por el aplicativo de REPS el 20/12/15 con un total de 3.708 prestadores a visitar. En enero del año en curso se realizaron 190 visitas y para el mes de febrero no se programaron visitas de habilitación, solo se realizaron visitas de quejas, según lo informado en la Subdirección de IVC de Servicios de Salud.

No obstante lo anterior, una vez revisadas la base de “Visitas Sedes Ene 2016” y “Visitas Previas 2016” aportadas durante la visita, se evidenció que para sedes hay un total de 81 visitas y 63 visitas previas (enero y febrero de 2016), para un total de 144 visitas correspondientes al 1° bimestre de 2016, dato que no coincide con las 190 visitas informadas durante la visita.

Es de anotar, que la entidad territorial en cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control realizó visitas previas que no están definidas en el plan de visitas de verificación, sino que aparecen a demanda, pero que deben ser tenidas en cuenta dentro del cronograma, toda vez que el mismo grupo de verificadores es el encargado de realizarlas. Entre estas se encuentran:

- Las de control que son por búsqueda activa



- Las solicitadas por el prestador para acreditación, buenas prácticas clínicas y trasplantes.
- Las quejas
- Levantamiento de medidas
- Autos comisorios: visitas que se requieren por noticias en medios de comunicación
- Mortalidad materna reportado por SIVIGILA
- Brotes reportados por Salud Publica
- Visitas solicitadas por entidades de vigilancia y control (ias)

## **HALLAZGO No. 28**

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá no cumplió con la ejecución del Plan de Visitas de Verificación programado a sus prestadores de servicios de salud para la vigencia 2015, incumpliendo presuntamente lo estipulado en los artículos 19 y 21 del Decreto 1011 de 2006 y artículo 14 de la Resolución 2003 de 2014 que establece “*Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, anualmente, formularán y ejecutarán un plan de visitas a los Prestadores de Servicios de Salud inscritos en el REPS, para verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación y del desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.*”

## **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

“... A continuación se realizan las claridades pertinentes frente a la observación realizada por el Ente de Control:

**Causa:** *Las visitas se programan según los prestadores inscritos en el REPS que se convierten en el universo a visitar en el cuatrenio. Sin embargo, sin que se pueda prever en la planeación, es necesario desarrollar otros tipos de visita a demanda, que no pueden postergarse y que generan necesidad de recursos asignados inicialmente para las visitas programadas: visitas previas para IPS nuevas o servicios que así lo requieran según Resolución 2003 de 2014 que en muchas ocasiones se deben hacer hasta 4 veces a un mismo prestador porque no cumplen las condiciones de habilitación que permitan autorizarlos, visitas de control por búsqueda activa de prestadores que no están en el REPS, visitas adicionales solicitadas por los prestadores extra a la programación para efectos de acreditación, servicios de trasplantes o buenas prácticas clínicas, visitas asociadas a quejas, visitas de levantamiento de medidas que en muchos casos deben hacerse varias veces a un mismo prestador porque radica la solicitud de levantamiento pero durante la visita no se evidencia que haya intervenido de fondo las casusa que generaron la medida, visitas por autos comisorios generados a partir de la publicación de noticias relacionadas con la prestación de servicios de salud en los medios de comunicación, visitas para vigilancia de mortalidad materna, visitas para vigilancia de brotes y visita que los entes de control solicitan.*

*También es importante considerar que si se asume que cada año se debe visitar 255 de los prestadores, esto es un cálculo matemático muy simple comparado con la complejidad de la programación de las visitas de acuerdo con los servicios que ofrece cada IPS y el tiempo que esto requiere para la visita. Hay prestadores que tienen habilitados hasta 130 servicios en diferentes tipos de complejidad, cuya visita en tiempo no es comparable con otra IPS con un número pequeño de servicios y con modalidades ambulatorias.*

**Intervención:** *No es posible garantizar el cumplimiento del 100% del cronograma de visitas de seguimiento teniendo en cuenta que estas son las únicas que se pueden programar pero que en la realidad de la IVC de prestadores son muchos más los tipos de visitas que se deben ejecutar y que no se podrían reportar como planeadas a la Supersalud, porque se desconoce su cuantificación y porque superarían el dato de prestadores a visitar vs el dato de prestadores inscritos en el REPS.*

*Por lo expuesto, se solicita levantar el presente hallazgo...”*

## **ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR**

Frente a las explicaciones brindadas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá relacionadas con el incumplimiento en la ejecución del Plan de Visitas de Verificación programado a sus prestadores de servicios de salud para la vigencia 2015, vale la pena anotar que el artículo 55.1 de la Ley 715 de 2001, en lo relacionado con la dirección y prestación de los servicios de salud, establece que debe observarse, entre otras, la siguiente regla:

*“...55.1. Adecuar y orientar su estructura administrativa, técnica y de gestión, para el ejercicio de las competencias asignadas, que deberán cumplirse con recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud y con recursos propios...”*

De otra parte, revisados nuevamente los documentos recolectados como pruebas en la auditoría surtida por la Superintendencia Nacional de Salud, específicamente el oficio identificado con el No. 2014EE110569 del 10 de diciembre de 2014, mediante el cual se remitió el plan de ejecución de visitas de verificación de las condiciones del Sistema Único de Habilitación para el año 2015, se evidencia que su remisión se realizó en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 14 de la Resolución 2003 de 2014 que establece:

*“...Plan de Visitas de Verificación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, anualmente, **formularán y ejecutarán** un plan de visitas a los Prestadores de Servicios de Salud inscritos en el REPS, para verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación y del desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud...”*

Así mismo, se establece en la comunicación citada en el párrafo anterior que *“...**Adicionalmente**, se realizarán las visitas previas requeridas, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, **así como las visitas de verificación que sean necesarias** para garantizar una adecuada atención a la población del Distrito Capital, en cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control...”* (Negrilla fuera de texto)

De lo anterior se concluye, que el plan de visitas de verificación que definan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, **no excluye** la posibilidad de realizar las visitas de verificación que sean necesarias para garantizar la adecuada atención de la población en su jurisdicción, las visitas previas que se requieran o las que surjan en cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control, tal y como se establece en el parágrafo 2° del artículo 14 de la Resolución 2003 de 2014, motivo por el cual, no se puede justificar el incumplimiento en la ejecución del Plan de Visitas de Verificación programado por parte de la Entidad Territorial para la vigencia 2015.

## **CONCLUSIÓN**

Se confirma el hallazgo

## HALLAZGO No. 29

La información suministrada por la Entidad presenta inconsistencias que generan un presunto incumplimiento frente a la calidad de información, lo que significa que la ET no reportó la información solicitada de forma confiable y clara, vulnerando el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011.

### RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA

*“... A continuación se realizan las claridades pertinentes frente a la observación realizada por el Ente de Control:*

*La información suministrada presenta inconsistencias (190 visitas reportadas vs 144 visitas en informe de visitas previas y sedes) – Información no confiable y clara.*

**Causa:** *En los archivos mencionados están las visitas sedes enero 2016 y visitas previas 2016. En estas fuentes de información faltarían por cuantificar las visitas mencionadas en el hallazgo 28 que no corresponden a previas ni a seguimiento, sino como lo menciona el mismo informe a los otros tipos de visitas que suman en esa actividad.*

**Intervención:** *No requiere.*

*Por lo expuesto, se solicita levantar el presente hallazgo...”*

### ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá no remitió soporte alguno que permita verificar la realización de otro tipo de visitas para el 1° bimestre de 2016, diferentes a las de sedes y previas, motivo por el cual, solo se puede evidenciar la realización de 144 visitas y no las 190 informadas durante la auditoría.

### CONCLUSIÓN

Se confirma el hallazgo

#### 3.1.4.1.3 Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS

Se verifica durante la visita el enlace que tiene la Entidad Territorial con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), ingresando por la página de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá: [saludcapital.gov.co](http://saludcapital.gov.co), al link servicio al ciudadano y luego trámites y servicios. En la columna de trámites se busca la opción de “inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud”. Se da link allí, esto para los prestadores que ingresan por 1° vez, encontrando una página donde están todas las generalidades del proceso, normatividad vigente, etc. Es decir, acá está el paso a paso del proceso.

En esta página se encuentra el enlace para la inscripción que conecta con la página del Ministerio de Salud y Protección Social. Allí aparece un formulario que se llama “REGISTRO DE USUARIO NUEVO”, en donde hay una serie de campos para crear un usuario. Con ese usuario y contraseña, el prestador empieza a diligenciar el formulario. En esta página también hay tutoriales de registro de usuario, de formulario de inscripción y manual de usuario REPS, documentos de guía al usuario. En caso de que el prestador

no pueda realizar el proceso, el grupo de inscripción de la ET atiende a los prestadores que se les presentan dificultades, asistencia que se brinda en la sede de la Secretaría Distrital de Salud. Una vez ingresada la información en el REPS, se imprime el formulario y se radica con los soportes en la ET.

#### **3.1.4.1.4 Habilitación**

Se considera habilitado un servicio, cuando el prestador cuenta con código activo asignado por la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

Para aquellos prestadores que no requieren visita previa, la verificación de la documentación se realiza inmediatamente y una vez se constate que está completa se asigna el código de habilitación, se activa, dando la posibilidad de descargar e imprimir el distintivo de habilitación para su publicación. Así, el prestador entra a la base de datos del REPS, momento a partir del cual puede empezar a ofertar y prestar servicios de salud. Es de anotar, que la información cargada inicialmente esta guardada en un servidor sin código de habilitación por lo tanto no existe como prestador.

Los prestadores que no requieren visita previa entran en el cronograma de visitas de seguimiento que se programan según cuatrenio.

Se verifica inscripción realizada el día 26/04/16 a las 9:14 am con razón social "ANGELICA MARIA GARCIA RAMOS". Al consultarla en el REPS, se observa que la fecha de inscripción coincide, fecha de vencimiento el 26/04/20 y código de prestador 1100129786. Se puede verificar si ya tiene su distintivo asignado en la opción de servicios, evidenciando que en consulta externa se establece el No. de distintivo DHS351054. Esta base de datos se alimenta de la información que la ET carga en el día a día. Este mismo proceso se hace para el reporte de novedades.

Los prestadores que requieren visita previa radican carta de solicitud de previsita, información con la que se construye base de datos en la ET con el motivo de solicitud. Para estas visitas hay un plazo de 6 meses para su realización, de esta manera se van incluyendo en la programación, toda vez que estos prestadores no pueden operar hasta que no se realice la visita y se autorice la prestación del servicio.

#### **3.1.4.1.5 Distintivos de habilitación**

Posterior a la entrega de la documentación requerida para la habilitación de los servicios de salud por parte de los prestadores de servicios de salud que no requieren visita previa, el Ente Territorial realiza la revisión de la documentación y de encontrarse completa y sin objeciones, se procede a realizar la habilitación y solicitud de los distintivos al Ministerio de Salud y de Protección Social para la entrega de los mismos.

El aplicativo del Ministerio arroja automáticamente el número de distintivo asignado. La ET con su acceso como administrador del REPS, tiene la opción de distintivos y autorización distintivo electrónico a los prestadores. Acá se digita el código de prestador al que se le va a autorizar el distintivo. Durante la visita, se efectúa verificación con la institución denominada "A UNO DENTAL COLOR", evidenciando que tienes 6 distintivos para

autorizar y se da clic en GENERACION DISTINTIVOS POR SEDE PRESTADOR, pero este proceso solo se puede realizar previa verificación del estado del prestador.

En caso de dar clic allí, los números asignados de distintivo son los que me aparecen al consultar el REPS por servicio. Se le informa al profesional o prestador como debe ingresar para su impresión con su usuario y clave, entra a distintivos de habilitación y selecciona la sede. Para el caso de la visita se revisa al prestador “ESIMED” y la sede a verificar es “CAFI RESTREPO”. Allí se listan todos los servicios de la sede y al final establece si ya está descargado el distintivo. Si es la primera vez, señala el servicio y le da clic en imprimir distintivo. Si esta descargado aparece una ventana con un mensaje que dice: *“El distintivo de habilitación de servicios seleccionado no es posible su impresión nuevamente ya que se debe realizar el proceso de solicitud a la Dirección Territorial de Salud”*.

Lo anterior, teniendo en cuenta que la impresión del distintivo de habilitación por el REPS solo se permite una vez. Esto se puede guardar en PDF para posteriores impresiones. De lo contrario el prestador debe solicitar autorización para una segunda impresión.

Cuando el prestador realiza el proceso de inscripción, la ET coloca un sello donde dice “se autoriza impresión de distintivos”, con fecha y hora de autorización. Así se sabe que se le dio la indicación de impresión. El control sobre el distintivo inicia con su autorización y se vuelve a generar en las visitas de habilitación.

#### **3.1.4.1.6 Verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación**

Tiene por objeto constatar el cumplimiento de las obligaciones que tienen los prestadores de servicios frente al conjunto de requisitos y criterios que deben cumplir para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para la verificación de documentos existe un cheq list dependiendo del tipo de prestador y un formato para las novedades de conformidad con lo establecido en la Resolución 2003 de 2014. La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá cuenta con una carpeta identificada con el nombre de “REQUISITOS DE HABILITACION: 1. Inscripción. 2. Novedades. 3. Autoevaluación y 4. Impresión distintivos.” Al interior se encuentra el listado según el tipo de prestador.

Dentro de los informes de visita de verificación de las condiciones de habilitación se evidencia que se realiza la revisión del desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y del Sistema de información para la Calidad de los prestadores de servicios de salud, en el estándar 5 que son procesos prioritarios

Se revisa la carpeta de “ESPECIALISTAS EN SALUD ESENSA SAS”, visita realizada entre el 23 y 26 de febrero de 2016, evidenciando los siguientes documentos:

- Instrumento general para todos los servicios identificado con el código SDS-IVC-FT164 V1, dentro del cual está el estándar de procesos prioritarios en donde se verifica PAMEC y Sistema de información para la Calidad.
- Instrumentos específicos por servicios, observando un instrumento especial para PAMEC identificado con código SDS-IVC-FT233 V2.
- Formato de informe final de visita con código SDS-IVC-FT005 V4 con la información general del prestador, resultado final de la visita y si cumplió con cada

uno de los estándares, caso en el cual el resultado es “otorgar el certificado de habilitación”. Luego se describen los servicios verificados que son los que posteriormente se van a certificar. Hay un espacio para saber si se impuso alguna medida de seguridad, el servicio, tipo de medida y si se retira el distintivo. Hay otro aspecto en el que se relaciona si se remite a investigación administrativa. En otro campo se determina si se hace la notificación personal o por correo certificado con los soportes, fecha y firmas de prestador y de verificadores.

- Finalmente está el formato de informe al Ministerio de Salud y Protección Social, código SDS-IVC-FT020 V2, instrumento que tienen como guía los técnicos que ingresan la información al REPS, que es básicamente un cuadro resumen del resultado de la visita.

El archivo de los documentos correspondientes a las visitas de verificación, se realiza en carpetas de la siguiente manera:

- Los profesionales independientes, por la letra del 1° apellido.
- Las personas jurídicas por NIT.

#### **3.1.4.1.7 Visitas Previas y programadas**

Con relación a los servicios de oncología, las visitas son previas y prioritarias. El prestador solicita la visita a través de una carta, anexa los documentos soportes los cuales son verificados por parte de la ET y de estar completos, procede a incluirlos en el REPS y asignar un código de prestadores inactivo y remitirlos al Ministerio de Salud y Protección Social - Subdirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. A ellos les corresponde realizar la visita, fecha que debe comunicarse por cualquier medio como mínimo con un (1) día de antelación. En caso de cumplir con las condiciones, el Ministerio de Salud y Protección Social procede a la habilitación del servicio en el REPS activando el código de habilitación e informando a la ET para que autorice la impresión de distintivo de habilitación.

Con relación a la vigencia 2015, se verifica aleatoriamente la carpeta de una visita previa de las 335 realizadas, la cual se constata en la base de “Visitas Previas 2015” entregada durante la auditoría, así:

CLINICA DERMALAIN LASER SAS solicitada el 24/07/15 y realizada el 14/08/15 institución ubicada en la Cra. 15 No. 104-30 Cons. 609, evidenciando los siguientes documentos:

- Formulario con el stiker de radicado de la ET
- CD con autoevaluación
- Certificado de Existencia y Representación Legal
- Fotocopia de cédula de ciudadanía del Representante Legal
- Certificación de suficiencia patrimonial y financiera
- Tarjeta de contador público que expide la certificación anterior
- RUT
- Acta general de Vigilancia y Control de la Oferta que a la fecha de la visita no estaba codificada porque estaba en proceso de cambio de formatos a raíz de la reestructuración de la entidad. Aquí se describe la información general del prestador, miembros de la comisión, fecha de visita, y descripción de los hallazgos de visita

de cada uno de los estándares, finalizando con la firma de los verificadores de la ET y del prestador.

- Acta de asistencia con datos generales del prestador y en observación si se requiere documentos adicionales y citación para entrega del acta general, documento con el que se presenta en la ET para activación de código.
- Listado de instrumentos con estándar, criterio y cumple o no cumple, NA o no verificado y observaciones. Firmado con quien verifico y quien acompaño la verificación por parte del prestador.
- Formato de condiciones técnico administrativas y de suficiencia patrimonial y financiera, realizado por contador.
- Formato de relación de Recurso Humano que apoya la prestación de servicio.

Con relación a la vigencia 2016, se verifica aleatoriamente una visita programada y realizada en el 1° bimestre, así:

LEONARDO JAVIER ROJAS MELO, profesional independiente identificado con CC 79.316.645 ubicado en la Cra. 13 No. 49-40 Cons. 212. La observación anotada en la base de datos “Visitas Sedes Ene 2016” aportada en la auditoría, como situación particular de la visita es “No ubicado en el domicilio” y, como resultado de la visita “investigación administrativa”. Revisada la carpeta se encuentra:

- Formulario de inscripción
- Documentos de identificación
- Soportes de formación académica, en este caso médico y especialista
- Correspondencia y visitas realizadas por la ET.
- Certificación del 2015
- Documentos del 2010
- Documentos del 2013
- Certificación de cumplimiento del 08/01/14 por visita del 11/12/13 que no fue reclamada
- Reporte de novedad de cambio de nomenclatura
- Constancia de autoevaluación de 04/02/15 con vigencia hasta 30/01/16
- Acta de verificación de inactivos del 20/01/16: Se levanta esta acta teniendo en cuenta que visitado el profesional existía otro prestador en el mismo domicilio, motivo por el cual, se remite a investigación administrativa
- Oficio del 19/02/16 mediante el cual el coordinador del grupo de habilitación remite original del acta al grupo de secretaria jurídica que es donde se adelantan las investigaciones administrativas.

#### **3.1.4.1.8 Reporte de novedades**

Los prestadores de servicios de salud reportan las novedades ante la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, diligenciando el formulario disponible en el aplicativo REPS y anexan los soportes correspondientes conforme a lo definido en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte de la Resolución No. 2003 de 2014. La documentación requisito está en la carpeta REQUISITOS DE HABILITACION mencionada en el punto 3.1.4.1.6

### 3.1.4.1.8 Certificación de habilitación de prestadores de servicios de salud

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá informa que para la vigencia 2015 se certificaron 3.005 prestadores de servicios de salud por el cumplimiento de las condiciones de habilitación, tal y como se relaciona en la siguiente tabla:

Tabla N° 73 Certificación de habilitación 2015

PROGRAMACION VISITAS DE HABILITAICON 2015	TOTAL
Plan Programación Visitas año 2015	4200
Total visitas realizadas	3730
Visitas realizadas programadas plan anual	3292
Visitas realizadas no programadas SDS	341
Visitas programadas plan anual no realizadas	908
Visitas realizadas SDS certificadas	3005

Fuente: SDS de Bogotá- Subdirección de IVC de Servicios de Salud

### 3.1.4.1.9 Medidas sanitarias:

Las medidas sanitarias se efectúan conforme al artículo 577 de la Ley 9° de 1979 y pueden ser: amonestación, multas, decomiso y suspensión o cancelación, que en habilitación corresponde a cierre o revocatoria de la habilitación. Siempre que hay una medida sanitaria se genera una investigación administrativa, pero no toda investigación administrativa nace de una medida sanitaria.

Se verifica la carpeta de “GERMAN RIOS GONZALEZ” ubicado en la Cra. 16 No. 82-57 Piso 2 quien tenía habilitado el servicio de medicina nuclear, evidenciando los siguientes documentos: acta de Imposición de medida de seguridad con código SDS-IVC-FT197 V6 con suspensión temporal y preventiva del servicio de medicina nuclear debido a que tenía la licencia de Rayos X vencida. Comunicación dirigida al grupo de Secretaría Jurídica para la investigación administrativa correspondiente con fecha 05/02/16. No se observa dentro de la carpeta del profesional solicitud de levantamiento de medida.

Se revisa la carpeta de “MARTHA INES AGUDELO CANO” ubicada en el Calle 97 No. 23-37 Cons. 504-1. Se observa en la carpeta traslado a investigación administrativa por incumplimiento del estándar tecnológico-científico y de esto se deriva la medida sanitaria de cierre del servicio de toma e interpretación de radiografías odontológicas. Al prestador se le entrega una preforma de solicitud de levantamiento de medida de seguridad con datos generales del prestador, fecha de realizaron de visita, servicios suspendido y descripción del procedimiento realizado para la levantar la medida, que en este caso, fue renovación de licencia de funcionamiento del equipo de Rayos X, finalmente firma del prestador. Este documento es evaluado por los abogados de la Secretaría Jurídica quienes determinan si es procedente la realización de la visita para el levantamiento de la medida, caso en el que envían memorando al referente responsable de realizar la visita. Luego se programa la visita que es avisada y se diligencia el Acta de Levantamiento de medida de seguridad con código SDS-IVC-FT198 V5 que se efectuó el 19/01/16. Luego se notifica nuevamente a la Secretaria Jurídica el resultado de la visita para que obre dentro del expediente de la investigación.



En el grupo que adelanta las investigaciones administrativas (Secretaría Jurídica) que hace parte de la Subdirección de IVC de servicios de salud, se cuenta con la base de datos correspondiente. Se verifica el cuadro resumen de todas las investigaciones administrativas incluidos todos los orígenes, en donde se evidencia lo siguiente para la vigencia 2015 y primer trimestre de 2016:

Tabla N° 74 Investigaciones Administrativas 2015 y 1° trimestre 2016

INVESTIGACIONES ADMINISTRATIVAS		
TIPO DE PRESTADOR	VIGENCIA 2015	1° TRIMESTRE 2016
IPS	493	41
Objeto social diferente	79	16
Profesional Independiente	1522	47
Servicios de transporte especial de pacientes	62	4
<b>TOTAL</b>	<b>2156</b>	<b>108</b>

*Fuente: Grupo Secretaría Jurídica- Subdirección de IVC de Servicios de Salud*

De este total señalado en el cuadro anterior, no está detallado cuales corresponden al tema de habilitación. En trámite, hay 5.486 investigaciones administrativas correspondiente a las vigencias 2013, 2014 y 2015.

Para el año 2015, el grupo de Secretaría Jurídica tenía bajo su custodia 510 expedientes ejecutoriados, así:

- 404 expedientes ejecutoriados con multa, en donde el prestador tiene cinco (5) días hábiles después de ejecutoriada la investigación administrativa para cancelar la multa. En caso de no pago se envía a cobro coactivo.
- 106 expedientes y preliminares con exoneración y amonestación.

### 3.1.4.1.10 Búsqueda activa de prestadores de servicios de salud

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá informa que permanente realiza una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en la jurisdicción, con el propósito de verificar que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación. Se realiza de la siguiente forma:

- Búsqueda activa o “visitas de control” a los prestadores que se les venció la habilitación el 30/01/15, verificando si continúan prestando servicios a través de visita. Se revisa base denominada “(búsqueda activa) Reporte Visitas Control 2015”, evidenciando que para la vigencia 2015 se realizaron 816 visitas.
- A través de los diferentes registros que genera la misma Dirección de Calidad (licencias de salud y seguridad en el trabajo, licencias de equipos de RX, carné de expendedores de drogas, inhumación, exhumación y cremación, servicio social obligatorio, fundaciones sin ánimo de lucro.)
- Por quejas que interponen los ciudadanos sobre prestadores que generan dudas.

- Por publicidad específicamente para prestadores de servicios de estética (Groupon, periódicos de circulación masiva: ADN)

#### **3.1.4.1.11 Asistencia Técnica**

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá brinda asistencia técnica inicialmente con los tutoriales en la página del REPS.

Un segundo momento es cuando se recibe al prestador en sus instalaciones para realizar el proceso de inscripción o reporte de novedad, como también, hay otros usuarios que se acercan exclusivamente a solicitar información del proceso como tal.

Se evidencia un formato de marzo de 2016 denominado REGISTRO DE ASESORIAS identificado con código SDS-CSS-FT002 V4, en el que se realiza un registro permanente de asesoría relacionados con: previsita, pendientes de visita, investigación administrativa o medidas de seguridad. Además, se describen temas y estándares asesorados así: inscripción, novedades, autoevaluación, condiciones técnico científicas, SIRHO (residuos hospitalarios) y suficiencia patrimonial y financiera, registrando si la asesoría fue personal o telefónica. Estas asesorías se brindan por el grupo de INSCRIPCIONES.

No hay visitas específicas para realizar asistencia técnica. Solo se evidencia como material educativo la carpeta que se entrega a los prestadores cuando se acercan a las instalaciones de la Secretaría en donde se consignan los requisitos para cada caso.

#### **3.1.4.1.12 Seguimiento al Sistema Único de Habilitación por parte del Ente Territorial**

La entidad territorial utiliza como principal fuente de información para consulta de los prestadores de servicios de salud que se encuentran habilitados en su jurisdicción, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, del Ministerio de Salud y Protección Social.

El seguimiento a la implementación del Sistema Único de Habilitación se reportó a la SNS durante la vigencia 2015 con oficio del 22/04/15 correspondiente al 1° trimestre

Se reportaron los siguientes indicadores:

- Oferta de servicios
- Cumplimiento del estándar del proceso de verificación
- Cobertura de declaración
- Cobertura de verificación
- Número de entidades cerradas o sancionadas

#### **3.1.4.1.13 Vigilancia y control de los profesionales de la salud en su jurisdicción**

A la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá le corresponde realizar la inscripción del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007 al RETHUS, sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los profesionales con título de formación universitaria en medicina, enfermería, bacteriología, química farmacéutica y fisioterapia deberán solicitar su inscripción en el RETHUS ante los Colegios Profesionales.

Para el resto de profesiones en las cuales no se han delegado estas funciones en un colegio profesional, las Secretarías Departamentales y, en este caso, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección de Calidad- Subdirección de IVC, además de realizar la inscripción al RETHUS, debe expedir el acto administrativo (Resolución), que autoriza a la persona para ejercer su profesión en todo el territorio nacional, previo cumplimiento de los requisitos señalados en la Ley antes citada. Aproximadamente se expiden de 1.200 a 1.400 resoluciones mensuales, trámite que se demora 45 días hábiles hasta la entrega respectiva. De acá se derivan solicitudes de diferentes actores del sistema a la Entidad Territorial para que certifique que el profesional está debidamente inscrito.

A la fecha ya no se expide tarjeta profesional para el ejercicio de la profesión, solo basta con la inscripción para el ejercicio de las profesiones no colegiadas, como también, para las cinco de colegio profesional nombradas anteriormente.

### **3.1.4.2 PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – PAMEC**

El procedimiento para seguimiento al PAMEC se denomina “AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD” codificado con código: SDS-CSS-PR-004 V1 del 01/04/16. La responsable del procedimiento es la Subdirección de Calidad de Servicios de Salud a cargo de una funcionaria de planta del Hospital Pablo VI Bosa que se encuentra bajo la figura de convenio interadministrativo con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá desde hace 6 años.

Las acciones de inspección, vigilancia y control del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud- PAMEC de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se encuentran incluidas dentro del Plan Anual de Visitas de Verificación de las condiciones de habilitación a los prestadores de servicios de salud y se verifican dentro del estándar No. 5 de la Resolución 2003 de 2014 “Procesos Prioritarios”, evaluando las nueve etapas de la ruta crítica. No hay visitas específicas de PAMEC, cumpliendo así con lo estipulado en el artículo 50 del Decreto 1011 de 2006.

Durante las visitas de verificación de condiciones de habilitación, la revisión del PAMEC se efectúa con el instrumento identificado con código SDS-IVC-FT233 V2. Cuando se detecta algún tipo de incumplimiento se anota en el acta de visita correspondiente y se direcciona a la líder del proceso para brindar al prestador la asesoría y asistencia técnica correspondiente.

La asesoría y asistencia técnica brindada por parte de la entidad distrital frente al PAMEC, se encuentra descrita en el documento “Cronograma de Asesoría y Asistencia Técnica PAMEC 205 y 2016”, en donde se establecen las actividades llevadas a cabo por parte de la ET para cada uno de los meses. Los prestadores se acercan por demanda a la sede de la Secretaría los días miércoles de 8:00 a.m. a 12:00 m, en donde se capacitan sobre las generalidades del SOGCS, se realiza una evaluación para medir la adherencia a los conceptos socializados, se lleva control de asistencia y se inscriben en talleres teórico-prácticos que se realizan en un segundo momento.

Se revisa carpeta con listado de asistencia a capacitaciones los días miércoles debidamente organizada por meses. El listado esta codificado con código: SDS-PYC-FT-

002 V1. Se registra la firma de las personas que asistieron, registro que se lleva por número de IPS capacitadas. Se evidencia matriz de control de actividades, en la que se lleva el seguimiento de tendencia a capacitaciones durante cada vigencia fiscal, desde el año 2011 al primer bimestre de 2016, así:

Tabla N° 75 Capacitaciones PAMEC 2011-2016

CAPACITACIONES PAMEC 2011 - 2016	
AÑO	NUMERO DE CAPACITACIONES IPS
2011	445
2012	369
2013	552
2014	366
2015	349
1° Bimestre 2016	69
<b>TOTAL</b>	<b>2150</b>

Fuente: Matriz control de actividades Calidad PAMEC

En un segundo momento se realizan dos sesiones adicionales que corresponden a los talleres teórico-prácticos de cuatro horas cada uno, cuyo objetivo es brindar asesoría y asistencia técnica a las IPS en la formulación e implementación del PAMEC, con el fin que las instituciones realicen acciones de mejoramiento en la calidad de la prestación de sus servicios centradas en el usuario, los cuales van dirigidos al personal profesional. Previamente se les envía la guía para elaboración del PAMEC y las pautas indicativas de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social que se encuentran vigentes a la fecha, acta de compromiso y lecturas a tener en cuenta. En el taller se hace entrega de formatos para el diligenciamiento por parte de los prestadores. Se evidencia carpeta de asistencia a los talleres No.1 y No. 2. Es de anotar, que en el acta de compromiso se establece que la IPS se compromete a radicar su PAMEC en medio magnético acorde a los lineamientos dados durante el taller, 15 días después de finalizado el mismo.

Una vez terminados los talleres, se realiza asistencia técnica personalizada en la elaboración del documento PAMEC la cual fue agendada el día del taller. Se verifica que el documento PAMEC este alineado con las orientaciones de las guías del Ministerio. Se evidencia carpeta de la asistencia personalizada. Esta asistencia se brinda a:

- Prestadores privados de Bogotá que asisten por invitación de la Secretaría Distrital, por iniciar nuevo ciclo de PAMEC o porque ya conocen las asesorías brindadas por la ET.
- Prestadores redireccionados a partir de las visitas realizadas por las comisiones de habilitación.
- Prestadores que solicitan previsitas
- Prestadores redireccionados de visitas por quejas.

Una vez se da el visto bueno al documento PAMEC puede ser radicado en la ET, incluyéndolo en la carpeta correspondiente por prestador. Lo anteriormente informado, sirve de insumo a la ET para realizar el informe de gestión correspondiente. Se verifica INFORME DE GESTION AÑO 2015 en el cual se establecen los siguientes indicadores

que permiten generar mayor seguimiento a las actividades de asesoría y asistencia técnica realizadas en el PAMEC:

- Tendencia grado de conocimiento del SOGCS 2015: En las capacitaciones se aplica un instrumento para medir el grado de conocimiento del SOGCS, el instrumento se aplica por IPS y se evalúa al final de dicha capacitación. La tendencia es estable y se mantiene entre 75% y 90%.
- Tendencia asistencia técnica de acuerdo a la demanda: El número de IPS que asisten a las capacitaciones está directamente relacionado con las visitas que realiza el grupo de vigilancia y control, con el número de quejas que ingresan a la Secretaría Distrital de Salud y con las previsitas solicitadas. Sin embargo, se observa una tendencia muy variable, con picos en el mes de febrero y septiembre (52 y 45 respectivamente), donde se intensificaron las visitas a IPS.
- Clases de IPS asesoradas 2015: El número mayor de IPS que acuden a las capacitaciones corresponden a los prestadores ambulatorios (204), seguido de las IPS odontológicas (40) y apoyo diagnóstico (24).

De otra parte, la Secretaría Distrital de Salud entrega información relacionada con los prestadores que cumplieron con el PAMEC para la vigencia 2015 y 1° bimestre de 2016, evidenciando lo siguiente:

Tabla N° 76 Prestadores cumplimiento PAMEC 2015 y 1° bimestre 2016

PRESTADORES CON CUMPLIMIENTO DE PAMEC		
CLASE DE PRESTADOR	VIGENCIA 2015	1° BIMESTRE DE 2016
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	187	11
Transporte espacial de pacientes	22	1
<b>TOTAL</b>	<b>209</b>	<b>12</b>

*Fuente de información: SDS de Bogotá - Base de Datos Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud*

De lo anterior se concluye que de 349 instituciones prestadoras de servicios de salud verificadas para la vigencia 2015, el 54% cumplió con el PAMEC y de 45 servicios de transporte especial verificados, el 49% dio cumplimiento al PAMEC.

Clase de Prestador	Número Total Verificados	Prestadores que cumplieron PAMEC	% de cumplimiento de PAMEC
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	349	187	54%
Servicios de Transporte Especial de Pacientes	45	22	49%

*Fuente: SDS de Bogotá - Reporte Cumplimiento Verificación de las Condiciones de Habilitación 31 dic. 2015 Vs cumplimiento PAMEC*

### 3.1.4.3 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

El proceso de recopilación y consolidación de la información se encuentra documentado en el procedimiento denominado “SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD” elaborado el 28/01/16, Versión 1, en proceso de revisión para integrarlo al Sistema de Gestión de Calidad, motivo por el cual, a la fecha de la visita no se encuentra debidamente codificado. Verificado el aplicativo ISOLUCION no se encuentra el formato publicado. A pesar de que el formato se encuentra aprobado 29/01/16 por parte de la Dra. Isabel Cristina Artunduaga, no ha sido publicado teniendo en cuenta el cambio de Director de Calidad.

Dentro del grupo de Sistema Único de Habilitación se encuentra la profesional líder encargada de recolectar y consolidar los datos para el reporte de información para la calidad en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

El procedimiento realizado a la fecha está relacionado con lo definido en la Resolución 1446 de 2006 que reglamenta el Sistema de Información para la Calidad como componente del SOGCS.

El procedimiento se realiza así:

- Ingreso a la página web Supersalud para consulta de base de indicadores calidad IPS de acuerdo al periodo analizar. Para el caso de la visita corresponde al 1° semestre 2015, toda vez que a la fecha no hay información cargada sobre 2° semestre de 2015.
- Captura de los datos correspondientes a Bogotá.
- Consolidación de información en base de Excel
- Definición del grupo objeto de análisis
- Análisis de la información teniendo en cuenta valores regulares o irregulares, comportamiento negativo o positivo y reporte completo por prestadores y sedes.
- Elaboración de informe

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá definió el siguiente grupo objeto de análisis de indicadores:

- IPS privadas: 49
- IPS públicas del orden departamental y nacional: 4
- IPS públicas de la red distrital: 22

El análisis se efectuó a la totalidad de las sedes que corresponden a cada una de las razones sociales analizadas así:

- Privadas con 346 sedes
- Publicas del Orden Nacional y Departamental con sus 4 sedes
- IPS públicas de la red distrital con 168 sedes para un total de 518 sedes analizadas.

En el análisis se tuvo en cuenta el reporte por cada razón social y por cada una de las sedes que componen su red de atención. Se analiza el comportamiento negativo o no de los indicadores teniendo en cuenta estándares normativos (Circular 056 de 2009- Indicadores de Alerta temprana y Decreto Ley 019 y su reglamentación). Sobre el análisis

efectuado se realizó informe en octubre de 2015 denominado “*Análisis del reporte a SNS de indicadores de calidad 1° semestre de 2015, por IPS privada, públicas del orden nacional, departamental y de la red distrital, que hacen parte del pacto de seguridad del paciente suscrito con la SDS*”, en el que se concluye lo siguiente:

- De 49 IPS privadas analizadas (Razón Social) se encuentra que en 8 no se evidencian indicadores con comportamiento negativo ni con reporte irregular (16.32%).
- De 49 IPS privadas analizadas (Razón Social) se encuentra que 2 no realizaron reporte I semestre 2015 a Supersalud (CLINICA PARTENON LIMITADA, ORTHOHAND SAS) (4.08%).
- Las 4 IPS públicas del orden nacional y departamental analizadas presentan indicadores con comportamiento negativo y/o con reporte irregular.
- De las 22 IPS públicas de la red distrital analizadas (Razón Social) se encuentra que en 7 no se evidencian indicadores con comportamiento negativo ni con reporte irregular (31.81%).
- Se evidencia que algunas sedes reportan indicadores de servicios que no se encuentran habilitados.
- Se evidencia que no todas las IPS analizadas reportan los indicadores para la totalidad de las sedes inscritas en el REPS.

De lo anterior surgió lo siguiente:

- Se emite un documento que se denominó “Lineamientos para la recolección y construcción de indicadores del sistema de información para la calidad de los servicios de salud en Bogotá D.C.”
- Capacitación en indicadores de calidad dirigida a ESE de la red distrital. Se evidencia Acta de reunión del 27/07/15 con código 114-MEC-FT-001 V4 con el objeto de capacitar a funcionarios de las IPS del Distrito Capital sobre aspectos claves relacionados con el Sistema de Información para la Calidad y acta de asistencia con Código 114-MEC-FT.002 V1
- Socialización del documento de lineamientos referido anteriormente realizado en 18 de diciembre de 2015 por medio de Taller de indicadores de calidad realizado con las ESE del distrito.

Es de anotar, que según resolución 1446 de 2006 la ET debe cumplir y hacer cumplir las disposiciones de esta norma, y para ello revisa durante las visitas de habilitación el reporte oportuno de los prestadores en el estándar No. 5 procesos prioritarios con el siguiente criterio” *se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la SNS en los plazos definidos.*” Es acá donde se realiza esta verificación prestador a prestador. Esto se hace con el instrumento codificado con código SDS-IVC-FT164 V1.

Otros reportes:

- Ficha de autoevaluación ET. Se envía de forma trimestral. Se trabaja el módulo II (Salud) y modulo V (Tecnología) por parte la Dirección de Calidad de Servicios de Salud y se reporta a la Dirección de Planeación Sectorial para su consolidación y envió a la Superintendencia Nacional de Salud.
- Reportes de circular única. En esta área se manejan los archivos 525 semestral y 526 se reporta de forma anual.

### **3.1.4.4 IVC AL REPORTE DE LOS PLANES DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO**

#### **3.1.4.4.1 Manual de procesos para la recolección, análisis y consolidación de los Planes de Mantenimiento Hospitalario.**

El proceso de mantenimiento hospitalario se encuentra contenido en el procedimiento “VISITAS DE VERIFICACION PLANES DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO Y EJECUCION PRESUPUESTAL”, codificado con el código SDS-IVC-PR-013 V5 aprobado el 12/08/15, cuyo objetivo es verificar los componentes y criterios básicos para la asignación y utilización de los recursos financieros, 5% del presupuesto total, destinados al mantenimiento de la infraestructura y de la dotación hospitalaria, así como la inspección de actividades tendientes a mejorar el funcionamiento de los equipos médicos y a la prevención y corrección de avería en infraestructura (Decreto 1769 de 1994). El alcance del procedimiento inicia con la identificación de las IPS privadas y públicas con asignación del 5% de los recursos financieros destinados al mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria, que les representen más de un 30% de sus ingresos totales, termina con el cumplimiento de los puntos establecidos en el plan de mantenimiento y ejecución presupuestal o en caso de incumplimiento, cuando se remita a investigación administrativa.

#### **3.1.4.4.2 Estructura administrativa encargada de realizar el análisis y evaluación de los planes de mantenimiento hospitalario**

El proceso tiene dos partes, una técnica y una contable en cabeza de dos funcionarias contratistas. A la fecha la funcionaria responsable se encuentra vinculada a la entidad con un contrato que inició el 27/04/16 por 4 meses.

#### **3.1.4.4.3 Verificación y análisis del contenido de los Planes de Mantenimiento Hospitalario**

- El proceso inicia solicitando la información a los prestadores mediante oficio, recordándoles la obligación que tienen por Circular Única y por Decreto 1769 de 1994, otorgándoles como fecha límite para el reporte de información el 30 de enero. Esta comunicación va dirigida a las 22 ESE distritales y a las IPS privadas que conforme a la información que envía aseguramiento tienen contrato con el estado. Se evidencia oficios dirigidos a los 22 ESE, en el que se les solicita:
- Enviar ejecución presupuestal con el valor y porcentaje asignado a las actividades de mantenimiento hospitalario en la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior.
- Plan de Mantenimiento para la vigencia fiscal vigente en el formato establecido por la SNS: SNS 3000 PMH conforme a lo establecido en el Decreto 1769 de 1994.
- Una vez remitido el oficio en diciembre, en enero se inicia el recibo de correspondencia y se hace consolidado de la información que llega con el formato identificado como “Planilla seguimiento visitas Mantenimiento Hospitalario” código 114 VYC-FT 116 V1, formato que a la fecha fue modificado por el proceso de reestructuración de la Secretaría Distrital de Salud asignándole nuevo código: SDS-IVC-FT22 V2, el cual se encuentra publicada en el aplicativo ISOLUTION.



- En la planilla señalada en el punto anterior los campos son: fecha de recibo de documentos, fecha de visita, razón social, dirección, tipo de entidad, cumplimiento del Decreto 1769, si cuenta con plan de mantenimiento, si cumple con anexo No. 4 que corresponde a la asignación del 5% del total del presupuesto y observaciones.
- Posteriormente, viene el análisis a los planes de mantenimiento hospitalario en donde se anotan las observaciones correspondientes para efectuar el requerimiento a que haya lugar.
- Por cada institución se lleva carpeta que se identifica con la razón social de la entidad y el nombre de MANTENIMIENTO HOSPITALARIO. Se verifica carpeta del HOSPITAL SANTA CLARA evidenciando los siguientes documentos: formato “Instrumento verificación Mantenimiento Hospitalario” código SDS-IVC-FT-125 V4, correspondiente a la verificación técnica de los aspectos de mantenimiento hospitalario realizada el 18/08/15, plan de mantenimiento hospitalario recibido el 30/01/15 y formato de acta de visita de mantenimiento hospitalario con código SDS-IVC-FT58 V2 realizada el 18/08/15.

#### **3.1.4.4.4 Seguimiento a la ejecución del Plan de Mantenimiento Hospitalario**

Con los documentos anteriores se procede a realizar la visita en donde se verifican las condiciones y cumplimiento del plan enviado a la Entidad Territorial, específicamente los siguientes aspectos:

- Responsable del proceso
- Elaboración el plan y si cumple con del Decreto 1769
- Contratos, monto y vigencia tanto para equipos biomédicos como infraestructura.
- Recurso humano de entidad: profesional, técnico y auxiliar y si es propio o de contrato
- Caja menor
- Hojas de vida de equipos
- Cronograma de mantenimiento
- Capacitación al personal que manipula los equipos
- Auditorías a los contratos y a los equipos
- Inventario de equipos y planos
- Espacio físico para realizar actividades
- Dotación de herramientas requeridas para las actividades de mantenimiento hospitalario.
- Estado de equipo y si el mantenimiento es propio o contratado y condiciones en las que se encuentra.

Se registra el acta de visita y si queda algún pendiente se cita al vigilado a la sede de la Secretaría, otorgándole un plazo de quince (15) días para completar la información. Una vez verificada, se da por concluida la visita.

Para la vigencia 2015 se visitaron las veintidós (22) ESE distritales, dos (2) ESE del orden nacional: Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta e Instituto Nacional de Cancerología y una (1) ESE de orden departamental: Hospital Universitario de la Samaritana.

Con las IPS privadas primero el contador realiza visita en la que verifica que la venta de servicios tenga un 30% a la red pública. Si no es así no le aplica el control por parte de la Entidad Territorial al Plan de Mantenimiento Hospitalario (PMH).

Es de anotar, que durante las visitas se verifica la parte técnica del PMH de la vigencia en la que se realiza la visita, mientras que el componente financiero se verifica con la vigencia fiscal anterior.

Después del proceso anterior, se procede a la consolidación de la información en un informe de gestión en el que se anexa el formato correspondiente código FI-ATSA-220112 V4 de la Superintendencia Nacional de Salud, documento en el que se informa las instituciones que van a proceso administrativo sancionatorio por incumplimiento en la asignación y ejecución del 5%. Para la vigencia fiscal 2015 se remitieron 16 ESE de las 22 ESE de carácter distrital a investigación administrativa, con excepción del Hospital Nazareth, La Victoria, Kennedy, Tunal, Fontibón y San Cristóbal. La Dirección de Calidad de Servicios de Salud envió este consolidado mediante correo electrónico de fecha el 15/01/16 a la Oficina de Control Interno que son los encargados del cargue de información a la SNS.

Con relación a la parte financiera de Mantenimiento Hospitalario, en la visita de campo se aplica el instrumento “Acta de visita Hospitales Públicos o IPS Privadas –Verificación contable de Mantenimiento Hospitalario” que no está debidamente codificado. A la fecha de la visita se encuentra codificado el instrumento para entidades públicas SDS-IVC-FT-126 V4 y para IPS privadas SDS-IVC-FT-012 V3, en donde se verifica el cumplimiento del Decreto 1769 desde el aspecto contable. Se constata la información reportada en el Anexo No. 4 donde se solicita: presupuesto de la vigencia anterior, si se asignó el porcentaje de norma, como está distribuido: infraestructura, dotación, mantenimiento del equipo biomédico, otros de Diagnóstico, de uso industrial hospitalario, del equipo de lavandería y cocina, muebles de uso asistencial y administrativo y del equipo de comunicaciones e informática.

Se verifica también, cómo va la ejecución presupuestal del periodo en curso para validar que se estén ejecutando debidamente los recursos, se señalan los hallazgos correspondientes y recomendaciones, dando la posibilidad al visitado para que anote sus observaciones en caso de estar en desacuerdo. Finalmente, las firmas correspondientes, dejando copia del acta de visita al vigilado. Acá termina el proceso para los prestadores que cumplen, los que presentan algún tipo de incumplimiento se remiten a investigación administrativa, mediante carta dirigida a la Secretaria Jurídica de la Subdirección de IVC para que se realice la apertura de investigación, anexando resumen del informe de visita.

Con relación al 1° bimestre de 2016, hasta ahora se observa el consolidado de la recepción de la información y validación de las 26 instituciones. Esta por programar la visita correspondiente.

#### **3.1.4.4.5 Reporte de los archivos tipo 525 y 526 a la Superintendencia Nacional de Salud**

El responsable de la validación y cargue de los archivos a la Superintendencia Nacional de Salud es la Oficina de Control Interno de la Entidad Territorial.

Para la vigencia 2015, el 1° semestre se cargó el 21 de julio de 2015 con corte a 30 de junio de 2015 que corresponde al periodo 41. El 2° semestre se reportó el 20 de enero de 2016 con fecha de corte 31 de diciembre de 2015 correspondiente al periodo 43. Se evidencia pantallazo del periodo 43 en el que se obtuvo un resultado exitoso con cargue No extemporáneo.

Con relación a este punto la entidad territorial hace entrega de informe suscrito por la Oficina de Control Interno relacionado con la presentación de información de la Circular Única a la Superintendencia Nacional de Salud, en donde se establece la instrucción impartida en la Circular 062 de 2010 frente al cronograma de envío de información de manera trimestral. Así mismo, se menciona que el 07 de enero del año en curso se remitió memorando dirigido a las Direcciones responsables de emitir la información, solicitándoles el envío de los archivos debidamente validados, a más tardar el día 15 de enero, para dar cumplimiento al periodo 43 de 2015.

No obstante lo anterior, el procedimiento de “VISITAS DE VERIFICACION PLANES DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO Y EJECUCIÓN PRESUPUESTAL” código SDS-IVC-PR-013 V5, no se encuentra debidamente actualizado frente al reporte de información a la SNS conforme a lo establecido en la Circular Única y Circular 062 de 2010, toda vez que en el ítem No. 13 se establece: “*Enviar anualmente (antes del 30/03) a la Superintendencia Nacional de Salud consolidado de acciones de Inspección, vigilancia y control*”. Es decir, que no se está teniendo en cuenta el periodo de corte ni la fecha de reporte señalada en la Circular 062 de 2010, (Capítulo Entidades Territoriales – Secretarías de Salud Departamental), como tampoco, se describe la remisión del archivo 525 “*Consolidado ejecución presupuestal Mantenimiento Hospitalario*” conforme a lo señalado en el numeral 8.1.1.2.7 Título V Entidades Territoriales y Archivos SOGC - Título XI Anexos Técnicos de la Circular Única, motivo por el cual, se recomienda que el área encargada de la Entidad Territorial efectúe la correspondiente actualización de conformidad con la normatividad vigente.

### 3.1.4.5 RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

El procedimiento para el seguimiento a la red de prestación de servicios de salud se denomina “ORIENTACION PARA LA CONFORMACION DE LAS REDES DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD DEL D.C.” codificado con código: SDS-PSS-PR-016 V1 del 26/08/15. La responsable del procedimiento es la Dirección de Provisión de Servicios de Salud que hace parte de la Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento. Con corte a 31 de diciembre de 2015, la Dirección contaba con 16 funcionarios de planta y 65 contratistas, personal que disminuyó para la fecha de la visita, en la que se contaba con 14 personas de planta y 49 de contrato, desagregados, tal y como se relaciona en el siguiente cuadro:

Tabla N° 77 Personal Dirección de Provisión de Servicios de Salud

	NIVEL	31/12/2015	28/04/2016
PLANTA	DIRECTOR	1	1
	AUXILIAR	1	1
	SECRETARIO	1	1
	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	13	11
	<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>14</b>

	<b>NIVEL</b>	<b>31/12/2015</b>	<b>28/04/2016</b>
PERSONAL DE CONTRATO	ASISTENTE	5	2
	TECNICO	1	2
	TECNOLOGO	0	0
	UNIVERSITARIO	9	5
	ESPECIALIZADO	50	40
	<b>TOTAL *</b>	<b>65</b>	<b>49</b>

*\*Incluidos 8 Prof. Especializado y 1 Prof. Universitario en trámite  
Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud*

La Dirección de Provisión de Servicios de Salud es la encargada de orientar la conformación de las redes de prestación de servicios de salud en el D.C en el marco de las políticas, planes, programas y normativa vigente relacionados con la provisión de servicios de salud, en respuesta a las necesidades de salud de la población. En las redes están incluidas: la red general, redes prioritarias y redes de interés en salud pública.

El proceso de conformación de las redes de prestación de servicios inicia con un diagnóstico de la situación, en el que se realiza un análisis de demanda y oferta. Posteriormente se define el lineamiento y metodología para la conformación. Con las necesidades de la población se verifica cómo se presta la atención de baja, mediana y alta complejidad, de tal manera que se garantice la atención integral de los usuarios. Esto se hace teniendo en cuenta las políticas, planes, programas y modalidades de atención. Una vez terminado el diagnóstico, se realiza la propuesta de reorganización de la red que parte de un marco conceptual en el que se considera el modelo de atención en salud. Luego de estar organizada la red como tal, se presenta al Ministerio de Salud y Protección Social quien da el aval, para posteriormente proceder a la implementación y seguimiento correspondiente.

A través de la Resolución No. 690 de 2012 de la Secretaría Distrital de Salud, se oficializa la conformación de cuatro (4) redes territoriales de hospitales públicos para el desarrollo del modelo de atención en salud, buscando operar integral y coordinadamente en condiciones de viabilidad empresarial, técnica y financiera, para garantizar la sostenibilidad de las Empresas Sociales del Estado que las conforman, garantizándose las condiciones de complementariedad en los portafolios de servicios en las instituciones de primero, segundo y tercer nivel de atención.

Así las cosas, se evidencia que la Entidad Territorial cuenta con un documento de *“Actualización de la red prestadora de servicios de salud de Bogotá – Red pública de prestación de servicios de salud de Bogotá D.C.”* formulado en el marco del programa de Reorganización, rediseño y modernización de redes de prestación de servicios de salud del nivel nacional, el cual fue aprobado por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social mediante concepto de fecha 08/08/13. El 1º seguimiento se hizo en el 2015 correspondiente a la vigencia 2014, el cual se presentó al Ministerio de Salud y Protección Social. Se evidencia documento denominado *“Seguimiento a la implementación de la red pública prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C., año 2014”*, con fecha septiembre de 2015.

A la fecha de la visita se estaba realizando el seguimiento de la vigencia 2015, toda vez que la información oficial esta validada al mes de mayo, conforme al Decreto 2193 de 2004. (Sistema de Información Hospitalaria SIHO).

A partir de la expedición del Acuerdo No. 641 del 06 de abril de 2016 por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá D.C., determinando la fusión de algunas entidades y la creación de otras, corresponde efectuar la actualización del documento de red antes citado. De conformidad con el artículo 3° del Acuerdo 641, se establece un periodo de transición de un año contado a partir de su expedición, para efectuar los trámites necesarios para el perfeccionamiento del proceso de fusión de las Empresas Sociales del Estado.

Por lo anteriormente expuesto, mediante comunicación radicada con el No. 2016EE25433 del 21 de abril de 2016, el Secretario de Salud de Bogotá ofició al Señor Ministro de Salud y Protección Social, informándole, entre otros aspectos, que el Concejo de Bogotá mediante la expedición del Acuerdo No. 641, estableció la fusión de las ESE adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en las siguientes ESE:

- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE
- Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE
- Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

Así mismo se señala en la comunicación que nos ocupa, que la SDS ha acogido el proceso de Asistencia Técnica brindado por el Ministerio, a través de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y Atención Primaria, concertando plan de trabajo para la elaboración del documento de Red de Servicios de Salud que incluye la reorganización de la prestación en la Red Pública de Bogotá , D.C., y que soportan técnicamente las decisiones planteadas en el Acuerdo en mención, dentro del periodo de transición en él establecido

Por lo anterior, la ET ha tenido reuniones de asistencia técnica con el Ministerio de Salud y Protección Social, se definieron conjuntamente los contenidos de la documentación técnica para la actualización del documento de red y se estableció una propuesta de cronograma la cual se encontraba para aprobación a la fecha de la visita.

### **HALLAZGO No. 30**

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a la fecha de la visita contaba con su red de servicios de salud reorganizada conforme a lo señalado en el artículo 2° del Acuerdo No. 641 de 2016, sin tener el documento de red prestadora de servicios de salud debidamente actualizado, el cual debe contar con la viabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, vulnerando así lo señalado en el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, en concordancia con lo señalado en el artículo 267 de la Ley 1753 de 2015.

### **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*“...La Secretaría Distrital de Salud, en cumplimiento del Artículo 156 de la ley 1450 del 2011, en el marco del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes, presentó al Ministerio de Salud y Protección Social el documento de reorganización de la Red Pública de*

servicios de salud del Distrito Capital, obteniéndose el Concepto de Viabilidad Técnica bajo el radicado 2013231000992381 de fecha 8 de Agosto de 2013.

El Concejo de Bogotá mediante Acuerdo 641 de Abril 6 de 2016, efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, modificando el Acuerdo 256 de 2006, razón por la cual y en cumplimiento del Artículo 3, establece la Transición del proceso de fusión de las ESE, por un término de un año a partir de la fecha de expedición del mismo, para adelantar los actos administrativos, presupuestales y demás trámites necesarios, entre ellos, la elaboración de la propuesta de actualización de la red. Es así como se elaboró el documento de Reorganización de la Red Pública de Servicios de Salud de Bogotá D.C., y se presentó ante el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante radicado 2016EE41958 del 24 de Junio de 2016 y al momento nos encontramos a la espera del concepto técnico.

Así las cosas, de conformidad con los argumentos esbozados se solicita el levantamiento del presente hallazgo...”

## ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR

Frente a las explicaciones brindadas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá debe precisarse que, si bien el artículo 3° del Acuerdo 641 de 2016 establece un periodo de un año contado a partir de la expedición del mismo para la transición del proceso de fusión de las ESE, este tiempo se otorga, tal y como lo señala la misma norma, “... con el fin de **efectuar la expedición de los actos administrativos, presupuestales y demás trámites necesarios para el perfeccionamiento del proceso de fusión de las Empresas Social del Estado...**” (Negrilla fuera de texto).

En este contexto, manifiesta la entidad territorial en su respuesta, se elaboró el documento de Reorganización de la Red Pública de Servicios de Salud de Bogotá D.C., y se presentó ante el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante radicado 2016EE41958 del 24 de junio de 2016, encontrándose a la espera del concepto técnico.

De acuerdo con la normatividad vigente, específicamente el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011 “...El Ministerio de la Protección Social **tendrá a su cargo viabilizar el programa respectivo de cada entidad territorial** competente; definir el proceso de aprobación, la metodología, los criterios e indicadores que deberán contener estos programas, los cuales en cualquier caso estarán en armonía con los planes financieros integrales del régimen subsidiado territoriales. En el caso de los municipios certificados, el programa deberá contar con el concepto favorable del departamento respectivo...”

En concordancia con lo anterior, el artículo 10 de Decreto 1141 de 2013 establece: “...**Adecuación de la red de prestación de servicios de salud.** En los casos en los que proceda la liquidación, supresión o **fusión de una Empresa Social del Estado**, el Gobernador o Alcalde Distrital, respectivo, **deberá presentar a consideración del Ministerio de Salud y Protección Social para su viabilidad**, las adecuaciones a la red de prestación de servicios que se requieran, a efectos de asegurar la continuidad de la prestación de servicios de salud...” (Negrilla fuera de texto).

Así las cosas y en virtud de lo expresado en las normas antes señaladas, este Despacho considera que la propuesta presentada por la entidad territorial ante el Ministerio de Salud y Protección Social el pasado 24 de junio, requiere de su aprobación antes de ser implementada, toda vez que es al Ministerio a quien le compete emitir el concepto técnico que determina si desde el punto de vista de prestación de servicios de salud y de

sostenibilidad de las entidades que conforman las “Subredes Integradas de Servicios de Salud” la propuesta es viable, así como también, ha de tenerse en cuenta que su implementación final está sujeta a dar solución a los aspectos que considere el Ministerio en su análisis, si a ello hay lugar.

De lo anterior se concluye, que la actuación de la Entidad Territorial de implementar el modelo de atención en salud aprobado por el Acuerdo 641 de 2016, sin el concepto previo del Ministerio de Salud y Protección Social, puede constituirse en un riesgo en salud para la población pobre y vulnerable atendida en los diferentes hospitales del distrito.

## **CONCLUSIÓN**

Se confirma el hallazgo

### **1.1.4.5.1 SISTEMA DE INFORMACION DE CAPACIDAD INSTALADA**

La Dirección de Provisión de Servicios de Salud cuenta con un sistema de información de capacidad instalada y producción de servicios de salud – CIP, en el que se recoge periódicamente esta información a través de una conexión vía web con todos los hospitales de la red pública adscrita a la Secretaria Distrital de Salud.

Durante la visita se verifica el aplicativo correspondiente, al cual se ingresa con un usuario y contraseña. Cuenta con roles establecidos para el manejo de la información, existiendo 22 administradores locales, uno por cada ESE y un responsable en la Entidad Territorial.

Al ingresar al lado izquierdo del aplicativo se evidencian los siguientes módulos:

- Módulo de administración: en donde se valida que la producción corresponda al portafolio habilitado para cada entidad.
- Módulo de gestión de producción: en donde se reporta la información de producción de todos los servicios autorizados.
- Módulo de Infraestructura: que incluye la capacidad instalada de cada servicio.
- Módulo de gestión del talento humano: en donde se carga información de la disponibilidad del talento humano asistencial destinado a la producción de servicios.
- Módulo de reportes: es el que genera los informes correspondientes. Estos reportes son el insumo para el seguimiento a la implementación de la red, así: Decreto 2193, informe de gestión, análisis de oferta-demanda, informe de utilización, informe de variación porcentual e informe de seguimiento. Este último es el insumo para todos los procesos que tienen que ver con la red aprobada, así como generar los reportes para el seguimiento anual de la implementación de la red pública aprobada que se remite al Ministerio de Salud y Protección Social.

Todos los módulos tienen cargue mensual excepto infraestructura que es anual.

### **3.1.4.6 CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES – CRUE**

#### **3.1.4.6.1 CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES – CRUE**

De acuerdo a la definición establecida por la Resolución 1220 de 2010, “(...) *El Centro Regulador de Urgencia, Emergencias y Desastres, CRUE, es una unidad de carácter operativo no asistencial, responsable de coordinar y regular en el territorio de su jurisdicción, el acceso a los servicios de urgencias y la atención en salud de la población afectada en situaciones de emergencia o desastre (...)*”, por lo que corresponde a las direcciones territoriales de salud su organización, operación y funcionamiento de acuerdo al mandamiento establecido en el artículo 18 del Decreto 4747 de 2007 y el numeral 43.2.4 del artículo 43 de la Ley 715 de 2001.

El objeto de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres es el de:

- a) Garantizar una adecuada y oportuna regulación de pacientes urgentes.
- b) Garantizar la coordinación para la atención de emergencias o desastres.
- c) Estandarizar los procesos de referencia y contrarreferencia.
- d) Integrar en forma adecuada los recursos relacionados urgencias, emergencias y desastres, a través del fomento de la cooperación y la articulación de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD).

##### **3.1.4.6.1.1 Acto administrativo de organización y operación del CRUE.**

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá se encuentra garantizando de manera directa la organización y funcionamiento del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE). Con el Decreto No. 812 de 1996 se realiza la reorganización de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y se crea la Unidad Administrativa Centro Regulador de Urgencias, acto administrativo expedido por la Alcaldía de Bogotá.

Posteriormente, con la expedición del Decreto No. 507 de 2013 que modifica la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se crea la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud que cuenta con dos brazos operativos:

- Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE): Esta subdirección no es solamente el centro operativo sino también quien dirige el programa de atención prehospitalaria.
- Subdirección de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

##### **3.1.4.6.1.2 Requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento del CRUE**

El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá funciona las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana.



El desarrollo de las funciones que se le asignan al CRUE se realiza de manera directa, para lo cual cuenta con la planta de personal que integra la Dirección de Urgencias y Emergencias.

#### **3.1.4.6.1.2.1 Humanos:**

El CRUE de la Secretaría de Salud de Bogotá cuenta con los siguientes funcionarios:

- **Director de Urgencias y Emergencias en Salud**  
Cargo ocupado por médico con especialidad en Cirugía General
- **Subdirector Centro Regulador de Urgencias y Emergencias**  
Cargo ocupado por médico con especialización en Auditoría en Salud, Gerencia Hospitalaria y Evaluación y Desarrollo de Proyectos.
- **Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres**  
Cargo ocupado por médico con especialización en Gerencia de la Salud Pública.
- **Reguladores de Urgencias:**  
Cuenta con cinco (5) médicos reguladores de planta y 16 médicos vinculados a través de contrato de prestación de servicios, tercerizados con el Hospital La Victoria a través de una temporal de trabajo denominada OCUPAR TEMPORALES con turnos las 24 horas de día distribuidos así:
  - Turnos de día: 7:00 am a 1:00 pm  
1:00 pm a 7:00 pm
  - Turno nocturno: 7:00 pm a 7:00 am
  - Los fines de semana son turnos de 12 horas de 7:00 am a 7:00 pm  
7:00 pm 7:00 am
- **Operadores de radio:**  
La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá cuenta con ocho (8) operadores de radio de la planta (corresponden a los Auxiliares Administrativos) y 24 de contrato (corresponden a los Despachadores) distribuidos en los siguientes turnos:  
  
Los de planta con turnos de 8 horas:
  - 6:00 am a 2:00 pm
  - 2:00 pm a 10:00 pm
  - 10:00 pm a 6:00 am  
Los contratistas con turnos de 6 horas:
  - Turnos de día: 7:00 am a 1:00 pm  
1:00 pm a 7:00 pm
  - Turno nocturno: 7:00 pm a 7:00 am
- **Personal de Apoyo:**  
Cuenta con los siguientes funcionarios de la planta
  - (3) Profesionales Especializados
  - (4) Profesionales Universitarios

- (3) Técnicos Operativos
- (8) Auxiliares Administrativos
- (1) Secretaria Ejecutiva

Cuenta con los siguientes funcionarios vinculados por contrato:

- (71) Técnicos Auxiliares de Regulación Medica
- (24) Despachadores
- (8) Psicólogos – Atención en Salud Mental de Urgencia
- (1) Psiquiatra
- (4) Gestores de Recursos: encargados de salir a campo para realizar el seguimiento a las condiciones internas y externas a las unidades móviles que participan en el programa de atención prehospitalaria.
- (8) Gestores de Información
- (1) Médico Auditor:
- (4) Enfermeros- Operación logística de personas, apoyo a la regulación médica.

### 3.1.4.6.1.2.2 Técnicos:

#### a) Equipos de Comunicaciones:

##### Sistema Ericson

- (40) radios en los hospitales, CAPS- Centro de Atención Prioritaria en Salud antiguos CAMI y algunas PAPS – Puntos de Atención Primaria en Salud antiguas UBA y UPA.
- (30) radios móviles para ambulancias.

##### Sistema Motorola APCO 25

- (240) Radios móviles para las ambulancias
- (119) Radios portátiles

#### b) Equipos de Cómputo:

En el siguiente cuadro se evidencia la cantidad de equipos de cómputo e impresoras con los que se cuenta:

Tabla N° 78 Equipos de Cómputo e impresoras DUES-SGRED-SCRUE

AREA	EQUIPOS DE COMPUTO	IMPRESORAS
Dirección	21	2
Subdirección de Gestión del Riesgo, Emergencias y Desastres	10	1
Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias	12	1
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>4</b>

Fuente: SDS de Bogotá – Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud

### **c) Planta de Energía Autónoma:**

El CRUE cuenta una planta generadora de energía con transferencia automática, ubicada en el sótano de la sede de la Secretaría de Salud. En el sótano de la sede del CRUE se encuentra una UPS para la suplencia de energía en la parte de la red regulada.

### **3.1.4.6.1.2.3 Físicos:**

Dentro de la Sede de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá existe un edificio de 7 pisos y sótano en donde opera la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, con la siguiente distribución:

- Sótano: en donde se ubican los puestos de trabajo del grupo funcional de radiocomunicaciones.
- 1° piso: recepción
- 2° piso: salón para capacitaciones
- 3° piso: se encuentra ubicada la oficina de Subdirección de Gestión del Riesgo en Urgencias y Desastres y oficinas administrativas.
- 4° Piso: en donde funciona el Centro Operativo
- 5° Piso: ubicada la Oficina de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias y oficinas administrativas.
- 6° Piso: Oficina de la Dirección Urgencias y Emergencias en Salud y oficinas administrativas.
- 7° Piso: sala situacional y oficinas administrativas.

### **a) Central de comunicaciones**

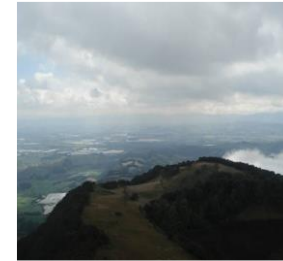
La red de radio que actualmente se utiliza en la Secretaria de Salud para los servicios de atención prehospitalaria (APH) está conformada por:

- Un sistema marca ERICSON con una vida útil de 20 años, usado para el enlace con los hospitales de la red pública.
- Sistema con radios propiedad de la Secretaría e infraestructura del Fondo de Vigilancia y Seguridad de Bogotá, utilizado además por Policía, Bomberos e IDIGER.
- Sistema MOTOROLA APCO 25 el cual cuenta con el enlace de todas las ambulancias que prestan el servicio al programa APH. Esta red se encuentra enlazada con dos sitios de repetición: Cerro de MANJUI ubicado en el municipio de Zipacón y Cerro ALPES en la localidad de Ciudad Bolívar. En la sede de la Secretaria se encuentra el sitio maestro que se enlaza con los dos sitios antes mencionados, ubicado en el 3° piso del edificio, que cuenta con equipos de monitoreo, centrales de grabación y sala de control. En el sótano se encuentra el laboratorio de radiocomunicaciones y puestos de trabajo de técnicos e ingeniero.

### Sitio de Repetición ALPES



### Sitio de Repetición MANJUI



### Centro de Control de Radiocomunicaciones - SDS



#### b) Sala situacional o sala de atención de crisis

Ubicada en el 7° piso. Está dotada de cuatro televisores, proyector de video-beam, tablero electrónico y dotación de mesas y sillas para reuniones.



#### c) Oficina de coordinación.

Ubicada en el piso 6°. Cuenta con sala de juntas equipada con televisor inteligente, conexión a Tv por cable, teléfono y computador.

#### **d) Centro Operativo**

Ubicado en el 4° piso y conformado por:

- Cinco (5) consolas de despacho del Fondo de Vigilancia y Seguridad
- Cuatro (4) consolas de despacho para el programa APH con el sistema Motorola APCO 25.

Se encuentra distribuido en ocho zonas para la operación como tal, sin embargo, físicamente se encuentra en proceso la adecuación.

El recurso humano para la operación es el siguiente: (4) médicos reguladores de urgencia médica, (9) despachadores, (1) despachador de red de hospitales, (2) despachadores de apoyo, (8) técnicos auxiliares en regulación médica, (1) técnico auxiliar en regulación médica de apoyo y (2) técnicos auxiliares en regulación médica para llamadas. Adicional al recurso humano antes señalado, se cuenta con (2) psicólogos, (1) psiquiatra, (2) técnicos auxiliares de referencia y (1) médico y/o enfermera para el tema de trasplantes. Además, se cuenta con el apoyo de (1) enfermero por turno, (2) gestores de información, (1) ingeniero de soporte del sistema de información y (1) asistente técnico que realiza el seguimiento de GPS.



#### **e) Centro de Reserva del Sector Salud**

No existe un Centro de Reserva como tal, sino un depósito de elementos ubicado en el sótano de la torre del CRUE, en el cual se almacenan:

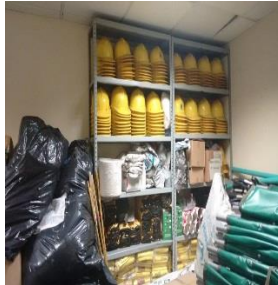
- Elementos de primera respuesta como: camillas plegables, tablas rígidas, cascos, cobijas, vendajes de yeso, de algodón, tanques de reserva de agua, guantes, gasa, dos (2) carpas inflables y elementos de dotación para el personal que apoya la respuesta en situaciones de urgencias, emergencias y desastres. No cuenta con medicamentos.
- En otra sección del sótano se encuentran los maniqués de reanimación cardiopulmonar básica así: 48 para adultos, 60 modelos de bebé y 4 modelos de niño y repuestos para los diferentes maniqués.

En el segundo piso del edificio se tiene destinado un espacio para bodegaje de otros tipos de maniqués para los procesos educativos como: cabezas de intubación, esqueletos, maniquí de trauma, maniquí de reanimación neonatal, elementos que también se encuentran inventariados.

En el tercer piso se tiene destinada una bodega en donde se almacena papelería y morrales dotados con elementos básicos de primeros auxilios.

Para los elementos devolutivos, se cuenta con una relación de los mismos. En caso de salida de alguno de estos elementos, se diligencia un formato denominado "AUTORIZACION SALIDA DE ELEMENTOS" con código SDS-BYS-FT-015 V4 en el que se registra la entrada y salida firmado por Director de Urgencias y Emergencias en Salud, Coordinador de inventarios de la Dirección Administrativa y firma de quien retira el bien.

Para los elementos de consumo se lleva un inventario inicial, que se modifica conforme a las salidas las cuales no se reponen por ser elementos en su mayoría de donaciones.



#### **3.1.4.6.1.2.4 De Información:**

##### **a) Manual de procesos, procedimientos y actividades**

El CRUE cuenta con un procedimiento denominado "REGULACION DE LA URGENCIA MÉDICA" con código SDS-UED-PR-005 V7 del 03/09/15, debidamente publicado en el aplicativo ISOLUCION. Su objetivo es estandarizar la regulación de las urgencias médicas y mentales del D.C., así como las actividades de referencia y contrarreferencia de las urgencias, con un alcance que va desde el ingreso del incidente o solicitud de atención hasta el cierre del mismo.

##### **b) Información cartográfica**

El CRUE cuenta con mapas de las 20 localidades del D.C., con la delimitación correspondiente de cada una de ellas. Esta información es utilizada por los ingenieros de sistemas para efectuar la georreferenciación y mapas de

ubicación de las unidades móviles que participan en el programa de Atención Prehospitalaria (APH).

### **c) Ubicación y características de los servicios de salud habilitados**

En el centro operativo la existencia del servicio se verifica telefónicamente por parte de los Técnicos Auxiliares de Regulación Médica (TARM), funcionarias de referencia y contrarreferencia. En la semana y en horario laboral se apoyan con la Dirección de Calidad y Servicios de Salud. No se pudo evidenciar que la ubicación e identificación de las características de los servicios habilitados por los prestadores se efectúe por el REPS, pese a contar con acceso a internet.

### **HALLAZGO No. 31**

El CRUE incumple al no incluir dentro de su proceso de referencia y contrarreferencia la monitorización de los servicios habilitados por los prestadores de servicios de salud a través del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), vulnerando presuntamente lo estipulado en el numeral 3 literal d) artículo 4 de la Resolución 1220 de 2010, en concordancia con lo señalado en el artículo 18 del Decreto 4747 de 2007.

### **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*“...El recurso humano que se desempeña en el Centro Operativo de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, específicamente el grupo funcional denominado de “Referencia y Contrareferencia” realiza de manera permanente, consuetudinaria y de rutina las correspondientes consultas de habilitación de los prestadores de servicios tanto en Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS) como con la Dirección de Calidad y Servicios de Salud de la Subsecretaría de Prestación de Servicios y de Aseguramiento; es importante anotar que el denominado “proceso de referencia y contrareferencia” en la institución forma parte en su desarrollo de un procedimiento el cual se encuentra en revisión, actualización y validación construido con la metodología MECI e inserto en Resolución de la Entidad (Procedimiento Regulación de la URGENCIA MEDICA SDS-UED-PR-005) que incluye de manera integral las actividades de referencia y contrareferencia.*

*Por lo expuesto se solicita el levantamiento del presente hallazgo...”*

### **ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR**

Se aceptan las explicaciones brindadas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

### **CONCLUSIÓN**

Se desvirtúa el hallazgo

**d) Información de contacto de los responsables del proceso de referencia y contrarreferencia de las entidades responsables del pago.**

El centro operativo cuenta con una base de datos en Excel en la que se relacionan los nombres de las EPS que operan en su territorio, junto con el teléfono correspondiente, como también cuenta con un directorio 2016 en donde se evidencia la información de contacto de los responsables del proceso de referencia y contrarreferencia de las EPS que operan en su jurisdicción.

**e) Información de las redes de prestación de servicios de salud de las entidades responsables del pago.**

En cada puesto de médico regulador se cuenta con la base de datos que incluye la red de prestadores de servicios de salud, incluido salud mental. No obstante, se evidencia que la última actualización de los convenios suscritos entre las aseguradoras y las IPS se realizó en febrero de 2015 y que para la vigencia 2016 no existe ninguna actualización. La ET hace entrega de red ALIANSALUD con corte a diciembre de 2014, red de CAPITAL SALUD en donde todos los contratos aparecen con prórroga automática, red COMPENSAR en donde no se observa la fecha de terminación de los contratos y red de COOMEVA siendo la única en la que se evidencia fecha de inicio y terminación del contrato.

**HALLAZGO No. 32**

El CRUE no cuenta con documentación actualizada que permita evidenciar el conocimiento de la red de prestadores de servicios de salud conformada por las entidades responsables de pago que operan en su jurisdicción, incumpliendo presuntamente lo estipulado en el numeral 5 literal d) artículo 4 de la Resolución 1220 de 2010, en concordancia con lo señalado en el artículo 18 del Decreto 4747 de 200.

**RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*“...Es importante anotar que al momento de realización de la Auditoría por parte del recurso humano delegado por la Superintendencia Nacional de Salud, la base de datos de contratos entre la Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y sus Empresas Promotoras de Salu del Régimen Contributivo, Subsidiado, Regímenes especiales y otros aseguradores y las instituciones prestadoras de servicios de salud se encontraba desactualizado, en razón a ello, se procedió a realizar la actualización y validación respectiva, cual se encuentra al mes de julio de 2016 como se observa en la siguiente imagen.*



1	A	E	C
1	EPS	ACTUALIZADO	GENERAL
2	ALIANSA SALUD	18/07/2016	San Ignacio- San Jose Infantil- San Jose Centro- San Carlos - Cardio Infantil- Shaio- Engativá- Suba- Tunjuelito- Pablo VI- Bosa- Chapinero- Fontibón- Clínica Nueva- Cami- Verbenal - Roosevelt - Rafael Uribe- Cancerológico- Homi- Del Carmen- Samu Cruz Roja
3	COMPENSAR	18/07/2016	Pediatría- Roosevelt - San Jose Centro- Infantil- Homi- Bosque- La Sabana- Adultos- Partenón Mayor San Jose Centro - El Bosque- San Ignacio- Fundacion Cardio- Magdalena- Eusalud Chapinero- Juan N Corpas- Clínica La Paz- Complementario- Palermo- Nueva- Santa Fe- Marly- Shaio- Nogales- Cotina-
4	COOMEVA	18/07/2016	H. San Jose Infantil, Miocardio, Palermo, Mederi, IF Delano Roosevelt, FCI, Procardio, H. Suba, H. Chapinero.
5	FAMISANAR	29/07/2016	San Ignacio- San Jose Infantil- San Jose Centro- San Carlos - Cardio Infantil- Shaio - Engativá- Suba- Tunjuelito- Pablo VI- Bosa- Chapinero- Fontibón- Clínica Nueva- Cami- Verbenal - Roosevelt - Rafael Uribe- Cancerológico- Homi- Del Carmen- Samu Cruz Roja
6	FERROCARRILES NACIONALES	28/07/2016	C. Fundadores, C. Navarra, Hospital San José Infantil.
7	GOLDEN GROUP	28/07/2016	C. San Francisco De Asís (Ci 16 16-80), C. Navarra, SAMU Salitre, H. Suba, C. San Rafael
8	GRUPO SALUDCOOP	23/07/2016	C. Candelaria, C. Occidente, C. Corpas, C. Navarra, CAU Av. 68, Clínica Centro De Saludcoop (Kr 17 24-44), C. Saludcoop 104, C. Policarpa, H. Infantil San José, H. Engativá, H. Universitario Barrios Unidos, C. San Rafael, H. Universitario Mayor, H. San José, F. Cardio Infantil, C. Santa Bibiana
9	NUEVA EPS	23/07/2016	C. Candelaria, Mederi, Barrios Unidos, H. Tunjuelito, H. Engativá, H. San Jose Infantil, H. San Jose Centro, C. San Rafael, H. San Ignacio, FCI, Shaio H. San Carlos, F. Santa Fe, C. Centenario
10	SALUD TOTAL	18/07/2016	Virrey Solis Américas (Kr 67 4G-68), Virrey Solis Castellana (Kr 49 98A-18), Policlínico Del Olaya, San Jose Centro- E. Infantil- Corpas- Pablo VI- Bosa- Homi- Simon Bolivar- Retornar
11	SALUD VIDA	18/07/2016	Simon Bolivar- Tunal- Victoria- Procardio Soacha C. Navarra, H. Simon Bolivar, H. Samaritana
12	SANITAS	18/07/2016	C. Colombia, C. El Bosque, FCI, Palermo, Mederi, H. San Jose Centro- Infantil, C. San Rafael, H. San Carlos, C. de la 100, H. Cardiovascular de Soacha
13	SURA	18/07/2016	F. Cardio Infantil, C. El Bosque, C. San Rafael, H. Infantil San José
14			

*El Decreto 4747 de 2007 reguló “(...) algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, (...)”. En particular, en su Artículo 18, “Organización y operación de los centros reguladores de urgencias, emergencia y desastres.”, estableció la regulación de “...los servicios de urgencias de la población de su territorio y...” la coordinación de “...la atención en salud de la población de afectada por emergencias o desastres en su área de influencia...”, como competencia de las direcciones territoriales de salud, sin perjuicio de las funciones asignadas a otros actores del SGSSS.*

*Por su parte, la Resolución 1220 de 2010, “Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE”, particularmente en su Artículo 4°, “...REQUISITOS Y CONDICIONES PARA LA OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.”, Literal d. “DE INFORMACIÓN”, Numeral 8, definió entre esas condiciones o requisitos, el que “(...) Todo CRUE deberá (...) tener acceso a información sistematizada (...) del perfil epidemiológico del territorio de su jurisdicción que le permita realizar la coordinación, integración y regulación de la atención de salud en forma oportuna y adecuada y apoyar el sistema de vigilancia epidemiológica, (...)”.*

*La información sobre el perfil epidemiológico de la población por cada una de las localidades de la ciudad, se encuentra disponible en los diagnósticos locales de Bogotá, a través del siguiente vínculo:*

<http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/DiagnosticosDistritalesyLocalesVSP.aspx?RootFolder=%2FDSP%2FDiagnosticos%20distritales%20y%20locales%2FLocal%2F2014&FolderCTID=0x0120000A93EB54F426E14190566F39867B1B40&View=%7B1EC9708C-0B0E-4F54-9473-CE026D14E707%7D>

*A la información allí contenida el CRUE tiene acceso, para su uso, según se requiera.*

*Así las cosas, de conformidad con los argumentos esbozados se solicita levantar el presente hallazgo...”*

## **ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR**

Una vez revisada la imagen adjunta a las explicaciones brindadas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, debe precisarse que lo remitido no permite evidenciar que se hubiera realizado la actualización de la totalidad de la base conformada por las entidades responsables de pago que operan en su jurisdicción.

De otra parte, analizado el contenido de la imagen antes citada, esta Superintendencia se permite efectuar la siguiente observación, frente a la EPS GOLDEN GROUP:

La Superintendencia Nacional de Salud mediante Resolución 000133 del 23 de enero de 2015, ordenó la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar Golden Group EPS S.A., identificada con el NIT. 900.074.992-3 y designó como Agente Liquidador al doctor Luis Martín Leguizamon Cepeda, quien adelantó las etapas propias del proceso liquidatorio hasta el 15 de julio de 2015, toda vez que mediante Resolución 00312 de 2015, declaró terminada la existencia legal de la EPS en Liquidación, la cancelación de la matrícula mercantil y del registro en el Certificado de Existencia y Representación Legal de la Cámara de Comercio, es decir, dejó de existir jurídicamente la entidad en Liquidación.

Por lo anteriormente expuesto, si la entidad vigilada manifiesta en su explicación que la actualización y validación de la base se realizó a julio de 2016, no se entiende como se incluyó a GOLDEN GROUP EPS en la misma, cuando la entidad para esta fecha ya no existía jurídicamente.

En este orden de ideas, esta Superintendencia considera que la información aportada por la entidad territorial no se encuentra debidamente actualizada.

De otra parte, la entidad territorial al efectuar los descargos relacionados con la documentación actualizada que permita evidenciar el conocimiento de la red de prestadores de servicios de salud que opera en su jurisdicción, informó lo correspondiente al vínculo al que se puede acceder para evidenciar el perfil epidemiológico de la población por cada una de las localidades de la ciudad, descargos que corresponden solamente al hallazgo No. 33.

## **CONCLUSIÓN**

Se confirma el hallazgo

### **f) Información de los contratos suscritos por la respectiva Dirección Territorial para la atención en salud de la PPNA.**

El CRUE genera la necesidad de suscribir contratos con la red hospitalaria pública para la prestación de servicios de salud en el programa de APH y dar respuesta a los requerimientos solicitados a través de la línea única de

emergencia 123. El FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD suscribió contratos interadministrativos con las 22 Empresas Sociales del Estado. Se revisa contrato con el Hospital de Usaquén I Nivel de Atención, identificado con No. 1037 de 2015, cuyo objeto es “Prestación de servicios de atención prehospitalaria en unidades móviles (ambulancia básica, ambulancia medicalizada) con disponibilidad de 24 horas al día para que realicen la atención de pacientes adultos o pediátricos o neonatales con patología médica y/o traumática”.

La supervisión de los contratos se realiza por parte de la Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en compañía de médicos reguladores de planta. Se evidencia la siguiente tabla con la relación de los 22 contratos suscritos en el año 2015:

Tabla N° 79 Contratos Atención Pre Hospitalaria vigencia 2015

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DIRECCIÓN URGENCIA Y EMERGENCIA EN SALUD CONTRATOS INTERADMINISTRATIVOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE LAS SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD VIGENCIA 2015				
<b>SUBRED SUR</b>				
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CONTRATOS AÑO 2015 N°	FECHA INICIO DE EJECUCIÓN	FECHA TERMINACIÓN DE CONTRATO	UNIDADES MOVILES CONTRATADAS
1 HOSPITAL VISTA HERMOSA	972-2015	1 JUNIO 2015	28 MAYO 2016	5
2 HOSPITAL TUNJUELITO	1017-2015	9 JUNIO 2015	30 ABRIL 2015	29
3 HOSPITAL NAZARETH	1020-2015	29 MAYO 2015	05 ABRIL 2016	13
4 HOSPITAL EL TUNAL	1040-2015	23 JUNIO 2015	30 ABRIL 2016	8
5 HOSPITAL USME	1056-2015	7 JULIO 2015	30 ABRIL 2016	4
6 HOSPITAL MEISSEN	1618-2015	02 DICIEMBRE 2015	02 JUNIO 2016	2
<b>TOTAL</b>				<b>61</b>
<b>SUBRED NORTE</b>				
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CONTRATOS AÑO 2015 N°	FECHA INICIO DE EJECUCIÓN	FECHA TERMINACIÓN DE CONTRATO	UNIDADES MOVILES CONTRATADAS
1 HOSPITAL SUBA	652-2015	22 ABRIL 2015	23 AGOSTO 2015	
2 HOSPITAL USAQUÉN	1037-2015	3 JUNIO 2015	10 JULIO 2016	15
3 HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	1043-2015	7 JULIO 2015	14 JULIO 2016	5
4 HOSPITAL CHAPINERO	1123-2015	10 JULIO 2015	30 JUNIO 2016	2
5 HOSPITAL ENGATIVÁ	1154-2015	24 JUNIO 2015	14 ABRIL 2016	6
6 HOSPITAL SUBA	1632-2015	28 DICIEMBRE 2015	15 JULIO 2016	16
<b>TOTAL</b>				<b>44</b>
<b>SUBRED SUR OCCIDENTE</b>				
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CONTRATOS AÑO 2015 N°	FECHA INICIO DE EJECUCIÓN	FECHA TERMINACIÓN DE CONTRATO	UNIDADES MOVILES CONTRATADAS
1 HOSPITAL FONTIBÓN	1005-2015	26 MAYO 2015	15 JULIO 2016	16
2 HOSPITAL DEL SUR	1055-2015	12 JUNIO 2015	30 MARZO 2016	2
3 HOSPITAL PABLO VI BOSA	1115-2015	1 JULIO 2015	31 MARZO 2016	4
4 HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	1124-2015	25 JUNIO 2015	15 ABRIL 2016	4
5 HOSPITAL BOSA	1140-2015	23 JUNIO 2015	30 MARZO 2016	6
<b>TOTAL</b>				<b>32</b>
<b>SUBRED CENTRO ORIENTE</b>				
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CONTRATOS AÑO 2015 N°	FECHA INICIO DE EJECUCIÓN	FECHA TERMINACIÓN DE CONTRATO	UNIDADES MOVILES CONTRATADAS
1 HOSPITAL SANTA CLARA	064-2015	10 MARZO 2015	09 JUNIO 2015	20
2 HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	071-2015	19 MARZO 2015	18 JUNIO 2015	9
3 HOSPITAL CENTRO ORIENTE	1002-2015	27 MAYO 2015	12 MAYO 2016	4
4 HOSPITAL SAN CRISTÓBAL	1045-2015	10 JUNIO 2015	30 MARZO 2016	3
5 HOSPITAL LA VICTORIA	1089-2015	18 JUNIO 2015	28 ABRIL 2016	6
6 HOSPITAL SAN BLAS	1121-2015	17 JUNIO 2015	30 MARZO 2016	5
7 HOSPITAL SANTA CLARA	1172-2015	22 JUNIO 2015	15 JULIO 2016	
8 HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	1247-2015	26 JUNIO 2015	10 JUNIO 2016	
<b>TOTAL</b>				<b>47</b>

Fuente: Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud - SDSB

- g) Organización del proceso de referencia y contrarreferencia para la atención de la PPNA y el de las responsables del pago con las que haya suscrito contratos o convenios.

El CRUE se apoya para el proceso de referencia y contrarreferencia en el instructivo denominado “REGULACION DE URGENCIA MEDICAS” con código: SDS-UED-INS-019 V6 del 03/09/15, cuyo propósito es describir las tareas o actividades de atención de urgencias, con un alcance que inicia desde la recepción del incidente hasta el cierre del mismo. El instructivo se encuentra publicado en el aplicativo ISOLUCION.

Las actividades relacionadas con el proceso de referencia y contrareferencia inician desde la tarea No. 56 hasta el No. 68.

#### **h) Perfil epidemiológico del territorio**

El CRUE cuenta con un documento denominado “INFORME PERFIL EPIDEMIOLOGICO 2015”, en el que se plasma el histórico de llamadas ingresadas por la línea 123, despachos, tipo de cierre de los mismos, frecuencia de despachos según régimen de seguridad social (último cuatrenio), proporción de pacientes atendidos según: género, grupo etáreo, patología, diagnóstico (2015) y tiempos de respuesta a la solicitud (2012-2015).

En el informe antes citado se establece que el perfil epidemiológico del servicio de Atención Pre Hospitalaria ha permanecido constante. Las patologías se clasifican por grupos diagnósticos, siendo la enfermedad común la que más se presenta, que incluye las patologías crónicas agudizadas especialmente en los pacientes mayores de 64 años (enfermedad respiratoria, cardio cerebro vasculares y abdominales, entre otras) con un 54.6%, seguido del grupo de accidentalidad con un 30.8% dentro del cual el accidente de tránsito es el más frecuente con un 20.6%, seguido de los accidentes en vía pública que se presentaron en un 5.2%, en tercer lugar está la patología mental con un 4.1%.

No obstante lo anterior, no fue posible observar que el CRUE contara con información acerca del perfil epidemiológico de la población de su territorio, pese a que el Ministerio de Salud y Protección Social tiene publicado el Análisis de Situación de Salud – ASIS, de todo el territorio nacional, el cual permite caracterizar, medir y explicar el estado de salud de la población en el marco de los determinantes sociales en salud, y que tiene como fin que cada uno de los departamentos identifiquen los desafíos y retos en salud que deben asumir.

#### **HALLAZGO No. 33**

El CRUE no tiene incorporada la información del perfil epidemiológico de la población de su territorio contenida en el ASIS, incumpliendo presuntamente lo estipulado en el numeral 8 literal d) artículo 4 de la Resolución 1220 de 2010, en concordancia con lo estipulado en el artículo 18 del Decreto 4747 de 2007.

#### **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*“... Como ya se manifestó, el Decreto 4747 de 2007 reguló “(...) algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, (...)”. En particular, en su Artículo 18, “Organización y operación de los centros reguladores de urgencias, emergencia y desastres.”, estableció la regulación de “...los servicios de urgencias de la población de su territorio y...” la coordinación de “...la atención en salud de la población de afectada por emergencias o desastres en su área de influencia...”, como competencia de las direcciones territoriales de salud, sin perjuicio de las funciones asignadas a otros actores del SGSSS.*

*Por su parte, la Resolución 1220 de 2010, “Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores*

de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE”, particularmente en su Artículo 4°, “...REQUISITOS Y CONDICIONES PARA LA OPERACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.”, Literal d. “DE INFORMACIÓN”, Numeral 8, definió entre esas condiciones o requisitos, el que “(...) Todo CRUE deberá (...) tener acceso a información sistematizada (...) del perfil epidemiológico del territorio de su jurisdicción que le permita realizar la coordinación, integración y regulación de la atención de salud en forma oportuna y adecuada y apoyar el sistema de vigilancia epidemiológica, (...)”.

La información sobre el perfil epidemiológico de la población por cada una de las localidades de la ciudad, se encuentra disponible en los diagnósticos locales de Bogotá, a través del siguiente vínculo:

<http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/DiagnosticosDistritalesyLocalesVSP.aspx?RootFolder=%2FDSP%2FDiagnosticos%20distritales%20y%20locales%2FLocal%2F2014&FolderCTID=0x0120000A93EB54F426E14190566F39867B1B40&View=%7B1EC9708C-0B0E-4F54-9473-CE026D14E707%7D>

A la información allí contenida el CRUE tiene acceso, para su uso, según se requiera.

Así las cosas, se solicita el levantamiento del presente hallazgo...”

## **ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR**

Al realizar un análisis de la información presentada como explicación por parte del ente territorial, se efectúan las siguientes consideraciones:

No fue posible observar que el CRUE contara con información acerca del perfil epidemiológico de la población de su territorio, información que fue solicitada en forma física en documento entregado al Secretario de Salud en la apertura de la visita y en forma verbal durante la visita de auditoría al área; sin embargo, la misma no fue suministrada ni tampoco relacionada dentro de los documentos entregados *in situ*.

No obstante lo anterior, las explicaciones brindadas son tomadas como un atenuante al hallazgo plasmado en el informe, sin embargo el mismo se ratifica y queda en firme.

## **CONCLUSIÓN**

Se confirma el hallazgo

### **i) Información de contacto de los responsables de los CRUE de otros departamentos, distritos o municipios.**

Esta información se encuentra ubicada en la Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres, toda vez que existe una cadena de llamadas para la activación de la respuesta en salud en caso de urgencias, emergencias y desastres, siendo esta área la primera en ser activada. En la base se evidencia el directorio nacional de CRUE con el responsable, dirección electrónica y número de contacto.

Existe un chat con la aplicación Whatsapp donde se puede efectuar una comunicación con todos directores de CRUE a nivel nacional. Otro medio de comunicación es por tecnología ídem por medio de equipos de AVANTEL, con el

que se hace contacto con los CRUE y con el Ministerio de Salud y Protección Social.

**j) Información toxicológica que permita brindar Asesoría y Asistencia Técnica**

El CRUE cuenta con libro denominado “Guía de respuesta en caso de emergencia” 2012, dirigida a quienes responden primero en la fase inicial de un incidente ocasionado en el transporte de materiales peligrosos. Esta guía se encuentra ubicada en las siguientes áreas: (1) en la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud, (3) en el Centro Operativo y (1) en la Suddirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres.

**k) Información de la conformación, operación y del personal de contacto de la red de trasplantes y bancos de sangre.**

**Red de Trasplantes:** El CRUE cuenta con un directorio de Red de Trasplantes en el que se evidencia los datos del personal de contacto de cada una de las regionales (1-Bogotá, 2-Medellín, 3-Cali, 4-Bucaramanga, 5-Barranquilla, 6-Neiva), coordinadores médicos operativos, así como los directorios con el personal de contacto de IPS para trasplante de riñón, corazón, hígado, pulmón, intestino, banco de tejidos, y laboratorio clínico, entre otros.

El médico y/o enfermera modulator de trasplantes que se encuentra ubicado en el Centro Operativo, tiene comunicación permanente con la Coordinación Nacional de Trasplantes a cargo del Instituto Nacional de Salud y con la Regional No. 1 de trasplante correspondiente a Bogotá.

**Bancos de Sangre:** El CRUE cuenta con el directorio de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Sanguínea, base de datos con la que cuenta el Hemocentro ubicado dentro del espacio físico de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y el cual es activado en caso de requerir el apoyo de sangre y hemo derivados. Adicionalmente, el hemocentro cuenta con un banco de tejidos en caso de requerirse un procedimiento de implante.

**l) Información de contacto de las entidades del sector salud que hacen parte del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SNGRD).**

El CRUE cuenta con un directorio que contiene la totalidad de instituciones de activación para la atención en caso de situaciones de desastre así: Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y cambio Climático, Secretaría de Gobierno y Cruz Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá.

Esta información se encuentra ubicada en la Subdirección de Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres, toda vez que existe una cadena de llamadas para la activación de la respuesta en salud en caso de urgencias, emergencias y desastres, siendo esta área la 1° en ser activada.

### **m) Red de Transporte**

Los contratos interadministrativos suscritos entre el FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD y las ESE para la prestación de servicios de salud en el programa de APH, establecen la contratación de 190 recursos, los cuales se encuentran distribuidos según tipología de la siguiente manera:

- 133 ambulancias para el servicio de transporte asistencial básico
- 26 ambulancias para el servicio de transporte asistencial medicalizado
- 7 ambulancias para el servicio de transporte asistencial medicalizado neonatal
- 1 ambulancia para el servicio de transporte asistencial medicalizado en salud mental
- 4 equipos comando en salud
- 1 vehículo ligero para el equipo de salud mental
- 10 vehículos de respuesta rápida tipo motocicleta
- 2 vehículos de respuesta rápida tipo cuatrimoto
- 6 equinos para la respuesta rural en la zona de Sumapaz

Se evidencia base de datos de transporte (ambulancia) con la descripción de No. de contrato, nombre del hospital, código de la ambulancia y tipología.

#### **3.1.4.6.1.3 Articulación entre los diferentes organismos del sector salud y los que hacen parte del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (SNPAD)**

La articulación se efectúa a través de los siguientes mecanismos:

- Radio que permite el enlace entre la red distrital de emergencias, articulando Bomberos, IDIGER, Alcaldía Mayor, Movilidad, ETB, CODENSA, Gas Natural y SDS de Bogotá.
- Chat permanente con el Secretario de Seguridad y Convivencia para la articulación de las acciones de planificación y respuesta.
- Chat denominado “Activación ER Bogotá” en el cual se enlazan con los Jefes de Urgencias de las instituciones de salud.

#### **3.1.4.6.1.4 Asesoría y Asistencia Técnica a los actores del SGSSS frente a prevención, preparación y atención de las emergencias y desastres.**

El CRUE cuenta con un programa de capacitación dirigido a la comunidad y al personal de salud que labora en las instituciones públicas y privadas. Las capacitaciones que se realizan son gratuitas, voluntarias y su objetivo es reforzar e implementar fortalezas para la atención de víctimas en situación de urgencia, emergencia o desastres. Durante el año se desarrolla una programación que es diseñada en diciembre del año inmediatamente anterior para dar cumplimiento a la meta institucional. La programación en algunos casos se ve interrumpida por la contratación.

Los cursos básicos están dirigidos a la comunidad (profesiones u oficios diferentes al grupo del sector salud) y al personal de salud y los avanzados son solamente para el personal de salud (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, técnicos y tecnólogos en APH).

Cursos Básicos: Primer respondiente, primer respondiente en salud mental y primer respondiente en emergencias y desastres.

Cursos Avanzados: Reanimación neonatal, sistema comando de incidentes, planes hospitalarios, soporte vital en trauma, manejo del trauma craneoencefálico, sistema comando de incidentes hospitalarios y curso línea de emergencia.

Se evidencia cronograma de capacitaciones para cada uno de los meses de la vigencia 2015, cuadro de resultado de las mismas, así como cronograma de capacitaciones realizadas en enero y febrero de 2016 en el que se incluyen cinco actividades dirigidas a la comunidad y 15 actividades para el personal de salud.

El CRUE cuenta además con soportes documentales de asesoría y asistencia técnica en Plan Hospitalario de Emergencias (PHE) realizada a instituciones de Bogotá, con el propósito de verificar que cuente con el Plan conforme al modelo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, actividad que se documenta en actas de reunión identificadas con código: SDS-PYC-FT-001 V.4. Se revisa acta de la Clínica Palermo del 08/03/16, Hospital de Bosa del 08/02/16 y Hospital Vistahermosa del 29/01/16.

Existen otros compromisos educativos a través de convenios o Acuerdos. A la fecha de la visita se encuentra en ejecución el Acuerdo No. 633 de 2015 del Concejo de Bogotá, mediante el cual se fortalece el Sistema Distrital de Gestión del Riesgo en Promoción y Prevención de las Emergencias y Desastres con la participación de la comunidad y funcionarios del Distrito debidamente capacitados en primer respondiente. Este acuerdo está dirigido a las siguientes instituciones: SDS de Bogotá, Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y cambio climático- IDIGER, y el cuerpo oficial de bomberos de Bogotá. El objetivo del acuerdo es capacitar a un número de personas no inferior al 10% de su personal en cualquier modalidad de vinculación, en programas de urgencias y emergencia básica y primera respondiente. La población objetivo a capacitar es aprox. 25.000 personas en el 1° año. La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en coordinación con las otras entidades determinó la capacitación virtual.

#### **3.1.4.6.1.5 Asesoría y Asistencia Técnica brindada a los prestadores de servicios de salud sobre emergencias toxicológicas, disponibilidad de antídotos y bancos de sangre.**

Hay dos modalidades:

- Planificada: se realiza en las capacitaciones. En el curso de Sistema Comando de Incidentes, hay un ejercicio que se relaciona con la atención de un incidente con material desconocido. En la resolución del mismo, se le explica a los participantes y se les enseña a manejar la Guía de respuesta a emergencias (GRE).
- Asesoría: a través del Grupo de Emergencias y Desastres del Ministerio Salud y Protección Social que cuenta con Toxicólogo. El servicio de toxicología del



Hospital Santa Clara y el servicio de asesoría e información toxicológica que posee CISPROQUIM (Central de Información Toxicológica). En el cuarto piso del CRUE existe una pequeña reserva de antídotos suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social- Grupo de Emergencias y Desastres.

- Bancos de Sangre: En el curso de primer respondiente en emergencias y desastres se trata el tema de donación voluntaria altruista de sangre, como estrategia permanente a fin de mantener un stock y no la donación ocasional masiva que conduzca a descarte de unidades 41 días después de la donación. Esto corresponde a un segmento motivacional, toda vez que el Hemocentro Distrital y la Red de Bancos de Sangre tienen su sistema de motivación y captación de donantes. En lo relacionado con el CRUE ante una situación de emergencia o desastre, se contactan con el Hemocentro para conocer la disponibilidad de unidades de acuerdo con los grupos sanguíneos.

#### **3.1.4.6.1.6 Apoyo al sistema de vigilancia epidemiológica en los eventos de urgencia, emergencia o desastre.**

El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias no demostró la existencia de un proceso o procedimiento ni aportó soporte documental alguno que permita evidenciar que se lleva a cabo un proceso de apoyo al sistema de vigilancia epidemiológica frente a los eventos de urgencias, emergencias y desastres.

#### **HALLAZGO No. 34**

El CRUE no cuenta con documentación que permita soportar el apoyo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en los eventos de Urgencias, Emergencias y/o desastres. Esto presume un incumplimiento al literal h) artículo 5 de la Resolución 1220 de 2010 y artículo 18 del Decreto 4747 de 2007.

#### **RESPUESTA ENTIDAD AUDITADA**

*“...La Resolución 1220 de 2010, en su Artículo 5, “FUNCIONES”, estableció las funciones y obligaciones de los CRUE, entre los que se encuentra, en su Literal h., “Apoyar el sistema de vigilancia epidemiológica en los eventos de urgencia, emergencia o desastre.”*

*El CRUE articula su actuar con el de las otras dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, en particular la de Vigilancia en Salud Pública, en alimentos y saneamiento básico, para la atención de situaciones como aglomeraciones complejas, eventos regulares y algunos extraordinarios, en donde el CRUE activa el grupo de vigilancia; o se realizan planes conjuntos de intervención. Como ejemplo actual tenemos el Plan Olímpico 2016 (Rio de Janeiro). También, otros planes integrales para la atención y reducción del riesgo por Picos de ERA o el cólera, etc. Igualmente, los casos de eventos bajo vigilancia que se presenten en la ciudad y que sean atendidos por el CRUE cursan el protocolo de notificación establecido.*

*Así las cosas de conformidad con los argumentos esbozados se solicita el levantamiento del presente hallazgo...”*

## **ANÁLISIS EQUIPO AUDITOR**

Al revisar y analizar las explicaciones brindadas por el ente territorial, no se encontraron soportes documentales que pudiesen corroborar lo afirmado por la Secretaría Distrital de Salud.

### **CONCLUSIÓN**

Se confirma el hallazgo.

#### **3.1.4.6.1.7 Apoyo a la gestión de la dirección territorial de salud en los programas: Red de Trasplantes, Atención de Pacientes Electivos, Información de Personas Desaparecidas, Misión Médica.**

##### **Red de Trasplantes:**

El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias se encuentra alineado con las diferentes Regionales de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, con el fin de permitir la atención oportuna y eficaz de los pacientes que tienen el trasplante como única alternativa terapéutica.

**Información de Personas Desaparecidas:** Periódicamente se recibe solicitudes para indagar por la ubicación de personas, a través del CRUE o de la Red de Hospitales. Se informan las características de las personas desaparecidas con el fin de recibir reporte. En otras ocasiones la solicitud llega a través del chat.

**Misión Médica:** El CRUE desde la Subdirección de Gestión del Riesgo desarrolla las siguientes actividades:

- Capacitaciones: El tema es misión médica y derecho internacional humanitario. El principal usuario es el Hospital de Nazareth.
- Se reciben las solicitudes de las empresas de ambulancias del Distrito y que solicitan se les autorice el uso del emblema de Misión Médica. De la vigencia 2015 se tiene la solicitud de una empresa. Se emite un concepto de autorización. Se evidencia oficio con radicado No. 2015EE59646 del 1/09/15 dirigido al Representante Legal de la empresa FUERZA LIDER SAS.

#### **3.1.4.6.1.8 Coordina la disposición de los recursos de los centros de reserva del sector salud para la atención de urgencias, emergencias y desastres**

Cuando se presenta una situación de urgencia, emergencia o desastre y se dispone de los elementos en los depósitos de almacenamiento, se asignan a los hospitales que cubren la emergencia o al personal que está atendiendo la misma.

#### **3.1.4.6.1.9 Coordinación permanente con los Comités Locales y Regionales de Desastres**

Los hospitales locales son los representantes ante los Concejos Locales de Gestión del Riesgo (Ley 1523 de 2012). A través del referente de emergencia y desastres de la Dirección de Salud Pública se asiste a las convocatorias, solicitando a la Subdirección de Gestión del Riesgo de manera directa o a través de la Unidad Comando de Acciones en Salud Pública el apoyo para las situaciones que se

planifiquen en el marco de su territorio. A nivel de CRUE se dispone de un sistema de comunicaciones idem, que enlaza los hospitales locales, la unidad comando de salud pública, el equipo de Subdirección de Gestión del Riesgo, el Centro Regulador de Urgencias y desde allí con el Grupo de Gestión Territorial de Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Protección Social.

#### **3.1.4.6.1.10 Registro diario de los casos reportados y atendidos por el CRUE**

El CRUE cuenta con una base de datos del módulo de despachos, atenciones y/o traslados en la que se evidencian entre otros campos los siguientes: secuencia, fecha, ambulancia, tipo de ambulancia, despacho (fallido o no fallido), nombre del paciente, documento, género, edad, hora despacho, hora arribo, tiempo de respuesta, sitio de atención, destino, tipo de institución, seguridad social, pagador, diagnóstico, código CIE10, tipo de atención, nombre de: medico, auxiliar y conductor, causa fallido, localidad, tipo de cierre, etc.

Revisada la base correspondiente a la vigencia 2015, se evidencia que de 243.323 registros, 144.972 corresponden a atenciones NO FALLIDAS, es decir el 60%

Con relación a la base del 1° bimestre de 2016, de 44.121 registros el 59% corresponde a atenciones NO FALLIDAS, es decir, 26.235 registros. Las causas de los registros fallidos son en su orden las siguientes:

No se ubica al paciente:	6.850
Cancelado:	3.039
Campos vacíos:	3.030
Trasladado por otro:	2.387
Falsa alarma:	1.905
No se encontró dirección:	675

#### **3.1.4.6.1.11 Reportes al Ministerio de Salud y Protección Social**

La comunicación con el Ministerio de Salud y Protección Social es 24 horas los 365 días del año y a libre demanda. En situaciones de emergencias en salud pública responden ha llamado diario o cuando se presentan incidentes grandes. Existen cuatro sistemas de comunicación:

- Avantel
- Telefonía Celular
- Telefonía Fija
- Chat por la app Whatsapp

El Ministerio tiene con la SDS de Bogotá un Avantel Base de manera permanente ubicado en el 4° piso, manejado por el médico regulador de urgencias y dos portátiles.

## 4 CONCLUSIONES

### COMPONENTE FINANCIERO Y CONTABLE

La Secretaría de Salud Distrital de Bogotá, sustento y subsano la mayoría de los hallazgos presentados del componente financiero.

### COMPONENTE ASEGURAMIENTO

En la Secretaría Distrital de Planeación se evidenció la existencia de una dependencia especializada en el tema de focalización a la población de Bogotá según metodología SISBEN, además la existencia de un fuerte componente institucional que atiende las solicitudes, peticiones, reclamos y quejas de la ciudadanía en asuntos de focalización y aplicación de la encuesta SISBEN, con cómodas y eficientes instalaciones distribuidas en todas las localidades de la ciudad capital. En igual forma se evidenció la existencia de procesos documentados para efectos de la encuesta SISBEN, con personal idóneo y determinado que entregan una buena respuesta a la ciudadanía. La labor de campo para realizar el diligenciamiento de las fichas SISBEN y el posterior ingreso a bases de datos de esa información recolectada la realizan personas “encuestadoras” subordinadas laboralmente a una persona jurídica privada externa que mediante procesos de contratación administrativa fue seleccionada y contratada por el Distrito Capital para que aplicara las encuestas sisben a la población del Distrito Capital. Conforme ordenan las normas de contratación administrativa, a su vez la Secretaria Distrital de Planeación seleccionó un contratista para que realizara la interventoría al contratista que desarrolla el objeto de aplicación de las encuestas sisben, donde de la lectura del contrato de interventoría presuntamente fue evidenciada una presunta doble función entre la obligación establecida en cláusula contractual al interventor y la actividad que realiza un funcionario de planta de la Dirección del Sisben, responsable en la Dirección del Sisben de evaluar la calidad de los registros que entrega el contratista que tiene por objeto aplicar las entrevistas siendo esta responsabilidad del interventor por expresa disposición del contrato de interventoría para los ingresos de las fichas a bases de datos. También fue evidenciada una lenta respuesta por parte de las oficinas de atención del sisben a la ciudadanía en las peticiones cuando solicitan algunas personas que les sea realizada la entrevista para la aplicación de la encuesta sisben y el diligenciamiento de la ficha, en el objetivo de poder acceder esas personas a los programas sociales distritales dependientes del mecanismo de focalización.

La demora en realizar la encuesta e ingresar la información sobrepasó en algunas solicitudes el tiempo de (15) quince días, incumpliendo presuntamente el término de respuesta a las solicitudes, preceptuado por la Ley 1755 de 2015 Estatutaria del Derecho de Petición. La Secretaria Distrital de Planeación no entregó a la Superintendencia Nacional de Salud respuesta a los hallazgos notificados a la entidad y que fueron trasladados para su conocimiento en el informe preliminar de auditoría.

Con la Secretaria Distrital de Integración Social, presunta entidad responsable de la recepción de listados censales y de la realización de otros listados censales, según definió el artículo 6 del Acuerdo 415 de 2009 **Identificación de beneficiarios mediante instrumentos diferentes de la encuesta SISBEN** y posteriormente el artículo 40 del Decreto 2353 de 2015 **Afiliación al SISBEN** que la ley pone en cabeza de la Alcaldía

Municipal (población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF, comunidades indígenas, adultos mayores en centros de protección, Pueblo Rom, población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden Distrital que no cumpla las condiciones para cotizar al Sistema General de Seguridad social en Salud), durante los días en que fue realizada la visita de auditoria por la comisión de la Superintendencia Nacional de Salud al Distrito Capital.

La Secretaria Distrital de Integración Social no entregó a la Superintendencia Nacional de Salud respuesta a los hallazgos notificados a la entidad y que fueron trasladados para su conocimiento en el informe preliminar de auditoria.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en el tema de aseguramiento, presento instalaciones, procesos documentados y personal con altos estándares de cumplimiento respecto de sus responsabilidades en garantizar el derecho a la salud a la población bogotana, sin embargo le fueron evidenciados siete (7) hallazgos atinentes a las actividades de auditoría del régimen subsidiado y aplicación de los lineamientos establecidos por la Supersalud en la información a las EPS de incumplimientos en el diligenciamiento de formularios de afiliación y otras situaciones administrativas que pueden afectar el goce del derecho a la salud de los afiliados a las EPS del régimen subsidiado en el Distrito Capital. También se evidenció el no diligenciamiento y entrega del formato de negación de servicios de salud a los ciudadanos, limitaciones en traslados de afiliados en traslados de municipio de cambios de residencia sobre el argumento de temas administrativos entre EPS o por presunto abuso de posición dominante por la EPS de origen y la presunta inactividad de la entidad estatal que presuntamente conduce a conductas que vulneran el derecho a la salud al no haberse materializado los traslados. De otro lado se evidencia inactividad de la Entidad Distrital respecto de “un cuarto envío” de los anexos técnicos No. 2 y No. 3 por las ESE e IPS en el procedimiento de autorizaciones para prestación de servicios de salud según lo regla las Resoluciones 4037 de 2008, 4331 de 2012 concordante con los artículos 120, 124, 125 y 131 del Decreto 012 de 2012. Establecidos siete (7) hallazgos de auditoria en el informe preliminar para los procesos de aseguramiento numerados No. 12 a No. 19 que limitaron presuntamente el goce del derecho a la salud de los bogotanos por la Secretaria Distrital de Salud (SDS), área de aseguramiento, una vez fue recibida en la Superintendencia Nacional de Salud la respuesta al informe preliminar por parte de la SDS, fueron evaluados los argumentos distritales y ello condujo a la decisión de levantar los hallazgos de auditoria numerados No. 14 y 15. De igual forma fueron confirmados en el tema de aseguramiento los demás hallazgos de auditoria numerados No. 12, No. 13, No. 16, No.17, No. 18 y No. 19.

## **COMPONENTE SALUD PÚBLICA**

Como aspectos importantes de la Entidad Territorial de Bogotá se destacan la formulación de los planes territoriales con participación de la comunidad, así como el empoderamiento desde lo local para eliminar las barreras de acceso al sistema de salud a nivel Distrital.

Adicionalmente se notan los esfuerzos de la Entidad Territorial para lograr que las acciones colectivas lleguen a toda la población indistintamente de su aseguramiento, como parte de la estrategia para mejorar los indicadores de salud pública.

Igualmente es de resaltar las coberturas obtenidas en vacunación y las relaciones de coordinación intersectorial establecidas para lograr las metas del plan territorial de salud.

El gran reto de la Entidad Territorial es plantear estrategias de intervención colectiva e individual que abarquen no solo el sector salud sino a otros sectores, para lograr impactar positivamente los determinantes sociales y de salud que afectan a la población residente en el Distrito Capital.

## **SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá presenta algunas falencias y deficiencias en los procesos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud y de la red de prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada – PPNA. En este sentido podemos concluir de manera general que:

- 1) Frente al Sistema Único de Habilitación la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá no cumplió con la ejecución del Plan de Visitas de Verificación programado a sus prestadores de servicios de salud para la vigencia 2015.
- 2) La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a la fecha de la visita contaba con su red de servicios de salud reorganizada conforme a lo señalado en el artículo 2° del Acuerdo No. 641 de 2016, sin tener el documento de red prestadora de servicios de salud debidamente actualizado, el cual debe contar con la viabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social.
- 3) El CRUE no cuenta con documentación actualizada que permita evidenciar el conocimiento de la red de prestadores de servicios de salud conformada por las entidades responsables de pago que operan en su jurisdicción.
- 4) El CRUE no tiene incorporada la información del perfil epidemiológico de la población de su territorio contenida en el ASIS.
- 5) El CRUE no cuenta con documentación que permita soportar el apoyo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en los eventos de Urgencias, Emergencias y/o desastres.

## **5 RECOMENDACIONES**

La Entidad Territorial de Bogotá deberá formular un plan de mejoramiento en el formato anexo, con el fin de corregir las causas de los hallazgos de la visita y prevenir que a futuro se incurra en situaciones similares. Este plan será objeto de seguimiento por parte de esta Superintendencia.

Se precisa que la adopción del Plan de Mejoramiento no es óbice para la apertura de las investigaciones administrativas correspondientes, por el incumplimiento de las normas expuestas en el presente informe.

## 6 CUADRO RESUMEN DE HALLAZGOS

### Componente: **FINANCIERO Y CONTABLE**

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada
<p style="text-align: center;"><b>3.1.1.8 (N° 5)</b></p>	<p>De acuerdo al consolidado de la información reportada en los cuadros 16 y 17, se evidencia que la Entidad Territorial presenta incumplimiento al artículo 1 del Decreto 1281 de 2002, en cuanto a la eficiencia y oportunidad en el manejo de los Recursos del Sector Salud, el Decreto 4747 de 2007, por el cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, referente al trámite y plazos para el pago de los servicios de salud prestados.</p>	<p>Artículo 1° del Decreto 1281 de 2002</p> <p>Decreto 4747 de 2007</p>
<p style="text-align: center;"><b>3.1.1.9.1 (N° 6)</b></p>	<p>El literal h del numeral 4.3 II, de la Circular Conjunta 030 de 2013, expresa <i>“Hacer seguimiento a la depuración de los estados financieros de las Empresas Sociales del Estado – ESE que operen en el respectivo departamento, cuando se encuentre que las facturas ya han sido canceladas por parte de las EPS.”</i> ; así mismo el literal i numeral 4.3 II, refiere <i>“Hacer seguimiento a los compromisos de pago efectuados por parte de las Entidades Promotoras de Salud – EPS tanto del régimen subsidiado como del régimen contributivo. EN el evento en que las Entidades Promotoras de Salud EPS incumplan los compromisos adquiridos de pagar por giro directo, el departamento deberá informar mensualmente a la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, los montos no girados de acuerdo con el formato “Compromisos de Pago X”.</i></p> <p>Aunque se expresa la realización de seguimiento, solo se observa en diligenciamiento de matriz el seguimiento a las EPS, no así el seguimiento a los hospitales, sin embargo ninguna de las direcciones encargadas anexa soporte documental claro de las acciones realizadas para el dar cumplimiento a la norma, por lo cual se presume incumplimiento de los literales (h) e (i) del numeral 4.3 II de la Circular Conjunta 030 de 2013.</p>	<p>Circular Conjunta 030 de 2013</p>
<p style="text-align: center;"><b>3.1.1.9.3 (N° 8)</b></p>	<p>La Entidad Territorial no ha programado ni realizado el 100% del pago obligatorio del menor valor coincidente, por lo cual se evidencia incumplimiento de la Circular Conjunta 030 de 2013 la cual establece dentro del objetivo de la misma, que en el evento de existir coincidencia, resultado de los cruces de información, se deberían fijar y suscribir compromisos <b>obligatorios</b> de pago y artículo 1 del Decreto 1281 de 2002, en cuanto a la eficiencia y oportunidad en el manejo de los Recursos del Sector Salud.</p>	<p>Circular Conjunta 030 de 2013.</p> <p>Artículo 1 del Decreto 1281 de 2002</p>

**Componente: ASEGURAMIENTO****Secretaría Distrital de Planeación.****Focalización. Realización encuestas Sisben.**

<b>Número del Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Norma Presuntamente Violada</b>
<b>3.1.2.1.2 (N°9)</b>	La Secretaria Distrital de Planeación en el procedimiento documentado sobrepasa el término de respuesta a la solicitud del ciudadano peticionando ser focalizado con la realización de la encuesta sisben, porque sobre pasa el término establecido para la respuesta a los derechos de petición, según la Ley Estatutaria del Derecho de Petición fue establecida en (15) quince días hábiles.	Ley 1755 de 2015 artículos 14 y 20 concordante con Ley 1712 de 2014.  Ley 1438 de 2011 artículo 130.
<b>3.1.2.1.2 (N°10)</b>	La interventoría contratada por la Secretaria Distrital de Planeación, presuntamente está siendo “apoyada” por un funcionario de la Dirección del Sisben quien presuntamente realiza la obligación contractual del interventor en “constatar la calidad de los registros que realiza el contratista en las fichas sisben” y que podría corresponder a presuntos incumplimientos del contrato, como quiera que la obligación del interventor en verificar y corroborar “la calidad de los registros” que el contratista de prestación del servicio debió realizar al diligenciar las fichas “sisben”.	Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007, Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.4.7.2, Contrato 138 de 2015 “Prestación de Servicios” y Contrato 143 de 2015 “interventoría”, cláusula segunda numeral 14). <i>Decreto 2710 de 2012, artículo 2.</i>

**Secretaria Distrital de Integración Social.****Componente Listados Censales. Aseguramiento**

<b>Número del Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Norma Presuntamente Violada</b>
<b>3.1.2.2 (N°11)</b>	En la Secretaría Distrital de Integración Social presuntamente no existe proceso documentado que establezca el proceso de realización de listados censales, en la entidad, estableciendo los procedimientos que lo integran, las áreas y personas responsables, adicionalmente darlo a conocer a todos los funcionarios de la entidad	Decreto 780 de 2016 Artículo 2.1.5.2 y 2.1.5.1 concordantes con los artículos 40 y 41 del Decreto 2353 de 2015, la Ley 1712 de 2014, Ley 872 de 2003, Ley 594 de 2000, Ley 715 de 2001 artículo 43, NTGP 1000 de 2009, Decreto 2609 de 2012, Decreto 943 de 2014 y Ley 1438 de 2011 artículo 130.



**Secretaria Distrital de Salud**  
**Componente Aseguramiento**

<b>Número del Hallazgo</b>	<b>Descripción del Hallazgo</b>	<b>Norma Presuntamente Violada</b>
<b>3.1.2.3.3 (N°12)</b>	No fue evidenciado en esta auditoría que la Secretaría Distrital de Salud hubiera informado a las EPSS Caprecom, Unicajas y Capital los hallazgos de documentos como “inconsistencias en los documentos, ausencia o mal registro en el diligenciamiento de formularios y otras situaciones del aseguramiento que pudieron afectar el goce del derecho a la salud de los ciudadanos capitalinos beneficiarios por causa de barreras en el aseguramiento del régimen subsidiado de salud; hallazgos estos del proceso de aseguramiento y registro de novedades (ingresos, retiros, movilidad, traslados, etc)	Artículo 14 Decreto 971 de 2011, Circular 6 de 2011, artículos 121 numeral 1 de la Ley 1438 de 2011, Acuerdo 415 de 2009 artículo 70 a 74, Resolución 1344 de 2012 artículo 4 y 5. Ley 1438 de 2011 artículo 130. . Ley 715 de 2001, artículos 43.1.5; 43.2.3; 43.4.1.
<b>3.1.2.3.4 (N°13)</b>	En la Secretaría Distrital de Salud y su red prestadora de servicios presuntamente no se hace entrega del “Formato de Negación de Servicios” como respuestas de no autorización o prestación en salud brindadas a los ciudadanos, hecho que presuntamente vulnera la Circular Única de la Supersalud 049 /2008. El formato debe ser diligenciado exclusivamente a través de profesionales de la salud, ampliamente capacitados para ello.	Circular 049 de 2008, concordante con el artículo 11 del Decreto 4747 de 2007, la Resolución 3047 de 2008, la Resolución 4331 de 2012, la Resolución 744 de 2012 y Resolución 1683 de 2015. . Ley 715 de 2001, artículos 43.1.5; 43.2.3; 43.4.1.
<b>3.1.2.3.6.1 (N°16)</b>	Existen presuntamente limitaciones en los traslados de EPS con origen en EPS foráneas al Distrito Capital, por causa de traslado de residencia de la persona hacia otro municipio y otras situaciones particulares que esas EPS Subsidiadas de forma inconsistente e irregular impiden la afiliación normal en la EPS del Distrito Capital a estos afiliados que peticionan el traslado por fijar su residencia en el Distrito Capital.	Acuerdo 415 de 2009 artículo 13 a 33, artículo 32 Ley 1438 de 2011. Resolución 216 de 2011. Decreto 971 de 2011 artículo 14, circular 06 de 2011. Decreto 2353 de 2015, Decreto 0780 de 2016. Lay 1438 de 2011 artículo 128 a 134. Ley 715 de 2001, artículos 43.1.5; 43.2.3; 43.4.1.
<b>3.1.2.3.6.5 (N°17)</b>	Según visualización del sistema de información electrónico de la SDS de Bogotá, existe evidencia que las ESE no están informando a la Secretaria Distrital de Salud como lo señala la Resolución 3047 de 2008, del envío del anexo técnico 2 y/o del anexo técnico No. 3 (en el cuarto envío en el término de 2 horas “urgencias” o 4 horas “servicios posteriores a la urgencia” para el envío de autorización por parte del pagador	Resolución 3047 de 2008 artículos 3, 4 y 5 y el Decreto 4747 de 2007 artículos 12 y 13” concordante con la Resolución 4331 de 2012, concordante con Decreto 19 de 2012, artículo 120.

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada
	"anexo técnico No. 4") "cuando la EPS pagadora no hace entrega de respuesta de autorización hacia la ESE o IPS en los tiempos que señala la Resolución 3047 de 2008 artículos 3, 4, y 5 para la atención de urgencias o para los servicios posteriores a la atención inicial de urgencias.	Ley 715 de 2001, artículos 43.1.5; 43.2.3; 43.4.1.
<b>3.1.2.3.6.5 (N°18)</b>	Existe evidencia que Caprecom EPS-S durante la vigencia 2015 fue la EPS que presuntamente vulneró frecuentemente a sus afiliados el aseguramiento en salud en el Distrito Capital, e igualmente que por ello fue la ESE Hospital La Victoria II nivel de atención donde más se evidenció la no respuesta por la EPSS a las solicitudes de autorización por prestaciones de salud, en su obligación de entregar respuesta de autorización para las prestaciones de servicios de salud, en urgencias y estancias hospitalarias.	Ley 1751 de 2015 artículos 10 y 14, Ley 1438 de 2011 artículo 130, Decreto 1011 de 2006 y Resolución 2003 de 2014. Decreto 971 de 2011 artículo 14. Circular 06 de 2011. . Ley 715 de 2001, artículos 43.1.5; 43.2.3; 43.4.1.
<b>3.1.2.3.6.5 (N°19)</b>	Existe evidencia que las ESE del Distrito están solicitando autorizaciones al Distrito Capital para Recién Nacidos "vinculados", incumpliendo el artículo 163 parágrafo 2 de la Ley 100 de 1993, modificado por el Decreto 2353 de 2015 y el Decreto 780 de 2016, donde la primera norma señalaba que las atenciones del recién nacido deben ser solicitadas a la EPS a la cual pertenece la madre. Actualmente el Decreto 2353 de 2015 y el Decreto 780 de 2016 preceptúan que la ESE y/o IPS debe notificar inmediatamente el nacimiento luego del parto a la EPS de la madre y automáticamente el recién nacido es afiliado directamente por ese pagador (EPS).	Ley 100 de 1993, artículo 163 parágrafo 2. Circular 24 de 2012. Decreto 2353 de 2015 artículo y Decreto 0780 de 2016. Decreto 971 de 2014 artículo 14, circular 06 de 2011. Ley 715 de 2001, artículos 43.1.5; 43.2.3; 43.4.1.

**Componente: SALUD PÚBLICA**

N° del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada
<b>3.1.3.5 (N°21)</b>	A pesar de que el 100% de los casos de mortalidad materna son analizados, se evidencia inoportunidad en la realización de las unidades de análisis de los casos relacionados en la tabla, de acuerdo a lo definido en los protocolos del Instituto Nacional de Salud.	Artículos 23 Análisis de la información y 27 Estandarización de normas y procedimientos del Decreto 3518 de 2006 y lo establecido en los protocolos de vigilancia en salud pública del INS y lineamientos de vigilancia epidemiológica del INS.
<b>3.1.3.5 (N°22)</b>	De acuerdo a lo definido en los protocolos del Instituto Nacional de Salud los análisis se realizan mensual sobre	Artículos 23 Análisis de la información y 27

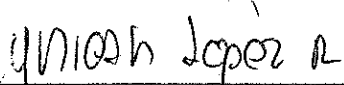
N° del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada
	un porcentaje establecido por la Entidad Territorial del total de casos, sin embargo, los análisis evidencian inoportunidad en la realización de las unidades de análisis y fallas en el registro de los datos en sus instrumentos.	Estandarización de normas y procedimientos del Decreto 3518 de 2006 y lo establecido en los protocolos de vigilancia en salud pública del INS y lineamientos de vigilancia epidemiológica del INS y lo establecido en el artículo 9 (literal g) del Decreto 3518 de 2006.
3.1.3.5 (N°24)	La Entidad Territorial de Bogotá no presentó soportes de los COVE correspondiente al mes de enero de 2015. Para el año 2016 no presentó soportes de los COVE de los meses de enero y febrero.	Decreto 3518 de 2006, Artículo 37.
3.1.3.5 (N°25)	La Entidad Territorial de Bogotá no presentó soportes de los Comité De Vigilancia Epidemiológica Comunitaria (COVECOM) correspondiente al primer y segundo semestre de 2015, de acuerdo a la periodicidad definida para el comité.	Decreto 3518 de 2006, Artículo 37 Parágrafo 1° literal d).

**Componente: SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada
3.1.4.1.2 (N°28)	La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá no cumplió con la ejecución del Plan de Visitas de Verificación programado a sus prestadores de servicios de salud para la vigencia 2015, incumpliendo presuntamente lo estipulado en los artículos 19 y 21 del Decreto 1011 de 2006 y artículo 14 de la Resolución 2003 de 2014 que establece " <i>Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, anualmente, formularán y ejecutarán un plan de visitas a los Prestadores de Servicios de Salud inscritos en el REPS, para verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación y del desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.</i> "	Artículos 19 y 21 del Decreto 1011 de 2006 y artículo 14 de la Resolución 2003 de 2014
3.1.4.1.2 (N°29)	La información suministrada por la Entidad presenta inconsistencias que generan un presunto incumplimiento frente a la calidad de información, lo que significa que la ET no reportó la información solicitada de forma confiable y clara, vulnerando el artículo 114 de la Ley 1438 de 2011.	Artículo 114 de la Ley 1438 de 2011.
3.1.4.5 (N°30)	La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a la fecha de la visita contaba con su red de servicios de salud reorganizada conforme a lo señalado en el artículo 2° del Acuerdo No. 641 de 2016, sin tener el documento de red	Artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, en concordancia con lo señalado en el artículo

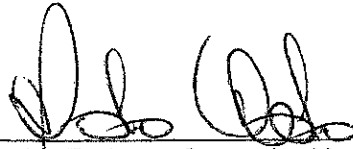
Número del Hallazgo	Descripción del Hallazgo	Norma Presuntamente Violada
	prestadora de servicios de salud debidamente actualizado, el cual debe contar con la viabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, vulnerando así presuntamente lo señalado en el artículo 156 de la Ley 1450 de 2011, en concordancia con lo señalado en el artículo 267 de la Ley 1753 de 2015.	267 de la Ley 1753 de 2015.
3.1.4.6.1.2.4 (N°32)	El CRUE no cuenta con documentación actualizada que permita evidenciar el conocimiento de la red de prestadores de servicios de salud conformada por las entidades responsables de pago que operan en su jurisdicción, incumpliendo presuntamente lo estipulado en el numeral 5 literal d) artículo 4 de la Resolución 1220 de 2010, en concordancia con lo señalado en el artículo 18 del Decreto 4747 de 2007.	Numeral 5 literal d) artículo 4 de la Resolución 1220 de 2010, en concordancia con lo señalado en el artículo 18 del Decreto 4747 de 2007.
3.1.4.6.1.2.4 (N°33)	El CRUE no tiene incorporada la información del perfil epidemiológico de la población de su territorio contenida en el ASIS, incumpliendo presuntamente lo estipulado en el numeral 8 literal d) artículo 4 de la Resolución 1220 de 2010, en concordancia con lo estipulado en el artículo 18 del Decreto 4747 de 2007.	Numeral 8 literal d) artículo 4 de la Resolución 1220 de 2010, en concordancia con lo estipulado en el artículo 18 del Decreto 4747 de 2007.
3.1.4.6.1.6 (N°34)	El CRUE no cuenta con documentación que permita soportar el apoyo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en los eventos de Urgencias, Emergencias y/o desastres. Esto presume un incumplimiento al literal h) artículo 5 de la Resolución 1220 de 2010 y artículo 18 del Decreto 4747 de 2007.	Literal h) artículo 5 de la Resolución 1220 de 2010 y artículo 18 del Decreto 4747 de 2007.

### Firma del Equipo auditor

  
 Yulbeth López Retamoso  
 Profesional Especializada

  
 Sonia Yasbleydy Herrera Vásquez  
 Profesional Universitaria

  
 Adriana Marcela Cortés Galvis  
 Profesional Especializado

  
 Hernando Enrique Quevedo Martínez  
 Profesional Especializado

Fecha: Bogotá D.C.; 05/10/2016