

INFORME DE AUDITORÍA DE DESEMPEÑO  
CÓDIGO 209<sup>1</sup>

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Período Auditado 2012 - 2015

DIRECCIÓN SECTORIAL SALUD

Bogotá, 27 de Mayo de 2016

---

<sup>1</sup> Este corresponde al Código asignado en el Plan de Auditoria PAD de la vigencia respectiva, el cual deberá ser utilizado por el sujeto de vigilancia y control fiscal al momento de registrar el Plan de mejoramiento en el SIVICOF.

Secretaria Distrital de Salud SDS.

Contralora de Bogotá

Ligia Inés Botero Mejía

Contralor Auxiliar

Carmen Sofía Prieto Dueñas

Directora Sectorial

Soraya Astrid Murcia Quintero

Asesores

Martha Sol Martínez  
Saturnino Soler Arias

Gerente

Soraya Astrid Murcia Quintero

Equipo de Auditoría

Guillermo León Cortes Morales  
German Caballero Santos  
Oscar Iván Ardila Rojas  
Guillermo Bobadilla Méndez

## TABLA DE CONTENIDO

### CARTA DE CONCLUSIONES

<b>1.1. ALCANCE .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA DE AUDITORÍA.....</b>	<b>8</b>
<b>2. RESULTADOS DE LA AUDITORIA .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 PROYECTO 869 SALUD PARA EL BUEN VIVIR. META 30 .....</b>	<b>12</b>
<i>2.1.1 Hallazgo Administrativo Se retiran las Posibles Incidencias Disciplinarias y Fiscales .....</i>	<i>38</i>
<b>2.2 PROYECTO 869 SALUD PARA EL BUEN VIVIR. META 48 .....</b>	<b>45</b>
<i>2.2.1 Hallazgo Administrativo Se retira la Posible Incidencia Disciplinaria ....</i>	<i>59</i>
<b>2.3 PROYECTO No. 872. CONOCIMIENTO PARA LA SALUD.....</b>	<b>67</b>
<b>2.3.1 Hallazgo administrativo.....</b>	<b>70</b>
<i>2.4.1 Hallazgo Administrativo Se retira la posible incidencia fiscal .....</i>	<i>77</i>
<b>2.5 SEGUIMIENTO A PROYECTO No. 880 “MODERNIZACION E INFRAESTRUCTURA EN SALUD”, EN LO CONCERNIENTE A LA META No. 6 GESTIONAR LA CREACION DEL INSTITUTO DISTRITAL DE NEUROCIENCIAS.....</b>	<b>83</b>
<b>2.6 PROYECTO 876. REDES PARA LA SALUD Y LA VIDA. META 11. ....</b>	<b>89</b>
<i>2.6.1 Hallazgo Administrativo.....</i>	<i>102</i>
<b>2.7 PROYECTO No. 881 AMPLIACION Y MEJORAMIENTO DE LA ATENCION PREHOSPITALARIA.....</b>	<b>104</b>
<b>2.7.1 Hallazgo Administrativo con Presunta Incidencia Disciplinaria. (Se retira de la auditoria toda la evaluación de este proyecto para posterior pronunciamiento de la Contraloría de Bogotá).....</b>	<b>104</b>
<b>2.8 PROYECTO 885 SALUD AMBIENTAL META 1 .....</b>	<b>104</b>
<i>2.8.1 Hallazgo Administrativo se retira las Presuntas Incidencias Fiscal e incidencia Disciplinaria.....</i>	<i>106</i>
<b>3. ANEXOS .....</b>	<b>119</b>
<b>3.1. CUADRO DE OBSERVACIONES DETECTADOS Y COMUNICADOS.....</b>	<b>119</b>

## CARTA DE CONCLUSIONES

Bogotá D.C. 27 de Mayo de 2016

**Doctor**  
**LUIS GONZALO MORALES SANCHEZ**  
**Secretario Distrital de Salud**  
**Secretaria Distrital de Salud**  
**Carrera 32 No. 12 - 81**  
**La Ciudad**

**ASUNTO: Alcance Carta de Conclusiones Informe Final. Radicado 2016ER36327 de Fecha 20/05/2016**

Damos alcance al informe final, radicado en fecha 20 de mayo, ante su Despacho. El equipo auditor presenta a usted excusas por los errores de forma contenidos en el mencionado documento.

La Contraloría de Bogotá D.C., con fundamento en los artículos 267 y 272 de la Constitución Política, el Decreto Ley 1421 de 1993, la Ley 42 de 1993 y la Ley 1474 de 2011, practicó Visita de Desempeño a la entidad Secretaria Distrital de Salud, vigencia 2012 - 2015, a través de la evaluación de los principios de economía, eficiencia, eficacia, equidad y valoración de los costos ambientales, con que administró los recursos puestos a su disposición y los resultados de su gestión en el área actividad o proceso examinado.

Es responsabilidad de la administración el contenido de la información suministrada por la entidad y analizada por la Contraloría de Bogotá D.C. La responsabilidad de la Contraloría consiste en producir un Informe de auditoría desempeño que contenga el concepto sobre el examen practicado.

La evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas de auditoría generalmente aceptadas, con políticas y procedimientos de auditoría establecidos por la Contraloría, consecuentes con las de general aceptación; por lo tanto, requirió acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar nuestro concepto.

La auditoría incluyó el examen, sobre la base de pruebas selectivas, de las evidencias y documentos que soportan el área, actividad o proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales; los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en los archivos de la Contraloría de Bogotá D.C.

## CONCEPTO DE GESTIÓN SOBRE EL ASPECTO EVALUADO

La Contraloría de Bogotá D.C. como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que la gestión en las políticas, asuntos, programas, proyectos, procesos, áreas o actividades de carácter específico o transversal, de interés o relevancia auditados, no cumple con los principios evaluados principalmente los de planeación, eficiencia, eficacia y economía.

El ejercicio del control fiscal se vio obstaculizado por parte del sujeto de control fiscal, debido a la falta de oportunidad, calidad y confiabilidad de la información solicitada, por el numeral 10, Artículo Primero, *“Procedimiento para adelantar Visita de Control Fiscal Versión 6.0 PVCGF 23* de la Resolución No. 037 de 2015, proferida por Contraloría de Bogotá, como quiera que la entidad auditada, previa solicitud por el equipo auditor, no presento los soportes de documentos indispensables para el análisis de algunos de los proyectos evaluados, y en ese orden corroborar las presuntas irregularidades denunciadas.

Además, la gestión de la Contraloría al realizar el proceso auditor de cualquier ente Distrital, persigue con el ejercicio del control fiscal, una gestión eficiente de los recursos de la ciudad, pero sobre todo que los planes, programas y proyectos que la administración ejecute con ellos alcancen los resultados presupuestados más cuando estos inciden en la salud de los bogotanos, por consiguiente es de suyo que el proceso de planificación requiere de la evaluación y control de los resultados por parte del responsable de la gestión

Dentro del ejercicio del proceso auditor, se evidenció que las metas 30 del Proyecto 869 y la meta 1 del Proyecto 885, no cumplieron con la finalidad del objeto para el que se proyectó y se suscribió, en razón a la falta de planeación en su formulación y ausencia de control y vigilancia, que buscara la correcta ejecución y logro de cumplimiento de los fines del estado. Además, se verificó que los entregables, no generaron un impacto positivo en el alcance de las actividades propuestas para el logro del objeto de las metas propuestas, tampoco se efectuó trazabilidad ni seguimiento de los productos y de esta manera, se evidencia la negligencia de la administración en los puntos control que dicha entidad debe observar, funcional y constitucionalmente.

Igualmente, con respecto a la meta 48 del Proyecto 869, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1611 de 2014, que en su manual de función específico para Dirección de epidemiología, análisis y gestión de políticas colectivas - Laboratorio de Salud Pública, describe en los numerales 7, 8 y 9, de sus funciones esenciales, señala dentro de una de ellas (...) *“Brindar asistencia profesional a las acciones de salud pública”* (...), dentro de las cuales se encuentran las actividades de promoción y prevención.

En lo que respecta al Proyecto 881 Meta 3, Se retira de la auditoria toda la evaluación de este proyecto para posterior pronunciamiento de la Contraloría de Bogotá.

Para el proyecto 876, Meta 11, la respuesta entregada por parte del ente auditado al informe preliminar realizado por el equipo auditor, allega documentación nueva, la cual no apareció como soporte de los informes consultados para su seguimiento.

Estos soportes son la evidencia por las que indagó el equipo auditor, para evaluar el avance en la implementación de la red pública prestadora de servicios de salud.

Su lectura, entre otras de las actas de firma de convenios de red entre las diferentes ESE que componen cada Subred, permite dar cuenta de los compromisos asumidos por cada ESE para la consolidación de un portafolio de servicios único a ofertar de manera articulada por todos, a partir de la cesión y transferencia de algunos servicios por parte de unos para que otros los prestaran.

Incluso se encuentra en algunas actas, la preocupación de los asistentes a las reuniones de red en cada Subred, por la ausencia de un coordinador en el seno de la misma, que impulsara la articulación de la subred, así como también verificara el funcionamiento de las ESE en el nuevo esquema de prestación y oferta servicios.

El consolidado de las compras conjuntas a través de la Alianza Pública Cooperativa en salud, durante la vigencia 2015, muestra un avance significativo en la compra conjunta de medicamentos e insumos por parte de las ESE a través de esta entidad, lo que logró economías de escala en los procesos de compra y negociación conjunta, las cuales incluso son cuantificadas en los documentos que acompañan la respuesta.

Existe no obstante la ausencia de un indicador adecuadamente construido, que permita verificar el avance de la integración de las ESES en cada subred, a través de la implementación del portafolio definido y del ejercicio conjunto de negociación con terceros, pero sobretodo que mida el impacto sobre la población en términos cantidad, calidad, oportunidad y satisfacción de sus necesidades, entre otros.

En consecuencia, se verificó que la línea técnica, se califica de antieconómica, ineficiente e ineficaz, por las razones anteriormente expuestas, y que generaron un detrimento al patrimonio, con incidencia fiscal y disciplinaria. Las cuales fueron corroboradas en el ejercicio de la auditoria y que serán objeto de análisis a lo largo del presente informe.

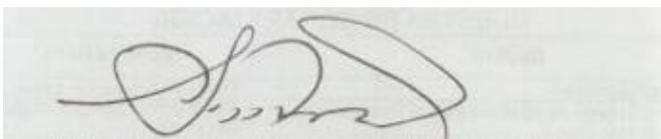
## PRESENTACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO

Con el fin de lograr que la labor de control fiscal conduzca a que los sujetos de vigilancia y control fiscal emprendan acciones de mejoramiento de la gestión pública, respecto de cada uno de los hallazgos comunicados en este informe, la entidad a su cargo, debe elaborar y presentar un plan de mejoramiento que permita solucionar las deficiencias puntualizadas en el menor tiempo posible y atender los principios de la gestión fiscal; documento que debe ser presentado a la Contraloría de Bogotá, D.C., a través del Sistema de Vigilancia y Control Fiscal –SIVICOF– dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la radicación de este informe, en la forma, términos y contenido previsto en la normatividad vigente, cuyo incumplimiento dará origen a las sanciones previstas en los artículos 99 y siguientes de la Ley 42 de 1993.

Corresponde igualmente, al sujeto de vigilancia y control fiscal, realizar seguimiento periódico al plan de mejoramiento para establecer el cumplimiento y la efectividad de las acciones para subsanar las causas de los hallazgos, el cual deberá mantenerse disponible para consulta de la Contraloría de Bogotá, D.C., y presentarse en la forma, términos y contenido establecido por este Organismo de Control.

El anexo al presente oficio contiene los resultados y hallazgos detectados por este órgano de Control.

Atentamente,



**SORAYA ASTRID MURCIA QUINTERO**  
**Director Técnico Sector Salud**

Revisó: Soraya Astrid Murcia Quintero  
Elaboró: Equipo Auditor

## **1. ALCANCE Y MUESTRA DE AUDITORIA DE DESEMPEÑO SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD**

### **1.1. ALCANCE**

Se evaluarán los siguientes proyectos:

Proyecto No. 869 “Salud para el buen vivir”, las metas números 30, 33, 43 y 48.

Proyecto No. 872 “Conocimiento para la salud”, meta única.

Proyecto No. 874 “Acceso universal y efectivo a la salud”, las metas números 1 y 3.

Proyecto No. 875 “Atención a la población pobre no asegurada”, meta única.

Proyecto No. 876 “Redes para la salud y la vida”, las metas números 11.

Proyecto No. 880 “Modernización e infraestructura en salud”, las metas: Instituto de neurociencias, Ciudadela salud mental y Oncología.

Proyecto No. 881 “Ampliación y mejoramiento de la atención pre-hospitalaria”, las meta números 3.

Proyecto No. 948 “Divulgación y promoción de proyectos, programa y acciones de interés público en salud”, meta 1 (hay dos metas, en una no se ha comprometido presupuesto, pero reporta cumplimiento 100% en el proyecto).

Proyecto No. 885. “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

Proyecto No. 869 Alcanzar coberturas de vacunación al 95%, contra el Virus del Papiloma Humano, en las veinte localidades del Distrito Capital, al 2016

### **1.2 IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA DE AUDITORÍA**

Los criterios de selección se establecieron teniendo en cuenta los resultados de la auditoria regular, vigencia 2014 PAD 2015, por tal razón, se seleccionaron los proyectos de inversión que no cumplieron con las metas propuestas en el Plan de Desarrollo, así como la veracidad de la información reportada, cuando la utilización de los recursos fue de cero (0) pesos, e igualmente se incluyeron la Meta 17 referente al Virus del Papiloma Humano del Proyecto 869 y la Meta 1 del Proyecto 885, correspondiente a proyecto metales pesados, por Solicitud presentada por Concejales del Distrito Capital en Proposición No. 054.

Tabla 1. Muestra de la Auditoria de Desempeño Secretaria Distrital de Salud. PAD 2016. Periodo Auditado 2012 – 2015.

No. Proy	Proyecto Inversión	Código o Meta	Descripción de la metas proyectos de inversión	Ponderador Meta	Presupuesto asignado a la meta en pesos	Justificación de la selección	Auditor Responsable
869	Salud para el buen vivir	30	Aumentar la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85% o más, al 2016.	85% o mas	2.600.686.755	Resultado del análisis de la auditoria de regularidad vigencia 2015.	Raquel Parada Patiño
		33	Desarrollar estrategias integradas de promoción de la salud en actividad física, seguridad alimentaria y nutricional, trabajo saludable y prácticas saludables en el 100% de los territorios de salud, en coordinación intersectorial, a 2016.	100%	2.570.128.542	Resultado del análisis de la auditoria de regularidad vigencia 2015	Raquel Parada Patiño
		43	Implementar un modelo de atención integral a través de redes integradas de servicios de salud, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud, al 2016.	Modelo de atención	121.101.482.988	Resultado del análisis de la auditoria de regularidad vigencia 2015	Raquel Parada Patiño
		48	Ejecutar el 100% de las acciones del laboratorio de salud pública, como centro de referencia, en apoyo a la vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria, control de calidad y gestión del	100%	11.391.069.122	Resultado del análisis de la auditoria de regularidad vigencia 2015	Raquel Parada Patiño

			conocimiento, al 2016.				
872	Conocimiento para la salud	Meta única	Formular e implementar la política pública de innovación, ciencia y tecnología en Salud para el Distrito Capital, a 2016.	Implementación política pública	1.722.905.000	Resultado del análisis de la auditoría de regularidad vigencia 2015	Guillermo León Cortés Morales
874	Acceso Universal y efectivo a la salud	1	Garantizar a 1.678.622 habitantes de Bogotá D.C. EL ACCESO EFECTIVO AL Régimen Subsidiado del sistema General de Seguridad Social en Salud.	1.678.622 habitantes Bogotá D.C.	3.082.065.627.719	Resultado del análisis de la auditoría de regularidad vigencia 2015	Guillermo León Cortés Morales
		3	Inspeccionar y vigilar al 100% de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio autorizadas para operar en Bogotá, frente al cumplimiento de sus obligaciones establecidas en el sistema General de Seguridad Social en salud y tomar las medidas correspondientes en coordinación con la Superintendencia Nacional de Salud, al 2016	100%	3.643.381.000	Resultado del análisis de la auditoría de regularidad vigencia 2015	Guillermo León Cortés Morales
875	Atención a la población pobre no asegurada	Meta única	Mantener la cobertura con Servicios de salud a la población pobre y vulnerable, no asegurada del D.C.	Mantener la cobertura	955.722.636.751	Resultado del análisis de la auditoría de regularidad vigencia 2015	Oscar Iván Ardila Rojas
876	Redes para la Salud y la Vida	11	Rediseñar, reorganizar e integrar funcionalmente la red pública hospitalaria, adscrita a la Secretaría Distrital de	Rediseño de la Red Pública hospitalaria	362.453.633.767	Resultado del análisis de la auditoría de regularidad vigencia 2015	German Caballero Santos

			salud de Bogotá, en el marco de la normatividad vigente				
880	Modernización e infraestructura en salud		Instituto de neurociencias	Modernización de la infraestructura	0	Resultado del análisis de la auditoría de regularidad vigencia 2015	Oscar Ardila Rojas
		4	Ciudadela de Salud Mental	Modernización de la infraestructura	543.722.047	Resultado del análisis de la auditoría de regularidad vigencia 2015	Guillermo León Cortes Morales
			Oncología	Modernización de la infraestructura	2.000.000.000	Resultado del análisis de la auditoría de regularidad vigencia 2015	German Caballero Santos
881	Ampliación y mejoramiento de la atención pre hospitalaria	3	Atender al 100% de los incidentes de salud tipificados como críticos, que ingresan a través de la línea de Emergencias 123, al 2016	100%	184.867.809.629	Resultado del análisis de la auditoría de regularidad vigencia 2015	German Caballero Santos
948	Divulgación y promoción de proyectos, programas y acciones de interés público en salud	1	Promocionar una cultura de salud en la ciudad a través de la estrategia "Bogotá Territorio Saludable", en el marco del plan de desarrollo Bogotá Humana		2.512.809.366	Resultado del análisis de la auditoría de regularidad vigencia 2015	Oscar Ardila Rojas
885	Salud Ambiental		"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" del Proyecto 885			Solicitud presentada por Concejales del Distrito Capital en Proposición No. 054	Raquel Parada Patiño

869	Salud para el buen vivir	"Alcanzar coberturas de vacunación al 95%, contra el Virus del Papiloma Humano, en las veinte localidades del Distrito Capital, al 2016"	Solicitud presentada por Concejales del Distrito Capital en Proposición No. 054	Oscar Ardila Rojas
-----	--------------------------	--	---	--------------------

Fuente: Auditoría Regular PAD 2014 y PAD 2015

## 2. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

### 2.1 PROYECTO 869 SALUD PARA EL BUEN VIVIR. META 30

***“Aumentar la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85% o más, al 2016”.***

**Indicador:** Tasa de curación de los casos de tuberculosis

**Fórmula:** Número de BK de control negativos/ Número de BK positivos \*100

**Línea de Base:** Tasa de curación del 76%. 2011.

Para el cumplimiento de la meta 30, se tienen en cuenta dos actividades, así:

1. Realizar el seguimiento a las baciloscopias de control de los casos BK +, cuyo indicador es Porcentaje de BK + con seguimiento: Numero de BK+ con seguimiento/ Total de BK +
2. Realizar el seguimiento a la administración del tratamiento antituberculoso, indicador Porcentaje de tratamiento con seguimiento: Número de tratamiento antituberculoso con seguimiento/Total de tratamientos antituberculosos iniciados \*100

Tabla 2. Ejecución de Recursos Presupuestales con Respecto a Cumplimiento Meta 30. Periodo 2012 – 2015

AÑO	EJECUCION PRESUPUESTAL	% EJECUCION	TOTAL CASOS NUEVOS BK POSITIVOS	CURADOS	ÉXITO TRATAMIENTO
2011 LINEA BASE			360	147 (40,83%)	226 (62,77%)
2012	\$734.851.930,00	100%	509	236 (46,36%)	372 (73,08%)
2013	\$554.132.003,93	83,88 %	510	210 (41,17%)	317 (62,15%)

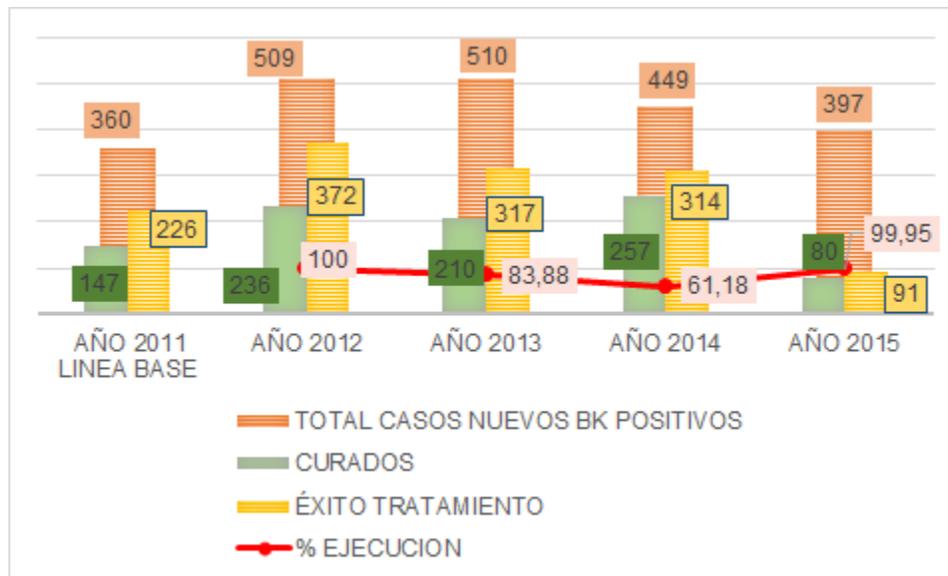


CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

<b>2014</b>	<b>\$315.228.226,57</b>	<b>61,18 %</b>	449	257 (57.23%)	314 (69,93%)
<b>2015</b>	<b>\$763.830.994,46</b>	<b>99,95 %</b>	397	80 (20,15%)	91 (22,92%)

Fuente: Ejecución Presupuestal Proyectos Secretaria Distrital de Salud y Análisis de Datos Equipo Auditor.

Figura 1. Ejecución de Recursos Presupuestales con Respecto a Cumplimiento Meta 30. Periodo 2012 – 2015



Fuente: Ejecución Presupuestal Proyectos Secretaria Distrital de Salud y Análisis de Datos Equipo Auditor.

Como se puede evidenciar en la tabla 2 y gráfica 1, a pesar de que se contaba con recursos financieros, en el período 2012 – 2015, se observa a partir de la línea de base establecida en el año 2011, para los años 2012 a 2015 el aumento de casos nuevos y el incumplimiento de la meta propuesta, lo que muestra poca efectividad en la inversión realizada, ya que como se señala en el análisis las actividades se hicieron pero de manera inadecuada, siendo ineficaces, ineficientes y antieconómico.

Como ente de Control, no debatimos la descalificación del equipo auditor que realiza el ente auditado en el párrafo introductorio de respuesta al informe preliminar.

Las observaciones incluidas en el informe preliminar dan cuenta de las tendencias que manifiestan las cifras aportadas por el ente auditado dentro de la información suministrada, las cuales evidencian incumplimiento de la meta propuesta.

Es cierto que fueron tomados los casos curados, ya que la meta 30, reza “Aumentar la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85% o más, al 2016” habla de curación de los casos, no del éxito del tratamiento.

sin embargo se tuvieron en cuenta todos los factores inherentes a los procesos de tuberculosis, como se puede observar en el informe preliminar tablas 6 y 7 y sus párrafos explicativos, pero aun teniendo en cuenta el éxito del tratamiento no se da cumplimiento a la meta propuesta, como se observa en la figura 1. Que ustedes mencionan donde se incluyó el éxito del tratamiento. Igualmente la resolución 007 de 2015, empieza a regir a partir del año 2015 y el periodo auditado comprende los años 2012 a 2015. Es de aclarar que el análisis se efectuó frente al histórico de los indicadores para Bogotá y es claro que Bogotá no se puede comparar con otros departamentos ni con países que se encuentran por debajo de Colombia, ya que Bogotá ha sido líder en programas de salud pública y debe propender por mejorar sus propios estándares. Si se ubica un país de similares condiciones al nuestro en la región el caso chileno podría ser el referente con el cual evaluar los resultados obtenidos en Bogotá, objeto de análisis por este equipo auditor. Para Chile las normas técnicas aplicables para el control de tuberculosis ubican la meta de curación en el 90%, el porcentaje de fracasos no puede superar el 1%, el de abandonos el 5% y el de fallecidos del 3%. Datos históricos de ese país indican que sus logros siempre se ubican por encima del 85% y las desviaciones o variaciones respecto de la meta definida no llegan al 3%.

**Plan de Análisis.** Para realizar el análisis se tomó la información de las bases de datos (libro de registro de pacientes y cohorte 2012 a 2015) suministrada por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y se clasificó la población enferma con Tuberculosis en Población total de Bogotá: Para este análisis, se tuvo en cuenta únicamente los casos de Tuberculosis pulmonar nuevos en el periodo comprendido entre los años 2012 a 2015, incluye población general con y sin intervención. Igualmente se realiza revisión física de baciloscopias allegadas y de algunas actas de análisis de mortalidad por tuberculosis y de la hoja de vida del indicador utilizado por la Secretaria Distrital de Salud para dar cumplimiento a la meta.

Los indicadores tenidos en cuenta por el ente de control para efectuar el análisis son los siguientes:

Los indicadores de Control de Gestión son: Positividad de la baciloscopia (BK): mide la probabilidad de que un Sintomático Respiratoria sea positivo al examinarse, esta falsamente elevado cuando hay una baja captación de Sintomáticos Respiratorios.

Los indicadores de seguimiento se calculan de los datos de las cohortes de enfermos incluidos en el programa de control y prevención de Tuberculosis que son seguidos a través del tiempo, estos son: ♣ Porcentaje de curación: se tienen dos tipos de casos con respecto al tratamiento: caso curado: caso con Baciloscopia inicial positiva que termino el tratamiento y tuvo Baciloscopia de esputo negativa en por lo menos dos ocasiones, una de ellas al concluir el tratamiento

♣ Tratamiento terminado: caso con Baciloscopia inicial positiva pero que no se le realizo Baciloscopia de control al final del tratamiento.

La meta es lograr que el 85% de los casos de Tuberculosis pulmonar Baciloscopia positiva egresen por curación

Indicadores complementarios: ♣ Porcentaje de abandono: el valor debe estar por debajo de 5%, cada caso de abandono requiere un análisis para identificar los factores de riesgo que influyeron y los correctivos que se tomaron.

Porcentaje de fracaso: proporción de pacientes que al quinto mes de tratamiento tiene Baciloscopia positiva, no debe ser mayor de 1-2%

♣ Porcentaje de transferidos: proporción de pacientes que se remitieron a otras instituciones antes de culminar su tratamiento, es probable que no se conozca el resultado.

♣ Porcentaje de negativización bacteriológica al segundo mes: es una indicación de la eficacia de un programa, determina la capacidad del mismo para transformar los casos infecciosos en no infecciosos.

## **Resultados, Análisis e Interpretación**

Se incluyó el desarrollo del componente de casos de tuberculosis curados, teniendo en cuenta la estrategia alto a la Tuberculosis, evidenciando el compromiso político mediante el respaldo de la legislación y el establecimiento de alianzas en cumplimiento del plan estratégico Colombia libre de Tuberculosis 2012- 2015 para mejorar la atención a la Tuberculosis en términos de acceso y calidad de los servicios de salud.

Igualmente, se entiende que la atención en salud, es un derecho para los habitantes de la ciudad de Bogotá y posterior a esto se expuso la dinámica de la atención en salud en la red hospitalaria Distrital. La información obtenida como resultado de esta auditoría se presentó resolviendo cada objetivo propuesto y relacionando su contenido con los componentes del Plan de Desarrollo Distrital y Plan Territorial de Salud.

A continuación, se explicaron los elementos del proceso para alcanzar el éxito del tratamiento antituberculoso en el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en la población bogotana, estos correspondieron a: la cobertura de las actividades del programa, disponibilidad de insumos, talento humano entrenado y la organización de las redes de centros de salud y laboratorios, la frecuencia de supervisión y la calidad de las intervenciones. Teniendo en cuenta lo anterior, este objetivo se relacionó con el componente 3 de la estrategia Alto a la Tuberculosis, que consiste en desarrollar 6 puntos (Prestación de servicios, Personal sanitario, Información en salud, Productos médicos, vacunas y tecnología, Sistema de financiación de la salud, Liderazgo y Rectoría), enfocados al fortalecimiento de los sistemas de salud dentro de los cuales el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis, como un programa de salud pública es importante para alcanzar las metas propuestas y obtener buenos resultado en salud, la metodología se desarrolló exponiendo las fortalezas y debilidades de cada punto aplicado al manejo del enfermo con Tuberculosis.

El compromiso político planteado para la atención en salud partió del reconocimiento político como ciudadanos, a través de la Constitución Política de 1991 y de las políticas públicas planteadas para su atención integral, en la cual se encuentra la atención en salud, el control y prevención de Tuberculosis, el reconocimiento del derecho a la salud y el acceso a los servicios de salud. Igualmente, Colombia mediante el Plan estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010 – 2015, ha dado cumplimiento a la atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la Atención de enfermedades de interés en salud pública, incluidas allí la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. A través, de las siguientes normas<sup>2</sup>:

La Ley 715 de 2001 define las competencias de la nación en el sector salud y distribuye los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP).

El Decreto 272 de 2004 reestructura el Instituto Nacional de Salud (INS), determinando las funciones de sus dependencias: Subdirección Red Nacional de Laboratorios, Subdirección de Investigación, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, y Subdirección de Producción. Bajo esta estructura se realizan funciones del nivel nacional para la vigilancia y control de la Tuberculosis.

En el 2004 el Ministerio de Protección Social, expidió la Circular Externa 018, en cuyo Anexo Técnico numeral 1.7, se establecieron “Otras enfermedades prioritarias de interés en salud pública”, dentro de las cuales se encuentra la Tuberculosis.

El Decreto 2323 de 2006, organiza la Red Nacional de Laboratorios (RNL) y establece cuatro líneas estratégicas sobre las cuales se centran sus acciones: 1) Vigilancia en salud pública, 2) Investigación, 3) Gestión de la calidad y 4) Prestación de servicios. Establece las funciones de los Laboratorios Nacionales de Referencia (INS e INVIMA), Laboratorios de Salud Pública Departamental y Distrital (LSPD) y de los laboratorios en el nivel municipal.

En lo que respecta, a la Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada. Garantizar la calidad de los servicios es una labor realizada por cada uno de los laboratorios que conforman la Red de laboratorios Distrital, tanto laboratorios públicos como privados, todos realizaron actividades de bacteriología de Tuberculosis, sin embargo quien hace el seguimiento, vigilancia y monitoreo al diagnóstico de casos de Tuberculosis mediante la supervisión retrospectiva de las láminas de Baciloscopias, es el Laboratorio de Salud Pública de Bogotá.

Por lo tanto, la evaluación de los elementos del proceso para alcanzar el éxito del tratamiento antituberculoso en la población, de acuerdo al programa de prevención y control de tuberculosis de la Secretaria Distrital de Salud, se desarrolla de acuerdo

---

<sup>2</sup> Ministerio de Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015 Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB. 2009. Pág. 16

a lo establecido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual fue creado mediante la Ley 100 de 1993 que también definió la organización de la prestación de los servicios de salud. Los prestadores pueden ser hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, denominadas Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas o privadas. Las personas tienen derecho a la prestación de servicios mediante su afiliación a un seguro, lo que se logra bien sea mediante contribuciones directas deducidas del salario o mediante un subsidio gubernamental. Las personas por fuera de estos dos sistemas de afiliación son atendidas directamente por la red pública, una vez se hayan reconocido como beneficiarios por su situación económica, conocidos coloquialmente como “SISBENZADOS” porque han sido identificados mediante el Sistema de Identificación de Beneficiarios del Subsidio (SISBEN) pero que aún no han sido afiliados a un seguro subsidiado o también se les denomina población pobre no asegurada.

### **Revisión Bases de Datos**

Para dar cobertura a este punto, el Talento humano relacionado por Secretaría Distrital de Salud, es el siguiente: Una profesional Especializada Enfermera de Planta para el periodo 2012 – 2013, un profesional especializado Enfermero por Orden de Prestación de Servicios 2013 – 2015, catorce (14) profesionales especializados locales en cada Empresa Social del Estado, de perfiles médico, enfermera o bacterióloga y 14 técnicos en salud locales en cada Empresa Social del Estado, auxiliares de enfermeros.

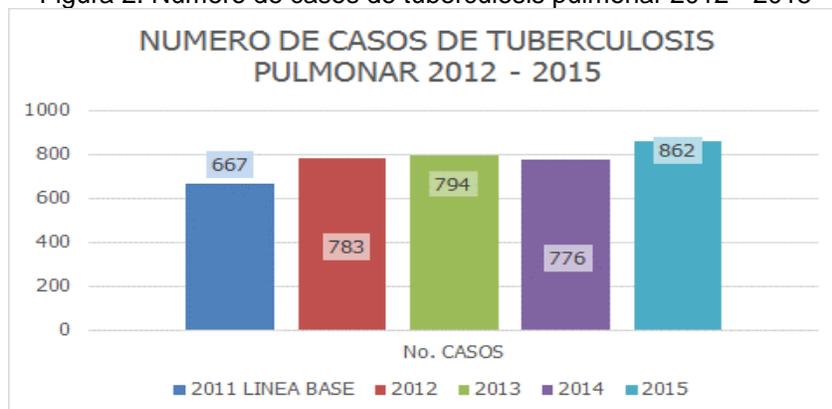
Con respecto, a la cobertura del tratamiento se pudo conocer que todos los casos diagnosticados con Tuberculosis recibieron el tratamiento, sin embargo el éxito del tratamiento calculado en 42% (n=483), el cual corresponde al total de curados para el periodo comprendido entre 2012 y 2015. La Tuberculosis pulmonar en la población general de Bogotá en el periodo mencionado presenta un total de 3215 casos, de los cuales el 62.5% (n=1998), corresponden a baciloscopias positivas y de estas un 58.3% (n=1865) son casos nuevos, se tuvieron en cuenta para el análisis solo los casos nuevos con Baciloscopia positiva.

Se aclara que acorde a la circular 007 de 2015 del MSPS las categorías de análisis de las cohortes y casos y actividades deberá realizarse de la siguiente manera:

- Casos Nuevos Pulmonares (Pulmonares Bk positivos, Bk negativos cultivo positivos, casos Sin Bk, casos con Prueba Molecular positiva).

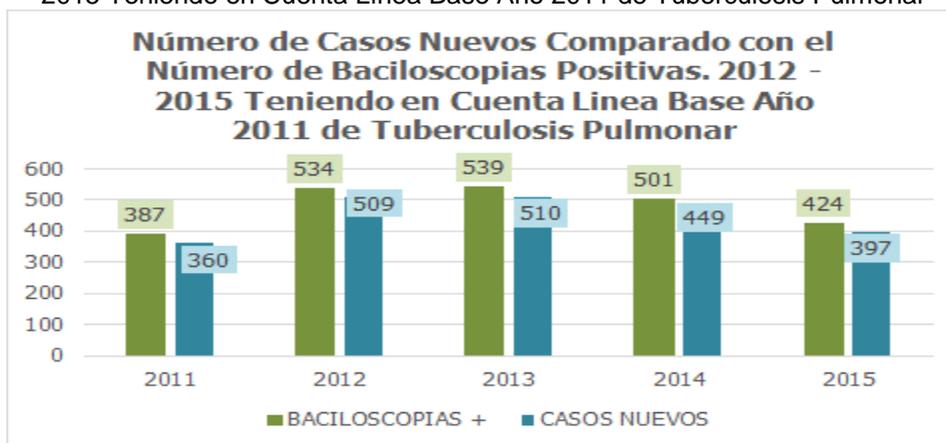
Como ya se mencionó anteriormente la inclusión no se hizo de manera incorrecta para la metodología de cálculo de número de casos de TBC en el informe, ya que la circular rige desde publíquese y cúmplase desde el 26 de febrero del año 2015.

Figura 2. Número de casos de tuberculosis pulmonar 2012 - 2015



Fuente: Bases de Datos Soportes de Casos. Secretaria Distrital de Salud

Figura 3. Número de Casos Nuevos Comparado con el Número de Baciloscopias Positivas. 2012 - 2015 Teniendo en Cuenta Línea Base Año 2011 de Tuberculosis Pulmonar



Fuente: Bases de Datos Soportes de Casos. Secretaria Distrital de Salud

Como se observa en la Figura 3. La distribución de casos de Tuberculosis pulmonar en población general de Bogotá para los años 2012 – 2015, muestra que los casos nuevos para este periodo fueron un total de 1865 Casos, conllevando a un incremento anual con respecto a la línea base establecida para el año 2011 de la siguiente manera, los casos nuevos para el año 2012 corresponden a un 41.4% (n=109), con respecto a la línea base n=360, para el año 2013 se aumenta

ligeramente en un 41.7% (n=150), en el año 2014 disminuye a un 24.7% (n=89) y para el 2015 disminuye a un 10.3% (n=37). Como se puede observar en la Tabla 3.

Tabla3. Número de Casos Nuevos Comparado con el Número de Casos de la línea Base Año 2011 para la Tuberculosis Pulmonar 2012 – 2015.

AÑO	BACILOSCOPIAS +	CASOS NUEVOS	DIFERENCIA CASOS LINEA CON BASE 2011	PORCENTAJE DIFERENCIA CASOS
2011	387	360		
2012	534	509	149	41,4%
2013	539	510	150	41,7%
2014	501	449	89	24,7%
2015	424	397	37	10,3%

Fuente: Bases de Datos Soportes de Casos. Secretaria Distrital de Salud

Por su parte, la Población general de Bogotá enferma con Tuberculosis Pulmonar presentó para el año 2012, 509 casos nuevos pulmonares Baciloscopia positivos, de ellos fueron diagnosticados con una cruz el 43.4% (n=221 casos), 32.8% (n=167 casos) con dos cruces y el 23.8% (n=121 casos) presentaron tres cruces, esto explica que el diagnóstico se realizó tempranamente en casi el 50% de la población afectada con Tuberculosis Pulmonar en los diferentes centros de atención en salud, sin embargo, preocupa que la proporción de casos con dos y tres cruces estén en el otro 50%, teniendo en cuenta que en estos estados bacilíferos la probabilidad de transmisión de la enfermedad es mayor. Para el año 2013, los casos nuevos pulmonares Baciloscopia positivos 510, la oportunidad en el diagnóstico de la enfermedad determino que existe una mayor proporción de pacientes diagnosticados con una cruz 41.8% (n=213 casos), con dos cruces 37.1% (n=189 casos) y con tres cruces 21.2% (n=108 casos), se observó un aumento de la población diagnosticada con el mayor número de cruces, es decir que el diagnóstico llego tardíamente, pero además quiere decir que la detección aumento en los estadios tardíos.

En el año 2014, las Baciloscopia positivas para casos nuevos, fueron 449, de los cuales con una cruz se presentaron en un 34.3% (n=154 casos), con dos cruces el 39.9% (n=179 casos) y con tres cruces el 25.8% (n=116 casos). Lo correspondiente al año 2015, presento 397 casos nuevos, de los cuales con una cruz fueron el 44.1% (n=175 casos), con dos cruces un 34.3% (n=136) y con tres cruces un 21.7% (n=86 casos). Mostrando que para el periodo analizado en más del 50% fueron detectados

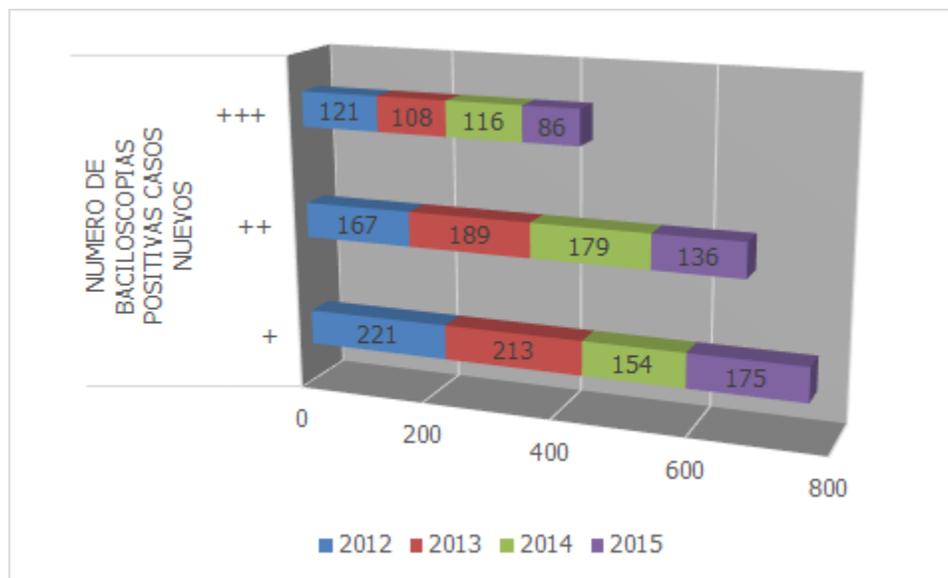
con dos y tres cruces lo que indica una detección tardía y un aumento en la posible transmisión de esta enfermedad por el estadio bacilíferos en que se encuentra.

Tabla 4. Número y Porcentaje de Baciloscopias Positivas Casos Nuevos 2012 – 2015, según cruces.

AÑO	NUMERO DE BACILOSCOPIAS POSITIVAS CASOS NUEVOS			PORCENTAJE DE BACILOSCOPIAS POSITIVAS CASOS NUEVOS		
	+	++	+++	+	++	+++
2012	221	167	121	43,4	32,8	23,8
2013	213	189	108	41,8	37,1	21,2
2014	154	179	116	34,3	39,9	25,8
2015	175	136	86	44,1	34,3	21,7

Fuente: Bases de Datos Soportes de Casos. Secretaria Distrital de Salud

Figura 3. Diagnostico por Baciloscopias Según el Número de Cruces. 2012 – 2015.



Fuente: Bases de Datos Soportes de Casos. Secretaria Distrital de Salud

Tabla 5. Número de Baciloscopias Negativas Casos Nuevos con Resultados de Cultivos Positivos 2012 – 2015.

AÑO	CULTIVOS POSITIVOS
-----	--------------------



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

	BACILOSCOPIAS NEGATIVAS CASOS NUEVOS	
2012	184	105
2013	78	78
2014	227	107
2015	305	118

Fuente: Bases de Datos Soportes de Casos. Secretaria Distrital de Salud

Dentro de los casos nuevos pulmonares también se presentaron casos con Baciloscopias negativas, en el 2012 se encontraron 184 casos, de los cuales salieron positivos al cultivo a 105 (57.1%) casos, para el año 2013, las baciloscopias negativas fueron 78 y los 78 resultaron con cultivo positivo, es decir el 100%, en el año 2014 se presentaron 227 casos negativos, de los cuales 107 resultaron cultivos positivos en un 47.1%, para el año 2015, se presentaron 305 baciloscopias negativas de las cuales dieron cultivos positivos 118 (38.7%), esto muestra que no hay que subestimar los resultados con Baciloscopias negativa y realizarles cultivo, cumpliendo las condiciones que hacen sospechar de casos paucibacilares.

En el informe no se define la causalidad de la positividad vs. el estadio clínico de la enfermedad por el número de cruces tal como lo mencionan en su respuesta el ente auditado, dado a que si bien el diagnóstico de tuberculosis pulmonar corresponde a un indicador de nivel de posibilidad de transmisión, lo que se indica es que al realizar un diagnóstico tardío existe una mayor posibilidad de aumento en la transmisión de TBC. Se aclara que el indicador no es calculado por el ente de control ni por el número de cruces, sino que se tuvo en cuenta en qué momento se está efectuando el diagnóstico de la enfermedad el cual se evidencia principalmente en momentos donde un paciente puede conllevar a un aumento en la transmisión del patógeno, lo que conllevaría a aumentar el número de pacientes con esta enfermedad, como ustedes mismo lo indican en cuanto a que por cada caso de tuberculosis positivo no detectado o en este caso detectado tardíamente puede llegarse a contagiar entre 15 a 20 casos anualmente. Igualmente por parte de la Secretaria Distrital de Salud no se presentan documentos que desvirtúen la observación

### Seguimiento a Tratamientos

En lo que respecta, a la segunda actividad para dar cumplimiento a la meta establecida, con respecto a los Indicadores de seguimiento y complementarios de Resultado del tratamiento antituberculoso. El análisis de la situación de Tuberculosis en el periodo 2012 a 2015, evidenció que el escenario no ha tenido cambios, el Distrito Capital mantiene un porcentaje de éxito de tratamiento menor que la meta establecida de 85%, teniendo como línea base el año 2011, el cual reporta una tasa de curación del 76%.

El comportamiento del éxito del tratamiento en las poblaciones de pacientes bacilíferos, y de acuerdo al indicador de resultado establecido en la circular 058 de 2009 del Ministerio de Salud y Protección Social, "**Evaluación del total de**

**pacientes de tuberculosis pulmonar nuevos que ingresaron a tratamiento supervisado y que resultaron con baciloscopia de control negativa al finalizar el tratamiento/Total de pacientes de tuberculosis nuevos baciloscopia positiva que ingresaron a la cohorte anual de tratamiento por el 100%”,** y tomando como datos los suministrados en el formato Excel pestañas CI, CII, CIII y CIV, Formato Informe de Cohorte, condición de egreso de pacientes nuevos; se evidencio que la población general de Bogotá alcanzo el 46,37% (n=236) en el 2012, para el año 2013 en un 41.2% (n=210), un total de 57.24% (n=257), para el año 2014 y en el año 2015, un 20.15% (n=80), tomando como dato los curados de acuerdo a la definición establecida y al indicador de resultado mencionado en el párrafo de arriba.

Figura 5. Número de Personas Curadas por Tratamiento Antituberculoso de cohorte Pacientes Nuevos. 2012 – 2015. Línea Base 2011.



Fuente: Bases de Datos Soportes de Casos. Secretaria Distrital de Salud

Durante los cuatro años con respecto al éxito del tratamiento, los pacientes curados, no sobrepasan la mitad de la meta estipulada en 85%. La tabla 5 presenta el número de casos de pacientes curados y con tratamiento terminado (éxito del tratamiento) en el periodo de tiempo años 2012 - 2015.

Tabla 6. Número de Casos Nuevos Pacientes Curados y con Tratamiento Terminado 2012 – 2015.

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015
TOTAL CASOS NUEVOS BK POSITIVOS	360	509	510	449	397
CURADOS	147 (40,83%)	236 (46,36%)	210 (41,17%)	257 (57,23%)	80 (20,15%)
TRATAMIENTO TERMINADO	79 (21,94%)	136 (26,71%)	107 (20,98%)	57 (12,69%)	11 (2,77%)



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ. D.C.

<b>ÉXITO TRATAMIENTO</b>	226 (62,77%)	372 (73,08%)	317 (62,15%)	314 (69,93%)	91 (22,92%)
--------------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	----------------

Fuente: Bases de Datos Soportes de Casos. Secretaria Distrital de Salud

Cabe señalar que dentro del análisis del éxito del tratamiento se tomó en cuenta los componentes que lo conforman, ellos son los casos que terminaron el tratamiento, en quienes no se realizó la última Baciloscopia de control y los casos que egresaron como curados, en quienes se realizó una última Baciloscopia para confirmar la ausencia de microorganismos, obteniendo un éxito de tratamiento para cada año, como se observa en la tabla 6, inferior al 85%.

En la información suministrada, no se muestra la proporción de los casos con tratamientos DOTS/TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado para tuberculosis en poblaciones con niveles moderados de farmacoresistencia) que egresaron del Programa con tratamiento terminado y curados en la población general de Bogotá enferma con Tuberculosis pulmonar Baciloscopia positiva. Los casos que egresaron como curados sobrepasaron a los casos con tratamiento terminado, en los cuatro años de análisis, situación favorable para el paciente, quien pese a la dificultad de la obtención de la muestra logró cumplir con el último control de tratamiento y confirmar la ausencia del agente etiológico y la eficacia de los medicamentos contra la Tuberculosis.

Son importantes, las acciones del Programa en cuanto a la sensibilización del paciente frente a la importancia de los controles bacteriológicos. Los casos con tratamiento terminado aumentaron en el año 2012, pero en los demás años disminuyeron los casos curados, así mismo el éxito del tratamiento también disminuyó, la causa de esta conducta refirió hacia el análisis de los indicadores complementarios generados como resultado del tratamiento.

Tabla 7. Indicadores Complementarios en el Éxito del Tratamiento Antituberculoso. Años 2012 - 2015

AÑO	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL	PORCENTAJE
<b>ÉXITO TRATAMIENTO</b>	226	372	317	314	91	1094	
<b>FRACASOS</b>	1	2	7	4	1	14	1,28%
<b>ABANDONOS</b>	23	35	62	45	19	161	14,72%
<b>FALLECIDOS POR TB</b>	20	39	41	30	15	125	11,43%
<b>FALLECIDOS POR OTRAS CAUSAS</b>	25	32	46	38	33	149	13,62%
<b>REMITIDOS</b>	2	15	33	18	0	66	6,03%

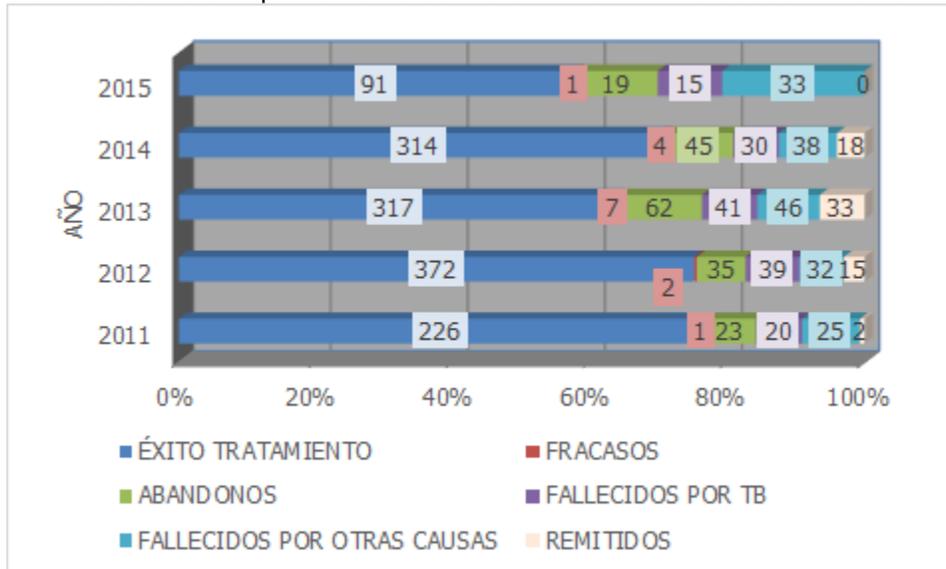
Fuente: Bases de Datos Soportes de Casos. Secretaria Distrital de Salud

En la población general de Bogotá el éxito del tratamiento presentó mayor afectación por: los casos de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso con un 14.72% (n=161 casos), seguido de los pacientes que fallecieron, algunos por causa de la enfermedad y los otros porque estando

enfermos con Tuberculosis pero que murieron por otra patología. Los casos de mortalidad también se han asociado con la presencia de VIH-SIDA, identificando a la Tuberculosis como la causa principal de muerte de las personas infectadas con VIH, al causar una buena parte de las defunciones, indicando que en la población general de Bogotá la mortalidad por Tuberculosis está asociada a la presencia de coinfección TB/VIH-SIDA.

Es importante resaltar que durante el periodo de análisis de los casos diagnosticados con Tuberculosis pulmonar el abandono del tratamiento antituberculoso, es la primera causa y no se evidencia por parte de Secretaria Distrital de Salud un seguimiento a las razones por las cuales, los pacientes decidieron abandonar el tratamiento de acuerdo a lo estipulado por el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis, mostrando en el proceso una falta y/o ausencia de adherencia al tratamiento llevado a cabo en los establecimientos de salud y evidencia que no se conocen las causas o por lo menos no fueron presentadas a este ente de control para evidenciar, el por qué de abandonos al tratamiento por parte de los pacientes, y si existe un análisis del mismo por parte de la Secretaria Distrital de Salud, no se observan cuáles fueron las medidas correctivas, de control y mitigación para evitar que los pacientes abandonen el tratamiento. De igual manera se deben tener en cuenta otros factores de abandono al tratamiento, como las dificultades en seguir un régimen de tratamiento de larga duración, reacciones adversas al tratamiento, falta de soporte social, pero como ya mencionamos no se observan medidas de tipo correctivo.

Figura 6. Indicadores Complementarios del Tratamiento Antituberculoso. Años 2012 - 2015



Fuente: Bases de Datos Soportes de Casos. Secretaria Distrital de Salud

El menor porcentaje, se presentó en los casos que fracasaron al tratamiento antituberculoso, en la población general de Bogotá, fue de 1.28% (n=14 casos).



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

Adicionalmente; se solicita a Secretaria Distrital de Salud el resultado de Baciloscopias en físico, pero la muestra solicitada de pacientes no fue allegada en su totalidad.

Tabla 8. Muestra de Baciloscopias En Físico Entregadas Por Secretaria Distrital de Salud. Años 2012 - 2015

AÑO	BACILOSCOPIA BK		ASOCIACION VIH		RESULTADO TRATAMIENTO										
	TIPO PACIENTE	RESULTADO BK 2DA	RESULTADO BK 1RA	POSITIVA	NEGATIVA	NO REALIZADA	NO REPORTA	CURADO	TERMINADO	FARMACASO	ABANDONO	FALLECIO	TRASLADO	NO REPORTA	COMENTARIOS
2012	NUEVO	-	-	+				X	X						
2013	NUEVO	++			X			X							
	NUEVO	+					X							X	
	NUEVO			+	X			X							
															DX TBC POSTMORTEN
															SOLO VIENE EPICRISIS
	NUEVO	+			X			X							NO REPORTA RESULTADO DE CULTIVO
	NUEVO	-									X				APARECE CULTIVO PERO NO RESULTADO
	NUEVO											X			BACILOSCOPIA NEGATIVA PERO NO SE REPORTA CULTIVO
															NO SE ENTREGA NADA SOLO UNA HOJA COPIA DONDE APARECE EL NOMBRE DE LA PACIENTE

2014	NUEVO	+	-			X								X	
	NUEVO	++				X			X						
	PREVIAMENTE TRATADO	+++				X							X		
2015	RECIDA	+++				X								X	
	NUEVO	-				X							X		CULTIVO POSITIVO
	NUEVO	-				X							X		X
	NUEVO	-	-	+		X									X
	NUEVO	+				X								X	NO HAY RESULTADO DEL CULTIVO
	NUEVO			+			X						X		
NUEVO	-	-	-			X						X			

Fuente: Secretaria Distrital de Salud.

Se evidencia en las tarjetas individuales de tratamiento de tuberculosis y Ficha de Notificación INS 820, que en la mayoría no se encuentran consignados todos los datos pertinentes, existe ausencia de resultados de baciloscopias, de cultivos, no se determina el resultado del tratamiento, entre otros. Pero al hacer la revisión de los resultados de la interventoría efectuado en el periodo 2012 – 2015, se encuentra, para el año 2013 la firma BAKER TILLY UT CONTRATO No. 0043 – 2014 Secretaria Distrital de Salud Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, concluyo **“Programa de Transmisibles. Análisis del cumplimiento de metas de las 14 ESE.** Posterior a la auditoría en las 14 ESES Distritales de la vigencia septiembre 2013 – febrero 2014, se evidencia que en cuanto al programa de Enfermedades Transmisibles, se dio cumplimiento a las metas establecidas desde el lineamiento para las 4 categorías (posicionamiento político, direccionamiento estratégico, construcción del conocimiento y monitoreo y seguimiento) de acción propuestas para el programa Territorios Saludables. Durante la presentación de la auditoría de la vigencia Septiembre 2013-Febrero 2014, las 14 ESES presentan productos de los procesos desarrollados a nivel sectoriales, intersectoriales e institucionales. Soportan asesorías y asistencias técnicas a cada una de las IPS Tanto públicas como privadas para el fortalecimiento de la estrategia de búsqueda de sintomáticos respiratorios, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en la circular 058 de 2009 (se evidencian las actas con seguimiento a compromisos). Se evidencian las asistencias en los COVES locales.

Con respecto al direccionamiento estratégico cuentan con articulación con SIVIGILA para el ajuste de las bases de diagnosticadas en las localidades en el momento de ser notificado un paciente se ingresa al programa y se realiza la correspondiente georreferenciación; en donde se garantiza el seguimiento bacteriológico inicio y continuidad del tratamiento se evidencia la adecuada gestión en cuanto a sistemas de información del programa.

*El libro de pacientes se encuentra sistematizado lo cual facilita el proceso de seguimiento y control, se cumple con el diligenciamiento de los formatos establecidos en el anexo 3 de la circular 058 de 2009.*

*Se evidencia el adecuado diligenciamiento de la tarjeta individual, el seguimiento del tto diario según fase y el seguimiento bacteriológico y asistencial.*

*Se evidencian la participación de los referentes locales y técnicos en enfermería apoyo al programa, a los comités distritales, Se revisan los kardex de medicamentos evidenciando el buen diligenciamiento y calidad en el registro por parte de los profesionales de las Empresas Sociales del Estado ESEs, excepto el Hospital Centro Oriente, donde se mantiene glosa de calidad por incumplimiento en el registro del libro de entrega de medicamentos, específicamente tetraconjugados e Isoniazida, hallándose tachones y enmendaduras, y falta de firma de quien recibe el medicamento en las IPS.*

*En el proceso de seguimiento a los pacientes residentes en las localidades, se realizan las visitas domiciliarias al primero, cuarto y sexto mes, igualmente las ESES realizan seguimientos telefónicos diarios a pacientes diagnosticados en las localidades y pacientes activos residentes en la localidades.*

*Los formatos para la recolección de la información para la elaboración de los trimestrales, se encuentran igualmente sistematizados lo que permite calidad y oportunidad del dato.*

*Envíos de informes trimestrales, dentro de las fechas establecidas en el lineamiento*

*Durante la presentación de la auditoria las 14 ESES Cumplen con la contratación del talento humano de la vigencia septiembre 2013 – febrero 2014.*

#### **Análisis de la implementación del PIC en la ESE.**

*Se evidencia que las 14 ESEs auditadas, generan los espacios suficientes para el posicionamiento del programa de enfermedades Transmisibles, se articulan con equipos ERI – ERC desarrollando planes de capacitación en eventos transmisibles y sensibilización a los equipos y al personal de salud de las IPS públicas y privadas, espacios donde se aplican pre test y pos test de la información suministrada.*

*Definen las metas de captación y seguimiento a casos de sintomáticos respiratorios de equipos ERI – ERC.*

*Orientan la implementación de la estrategia acordada estrictamente supervisada domiciliaria.*

#### **Análisis de los resultados de los planes de mejoramiento**

*Durante la presentación de la auditoria de la vigencia Septiembre 2013- Febrero 2014, las 14 ESES, no se generan planes de mejoramiento puesto que se resalta las buenas acciones realizadas para el posicionamiento del programa.*

#### **Conclusiones**

*Los procesos se presentan de manera cronológica y ordenada, se evidencia el alistamiento previo, existe claridad y relación entre el plan de acción y lineamientos en las actividades ejecutadas se evidencia buen alistamiento para la auditoria se felicita por buen ejecución del proceso. Las articulaciones con las IPS reportan adecuadamente el aumentado de las notificaciones y detección*

de casos, logrando sensibilizar frente a la problemática de Tuberculosis. Asimismo se evidencia el posicionado el programa frente a las IPS privadas, articulación con Vigilancia en Salud Pública para el seguimiento de los casos de TBC notificados en SIVIGILA. Posicionamientos locales, articulaciones con varios actores para la búsqueda activa de sintomático respiratorio.

### Recomendaciones

Las referentes refieren que la entrega tardía de los lineamientos, dificulta el desarrollo de las actividades.

Se recomienda el fortalecimiento de las articulaciones con VSP para la participación de los referentes del programa en los COVES locales.

Fortalecimiento en el inventario mensual de medicamentos para el buen desarrollo del proceso.

**Año 2015 6.4 TRANSMISIBLES 2015.** En el proceso de fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública de las enfermedades transmisibles y el desarrollo de las acciones e intervenciones necesarias para la mitigación o eliminación de los efectos negativos de estos eventos, las 14 Empresas Sociales del Estado conforman los equipos de trabajo requeridos según lo concertado con la SDS para cada una de las vigencias.

Las unidades de análisis y las investigaciones epidemiológicas de campo se realizaron con calidad y oportunidad en todas las instituciones; sin embargo se evidenció notificación tardía de los eventos de interés en salud pública en algunas UPGD". Pero no se encuentran reportadas las falencias encontradas en el diligenciamiento de los formatos mencionados.

### Revisión Actas Unidad de Análisis de Mortalidad por Tuberculosis

Igualmente, se realiza revisión de algunas de las actas de pacientes de unidad de análisis de mortalidad por tuberculosis, donde se evidenció lo siguiente:

Tabla 9. Actas de Unidad de Análisis de Mortalidad por Tuberculosis Inspeccionadas. Año 2014

PACIENTE	CAUSAS MORTALIDAD ASOCIADA A TB	CONCLUSION
1	<p>Inicio tardío Tratamiento antituberculoso</p> <p>No se realizó pruebas en TBFR en paciente anteriormente tratado</p> <p>Notificación Tardía</p> <p>Caso sin notificación al sistema de Vigilancia en salud Pública</p> <p>Certificado de defunción con inadecuadas fallas de fallecimiento</p>	Causa básica de muerte Tuberculosis, caso intervenible debido a demoras en inicio de tratamiento antituberculoso en hospitalización
2	Asociada a Coinfección de VIH	Se cataloga como una mortalidad no intervenible por las condiciones del paciente y su contexto social.

	No identificación de signos de alarma	Manuel el referente de VIH de la secretaria distrital de salud, hace llamado de atención frente a la identificación de la población transexual, además se compromete a hablar con los referentes del nivel central frente a la adherencia al tratamiento de la población transexual.
	Problemas relacionados con población especial: adicto a psicoactivos.	Se sugiere reforzar los procesos de referencia y contra referencia entre la EPS e IPS, para promover la continuidad de los procesos y tratamientos de los pacientes.
	Falta de adherencia al programa: abandono del tratamiento al terminar la primera fase.	
	Identificación de negligencia	
	Desconocimiento del problema por parte del paciente y su cuidador.	
3	Desconocimiento de los factores de riesgo asociados con la tuberculosis.	Se trata de un caso de <b>MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS INTERVENIBLE</b> porque no se identificó el riesgo de la paciente teniendo en cuenta que presentaba síntomas sugestivos desde varios meses y resultados radiológicos que hacían sospechar de una TBC.
	Desconocimiento de derechos y deberes en salud.	
	No se detectó riesgo biopsicosocial.	
	Deficiencia en las estrategias educativas, información y comunicación en torno a la TB	
	El personal de salud no tiene caracterizado en el programa de transmisibles (TBC).	
	Debilidad en el trabajo articulado, aseguradora, IPS y ESE locales para la parte de apoyo social.	
	Dificultad en el proceso de autorizaciones de atenciones, laboratorios, medicamentos, procedimientos y citas.	
4	No se identificó el riesgo	
5	Desconocimiento del Paciente	Esta mortalidad era intervenible debido a que se identificaron debilidades en la identificación del riesgo de esta paciente
	Se identificó el riesgo para VIH pero se presentaron problemas administrativos en dos ocasiones para llevar a cabo el procedimiento.	La paciente murió por coinfección por VIH como causa básica queda inmunosupresión por VIH.
	No inicio de tratamiento antirretroviral	
6	Falta de articulación entre programas de transmisibles y VIH del hospital Fontibón	Mortalidad no intervenible teniendo en cuenta el contexto social y trastorno emocional del paciente, así como falta de adherencia al tratamiento antituberculoso y antirretroviral. Paciente murió de coinfección TB – VIH siendo el VIH una causa básica y la TB una causa asociada.
	Falta de oportunidad para acceder al nivel de referencia por deficiencias en la red de prestadores.	Paciente que siempre fue orientado frente a su enfermedad pero se negó a seguir recomendaciones dadas. Dificil manejo por lo cual no se dio adherencia a los tratamientos. Paciente que desconoce su enfermedad desde hace más o menos cuatro años que se le dio diagnóstico de VIH.
	No se toma la decisión oportunamente de remitir (urgencias o a especialista) Por su clínica debió ser remitido lo más pronto posible para la toma de laboratorios.	
	No hay hallazgos para las IPS, sin embargo se encuentra en el usuario una falta de adherencia al programa de VIH	
	Atención en niveles no acordes a su gravedad.	
	Falla en la toma, recepción y resultados de laboratorios. No se definió que paso con la solicitud de fibronoscopia, si hubo demoras o no por la remisión para el diagnóstico oportuno.	

	Verificación de calidad y oportunidad de la lectura de los exámenes requeridos. Durante la hospitalización quedo pendiente si el resultado de la carga viral fue interpretado en algún momento. Se debe mirar algún mecanismo para hacer el registro de los resultados así mismo como el cultivo para micobacterias.	
7	Falta de articulación	Mortalidad asociada a Tuberculosis en paciente masculino joven que no cuenta con antecedentes de comorbilidades, que presenta sintomatología característica de Tuberculosis, con consultas repetitivas en primer nivel sin resolución no diagnóstico oportuno, por lo anterior se considera una muerte intervenible y prevenible con causa básica de muerte Tuberculosis Pulmonar.
	Fallas en capacitación	
	Cantidad de médicos insuficiente	
	No se realizan notificaciones de enfermedades de obligatoria notificación	
8	Tratamiento Demorado. Falta de oportunidad o decisión en la realización de la toracoscopia y decorticarían. Deficiente comunicación con la aseguradora Caprecom, no se estudió el antecedente de diabetes que comentó en la consulta de ingreso a la cárcel Modelo. Caprecom (INPEC),	De acuerdo al Análisis de Mortalidad se define como intervenible frente a la decisión de los procedimientos quirúrgicos.
9	Desconocimiento del problema por parte del paciente o cuidador. Para el usuario.	Se concluye que es una muerte intervenible para TB y con coinfección no se identificó tempranamente el diagnóstico de VIH.
	Demora en la decisión de solicitar la atención. Para el usuario por no consultar a tiempo.	
	Procesos de referencia y contrareferencia no claros. Si hay demora pero no se sabe a qué institución se le aplicaría porque en la IEC cuando la familia informa sobre el particular no se hace referencia a que instituciones se refieren.	
10	Tratamiento Médico adecuado y oportuno	No se identificó la enfermedad que tenía para inicio de tratamiento
	Calidad en la atención frente a la identificación del riesgo	No se identificó el riesgo para la coinfección Tb-VIH.
	Personal suficiente y capacitado en protocolos y guías de atención para TB y coinfección TB-VIH	No adherencia a los protocolos y guías
	Calidad y oportunidad en los apoyos diagnósticos	Se solicitaron exámenes Colonoscopia que no se realizó oportunamente
	Deficiente historia clínica y soporte a los programas de TB y VIH	No queda documentado en Historia clínica la educación al paciente
11	En el comité de análisis de mortalidad se determinó que es intervenible por no seguimiento y no evaluación oportuna del riesgo, también se determina que no es mortalidad por TBC pero sí por VIH.	

Fuente: Secretaria Distrital de Salud

Tabla 10. Actas de Unidad de Análisis de Mortalidad por Tuberculosis Inspeccionadas. Año 2015

PACIENTE	CAUSAS MORTALIDAD ASOCIADA A TB	CONCLUSION
1	Desconocimiento de los factores de riesgo asociados con TB. No se evidencia que las instituciones realizaran educación al paciente durante sus atenciones pese a ser sintomático respiratorio	Se encontró que el paciente y su familia no estaban caracterizados por Territorios del Hospital del Sur. El Hospital Del Sur informo durante el análisis que esta área de la localidad no estaba caracterizada por territorios pese a que debía estarlo pero no había sido identificado por el equipo. Sin embargo si debía estar caracterizada por tratarse de un barrio estrato dos.

	Desconocimientos de signos y síntomas de TB. El paciente era sintomático respiratorio y pese al gran número de atenciones no se evidencia educación en Tuberculosis. No se realizó toma de BK pese a tener un paciente sintomático respiratorio. Se identifican falencias en el diligenciamiento de la Historia Clínica	Durante el análisis se identificó que pese a que el paciente era sintomático respiratorio y asistió a varias consultas durante el 2014, posterior a su egreso de Hospital San Rafael, no se realizó educación adecuada en factores de riesgo asociados a TB, Signos y Síntomas de TB y tampoco se cumplió las guías de manejo de sintomáticos respiratorios que definen que toda persona que presente tos y expectoración por más de 15 días, se considera sospechoso de Tuberculosis y debe practicársele la baciloscopia seriada de esputo (3 muestras), independiente de su causa de consulta principal. Lo anterior también está incluido en el plan estratégico “Colombia libre de tuberculosis 2010 – 2015 para la expansión y fortalecimiento de la estrategia alto a la TB”
2	No hubo definición clara del diagnóstico. Deficiencia en la historia clínica, se registra síndrome de abstinencia	Se trata de un caso de <b>MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS INTERVENIBLE</b> , porque no se identificó a tiempo el riesgo que el paciente tuviera la tuberculosis, no se realizó adecuadamente el diagnóstico para identificar la tuberculosis.
3		Se considera que el caso es una mortalidad por Tuberculosis dado que la paciente fue diagnosticada desde el año 2013 como TB pulmonar recibiendo tratamiento antituberculoso solo la primera fase, paciente habitante de calle quien rechazo en ese entonces traslado a un albergue para continuar con tratamiento.
4	Notificación tardía	El comité concluye que, desde el punto de vista epidemiológico, se trató de una mortalidad Intervenable.
5	No se detectó adecuadamente riesgo biopsicosocial (Población vulnerable, conductas sexuales de riesgo). Falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención. Debilidad en el trabajo articulado, aseguradora, IPS y ESE locales para la atención y apoyo social. Falla en la toma, resección y resultados de laboratorios y/o oportunidad en la lectura de los exámenes requeridos. Deficiente historia clínica y soporte de los programas de TB y VIH (asesoría pre y por prueba VIH, fichas de tratamiento TB, resultados de laboratorios confirmatorios y atenciones por otras disciplinas y o especialidades). Caso sin notificación al sistema de vigilancia de salud pública (no notificación, notificación tardía y/o inadecuada calidad, no realización de IEC, dificultades en la concordancia de las fuentes de información TB/VIH).	Paciente que llega a los servicios de salud en un mal estado en general con adecuado tratamiento durante la fase aguda, sin embargo se considera que es una muerte intervenible, pues se evidencian fallas en la atención primaria en salud con respecto al diagnóstico temprano para VIH y tratamiento oportuno que disminuye la oportunidad de vida de los pacientes.

6	Desconocimiento de los factores de riesgo asociados a TB, Se trata de paciente crónico con uso de inmunosupresores existiendo un factor de riesgo donde se debió indagar en el paciente si existía una tuberculosis latente. No hay evidencia que se haya realizado PPD, profilaxis, educación.	De acuerdo al cuadro clínico revisado se concluye que es una muerte no intervenible, se descartó que la causa de muerte básica fuera la tuberculosis pulmonar pues recibió tratamiento adecuado y oportuno, alcanzo a terminar tratamiento de primera fase y se realizó baciloscopia de control bacteriológico la cual fue negativa; el paciente tenía comorbilidades crónicas importantes como fueron LES, AR, DM, HTA.
7	Reconocimiento del problema. Debilidades en la promoción y adherencia al tratamiento de TB/VIH. No se detectó adecuadamente riesgo biopsicosocial (población vulnerable, conductas sexuales de riesgo). Calidad en la Atención Deficiente historia clínica y soporte de los programas de TB y VIH (Asesoría pre y pos prueba VIH, fichas de tratamiento TB resultados de laboratorios confirmatorios y atenciones por otras disciplinas y/o especialidades). No se evidencia calidad en la intervención, no hay un plan de manejo para el paciente (Tener en cuenta inicio oportuno de tratamiento, seguimiento de contactos desde la atención hospitalaria, remisión a servicios sociales, intervención con la familia cuando lo necesite. No articulación entre las ESE, programas de TB, aseguramiento y territorios para garantizar la realización de visitas de campo	Se trató de un paciente con poca adherencia al tratamiento quien manifestó en diferentes ocasiones el deseo de abandonar el manejo médico. Se presentaron algunos inconvenientes entre las IPS y el ESE con el fin de supervisar y tener un mejor seguimiento del paciente, sin embargo se resaltó que se hicieron las canalizaciones correspondientes, sin embargo no hubo respuesta por parte de la ESE. Con base en las características psicológicas del paciente, su condición y percepción frente a la enfermedad y de acuerdo al cuadro clínico presentado en el evento de desenlace, se concluye que es una muerte no intervenible.
8	No se evidencian ayudas diagnósticas para micobacterias (cultivo-PCR) teniendo en cuenta que a todas las muestras invasivas se debe realizar cultivo.	Se concluye que el paciente sí falleció por tuberculosis, Es una mortalidad intervenible porque se sospecha que diagnóstico de la lesión de la rodilla era tuberculosis y que al parecer no cuenta con los estudios completos

Fuente: Secretaria Distrital de Salud

En las actas de análisis de mortalidad por Tuberculosis pulmonar o asociada a esta enfermedad, podemos advertir algunas de las razones estudiadas en el mundo en cuanto al análisis de las causas de mortalidad, de una enfermedad que de por si es prevenible y curable, teniendo en cuenta esto se toman apartes de uno de los muchos artículos publicados en revistas indexadas<sup>3</sup>, en este caso MORTALIDAD Y TUBERCULOSIS: ANÁLISIS POR CAUSAS MÚLTIPLES EN LA COMUNIDAD DE MADRID (1991-1998) María Ordobás (1), Ana Gandarillas (1), Karoline Fernández de la Hoz (2) y Silvia Fernández Rodríguez (3), publicado en Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 189-200, N.º 2 - Marzo-Abril 2003, que dice. *“La enfermedad de la tuberculosis (TBC) reúne las características idóneas para beneficiarse de estudios de mortalidad por causa múltiple, ya que es un proceso infeccioso que generalmente no produce la muerte pero que se encuentra vinculado a muchas defunciones. Este cambio en las patologías presentes en la defunción*

<sup>3</sup> MORTALIDAD Y TUBERCULOSIS: ANÁLISIS POR CAUSAS MÚLTIPLES EN LA COMUNIDAD DE MADRID (1991-1998) María Ordobás (1), Ana Gandarillas (1), Karoline Fernández de la Hoz (2) y Silvia Fernández Rodríguez (3), publicado en Rev Esp Salud Pública 2003; 77: 189-200, N.º 2 - Marzo-Abril 2003

*ha hecho necesario desarrollar un modelo de análisis de la mortalidad que refleje la realidad multicausal de la misma, y que permita revelar la interacción entre las enfermedades que un individuo padece. Los estudios de mortalidad por causa múltiple evitan los equívocos que pueden producir las reglas de selección de una sola causa, aportan información acerca de la contribución a la muerte de una enfermedad que no es mortal<sup>4</sup>, y también permiten observar el impacto de intervenciones o la tendencia natural de ciertos procesos. Otra aplicación importante es el análisis de la frecuencia con que determinadas causas se presentan juntas respecto del número de veces que se espera que aparezcan juntas<sup>5</sup>. Todo esto tiene especial relevancia en el análisis de aquellas enfermedades que no son mortales pero que aparecen como causas complementarias de muchas defunciones. El estudio de las causas de mortalidad ha servido para generar hipótesis acerca de la etiología de las enfermedades, describir los patrones de cambio a lo largo del tiempo y también para estimar la prevalencia de enfermedad entre grupos de personas o áreas geográficas. Tradicionalmente, esos estudios se han basado en el análisis de una única causa de defunción, la causa básica; Para explicar las razones, por las que la tuberculosis TBC sigue presente en el momento de la muerte cuando se trata de una enfermedad prevenible y curable, podríamos remitirnos a un análisis de la mortalidad «por TBC» realizado en los años 80 en el que se ponía de manifiesto la importancia y gravedad de la tuberculosis TBC y sugería la persistencia de tratamientos defectuosos<sup>6</sup>. Esta situación parece que ha cambiado en los últimos años. Los resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en TBC, realizado entre 1996 y 1997, muestran que el tratamiento prescrito en más de tres cuartas partes de los casos se realizaba con tres fármacos, utilizando habitualmente preparados combinados. Como resultado menos satisfactorio, en el mismo estudio se recoge que eran muy escasas las pautas intermitentes y el uso del tratamiento directamente supervisado<sup>7</sup>. La anorexia y la pérdida de peso que produce la TBC, sería otra posible razón de la contribución de esta enfermedad a la muerte. En un estudio realizado en una unidad de cuidados intensivos sobre pacientes con insuficiencia respiratoria y TBC pulmonar, se puso de manifiesto que el estado nutricional era el factor relacionado con la muerte en estos casos<sup>8</sup>. Otro factor a considerar al abordar la TBC como causa de muerte es la TBC multiresistente, que es motivo justificado de alerta desde la aparición de brotes epidémicos en Estados Unidos. En España no hemos sido ajenos a este problema que ha afectado sobre todo, pero no exclusivamente, a enfermos de VIH/sida. La letalidad en estos brotes alcanza cifras cercanas al 90%. Sin embargo, estos sucesos de gran relevancia para la Salud Pública y que en la CM aparecen repartidos en varios años del período de nuestro estudio, pueden considerarse cuantitativamente como de pequeña repercusión para la mortalidad detectada<sup>9</sup>. Está descrito el efecto en el paciente de la comorbilidad TBC-VIH/sida, y que el*

---

<sup>4</sup> White MC, Selvin S, Merrill DW. A study of multiple causes of death in California: 1955 and 1980. *J Clin Epidemiol* 1989; 42:355-65.

<sup>5</sup> Israel RA, Rosenberg HM and Curtin LR. Analytical and potential for multiple cause-of-death data. Reviews and commentary. *Am J Epidemiology* 1986; 124:161-79.

<sup>6</sup> March Ayuela P. Situación de la tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)* 1991;97: 463-72.

<sup>7</sup> Grupo de Trabajo de Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis. *La Tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis (PMIT)*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 1999.

<sup>8</sup> Metha JB, Fields CL, Byrd RP, Roy TM. Nutritional Status and Mortality in Respiratory Failure Caused by Tuberculosis. *Tenn Med* 1996;89: 369-71.

<sup>9</sup> Valway SE, Richards SB, Kovacovich J, Greifinger RB, Crawford JT, Dooley SW, Outbreak of multidrug-resistant tuberculosis in a New York State Prison, 1991. *Am J Epidemiol* 1994;144: 113-22. 22. Frieden TR, Sterling T, Pablos-Méndez A, Kilburn JO, Cauthen GM, Dooley SW. The emergence of drug-resistant tuberculosis in New York City. *N Engl J Med* 1993; 328: 521-6. 23. Rullán JV, Herrera D, Cano R, Moreno V, Godoy P, Peiró EF et al. Nosocomial Transmission of Multidrug-Resistant Mycobacterium tuberculosis in Spain. *Emerg Infect Dis* 1996; 2 (2): 125-129.

*sinergismo de ambas infecciones modifica el curso natural de las dos enfermedades<sup>10</sup>. Al VIH/sida se le ha atribuido el resurgir en los últimos años de la TBC”.*

De acuerdo con lo relacionado en el artículo mencionado y a lo observado en las diferentes actas de análisis de mortalidad revisadas por este ente de control (Tablas 9 y 10) y, teniendo en cuenta que es una de las actividades relacionadas por la Secretaría Distrital de Salud, para dar cumplimiento al objetivo de la meta, **“Actividades adelantadas para fomentar la curación de casos de tuberculosis TB Baciloscopia BK positivo.”** Y siendo uno de los productos relacionados en la respuesta emitida por la Secretaría Distrital de Salud. “Unidades técnicas de análisis de casos especiales de Tuberculosis. Tuberculosis y VIH/SIDA, y análisis de la mortalidad evitable mediante la articulación sectorial Subsecretaría de Salud Pública, Aseguramiento y Provisión de Servicios, EAPB, IPS, entre otros”. Se puede señalar que se realizan las unidades técnicas donde se valoran las causas de muerte de los diferentes pacientes, pero se observan falencias de manera repetitiva en cuanto al desconocimiento de la comunidad en general, de cuáles son los factores de riesgo asociados a la tuberculosis, igualmente y a pesar de la sensibilización que se hace de manera obligatoria al paciente y a los familiares del mismo, se puede decir que no existe cohesión, ni seguimiento a la adherencia de estos conocimientos por parte del paciente y familiares, pero no se observa en ningún análisis, las razones que permitan determinar el por qué de esta falta de interés ante la sensibilización suministrada, igualmente se encuentra dentro de las falencias el desconocimiento de la comunidad de los signos y síntomas correspondientes a una enfermedad por tuberculosis, en ocasiones no existe la sensibilización, no se realiza la toma de baciloscopias así se haya detectado el sintomático respiratorio, se observan falencias en el diligenciamiento de historias clínicas, no hay adherencia al tratamiento, no hay articulación intersectorial entre las diferentes IPS que tratan al paciente, entre otras, (Pueden ser observadas en las tablas de mortalidad años 2014 y 2015).

Todo esto muestra que no existe un seguimiento puntual y oportuno por parte de la Secretaría Distrital de Salud y de la firma interventora, quien describe en sus análisis el cumplimiento de la actividad, adicionalmente manifiesta que se realizan los análisis y planes de mejoramiento, pero no se están realizando los seguimientos a los mismos y/o no se están efectuando de manera minuciosa, no se están tomando los correctivos necesarios para mejorar y mitigar el riesgo.

---

<sup>10</sup> J Chretien. Tuberculosis y SIDA. The cursed duet . Bull Int Union Tuberc Lung Dis 1990; 1(65): 25- 32.

Si bien es cierto las Empresas Sociales del Estado son las encargadas del correcto diligenciamiento, operativización de las actividades como ya se mencionó, la línea técnica es dada por la Secretaria Distrital de Salud y como ente rector no lo exime de realizar seguimiento para poder comprobar la adherencia a los procesos de asesoría y asistencia técnica, igualmente no entiende este ente de control como las actividades de interventoría solo se hace sobre los componentes programáticos del Plan de Intervenciones Colectivas, dada su magnitud y las múltiples actividades que apuntan al tema de Promoción y Prevención

## Hoja de Vida Indicador

 <p>RECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD TEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>TEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INDICADORES</p>	<p>Elaborado por: Marcela Moreno Revisado por: Olga Vargas Aprobado por: Orlando Rodríguez Carvajal</p>	

<b>PROCESO:</b>	Gestión en Salud Pública		
<b>DEPENDENCIA:</b>	Dirección de Salud Colectiva		
<b>INDICADOR DE:</b>	<p>Meta <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Actividad <input type="checkbox"/></p>	
<b>NOMBRE DE LA META O ACTIVIDAD</b>			<b>VALOR PROGRAMADO AÑO</b>
Aumentar la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85% o más, al 2016.			85%
<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>			<b>TIPO DE INDICADOR</b>
Tasa de Curación			Efectividad
<b>DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DEL INDICADOR</b>			
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	<b>FUENTE DE LA INFORMACIÓN</b>		
Número de pacientes curados/Total de Caso Nuevos Bk Positivos que ingresaron a la Cohorte.	Libro de registro de casos de Tuberculosis, y libro de evaluación de cohortes Trimestral.		
<b>FRECUENCIA DE LA MEDICIÓN</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>		
Trimestral	Porcentaje		
<b>TENDENCIA</b>	<b>TIPO DE MEDICIÓN</b>		
Creciente	Promedio		
<b>LÍNEA DE BASE</b>	<b>RESPONSABLE DEL INDICADOR</b>		
70% de curación de casos de Tuberculosis BK positivos ( a 2014)	<p>Nombre: Oscar Andrés Cruz Martínez- 3649090 ext 9555 oacruz@saludcapital.gov.co Cargo: Profesional Especializado Subdirección de Determinantes en Salud- Dirección de Salud Colectiva -Subsecretaría de Salud Pública</p>		

El indicador presentado por Secretaria Distrital de Salud, es un indicador propio ya que es diferente al establecido en el Manual de Indicadores establecido por el Instituto Nacional de Salud para Tuberculosis.

### Indicadores para vigilancia de micobacterias

8.1. Ficha técnica indicadores para la vigilancia de tuberculosis (TB)

Calcular (21):

- Porcentaje de casos nuevos según etnia y situación de desplazamiento forzado o privación de la libertad.
- Tasa de mortalidad general y por tipo de TB

<b>Nombre del indicador</b>	<b>Porcentaje de casos nuevos según tipo de tuberculosis</b>
<b>Tipo de Indicador</b>	Proceso
<b>Definición</b>	Proporción de casos según tipo de tuberculosis en relación con los casos nuevos notificados del evento.
<b>Periodicidad</b>	Por periodo epidemiológico
<b>Propósito</b>	Ayuda a determinar el riesgo de mayor contagio (al diferenciar casos BK positivos de los demás, para lo cual se usa casos BK positivos sobre población total)
<b>Definición operacional</b>	<p><b>Indicador 1</b>  <i>Numerador: Total de casos de TB Pulmonar</i>  <i>Denominador: Total de casos nuevos de TB</i></p> <p><b>Indicador 2</b>  <i>Numerador: Total de casos de TB Extrapulmonar</i>  <i>Denominador: Total de casos nuevos de TB</i></p>
<b>Coefficiente de multiplicación</b>	100
<b>Fuente de información</b>	Archivos planos Sivigila
<b>Interpretación del resultado</b>	El % de los casos de tuberculosis notificados corresponden a TB pulmonar
<b>Nivel</b>	Nacional Departamental Municipal
<b>Periodicidad</b>	Por periodo epidemiológico
<b>Meta</b>	
<b>Aclaraciones</b>	

Fuente: Instituto Nacional De Salud. Proceso R02 Vigilancia Y Control En Salud Pública.

De acuerdo a la hoja de vida del indicador suministrada, nos dice que el tipo de indicador es de efectividad. Este concepto involucra la eficiencia y la eficacia, es decir, el logro de los resultados programados en el tiempo y con los costos más razonables posibles. Es la medida del impacto de nuestros productos en el objetivo. El logro del impacto está dado por los atributos que tienen los productos lanzados al objetivo, que en este caso se mide a través de dos actividades ya mencionadas en el inicio. Lo que se quiere medir con este indicador, es la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85% o más, al 2016. No se aclara en la hoja de vida del indicador, de acuerdo a la fórmula establecida: “*Número de pacientes curados/Total de Caso Nuevos Bk Positivos que ingresaron a la Cohorte*”.

Que se entiende como número de pacientes curados para este caso, ya que los pacientes curados son los que al final del tratamiento cuentan con un resultado de laboratorio baciloscopia negativo, ya que lo que se está tomando es el éxito del tratamiento para la medición del mismo, es decir, los pacientes curados más los pacientes que terminaron su tratamiento. Lo que mostraría relevancia para la entidad, en cuanto a que se aumenta el porcentaje, pero no estaría cuantificando la realidad de la fórmula planteada en el indicador establecido.

Por lo tanto el indicador debe ser reevaluado y reajustado y/o tomar los datos de acuerdo con lo relacionado en el indicador, además de colocar dentro de la hoja de vida las definiciones y conceptos que no llevarían a esta confusión.

Dentro de la hoja de vida del indicador no se encuentran las limitaciones de éste, que permitan medir una realidad a la que es imposible acceder directamente.

Fuente de los datos. Aparecen los libros de registro, pero no se encuentra contemplado el Nombre de las entidades encargadas de la producción y/o suministro de la información que se utiliza para la construcción del indicador y operación estadística que produce la fuente.

Desagregación temática. Se refiere al nivel de detalle temático hasta el cual se puede obtener información estadísticamente significativa a partir de los datos disponibles.

Desagregación Geográfica. Se refiere al nivel geográfico hasta el cual se puede obtener información estadísticamente significativa. Por ejemplo, nacional, departamental, municipal, entre otras. Tampoco existe un ítem de observaciones.

Si bien es cierto que el indicador 30 “tasa de casos de Tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85%” es un estándar internacional y nacional en términos de indicadores de resultados en el tratamiento de casos de Tuberculosis establecidos en el programa Distrital y Nacional. Es un indicador que la Secretaria Distrital de Salud misma decidió adoptar como meta propuesta y es lo que este ente control vigila. Igualmente los indicadores entregados para el cumplimiento de esta meta fueron: Realizar el seguimiento a las baciloscopias de control de los casos BK +, cuyo indicador es Porcentaje de BK + con seguimiento: Numero de BK+ con seguimiento/ Total de BK +.

Realizar el seguimiento a la administración del tratamiento antituberculoso, indicador Porcentaje de tratamiento con seguimiento: Número de tratamiento antituberculoso con seguimiento/Total de tratamientos antituberculosos iniciados \*100. Indicadores que no se encuentran dentro de los indicadores propuestos en el protocolo de Tuberculosis emanado por el Instituto Nacional de Salud, igualmente no se encuentran contemplados en la circular 058 de 2009, adicionalmente se dio cumplimiento al entregar de manera trimestral el consolidado de las actividades de demanda inducida que se encuentra en la Resolución 412 del 2000 Ministerio de Salud y Protección Social, pero no se desvirtúa en razón a que no allego los soportes de supervisión y seguimiento al cumplimiento de las actividades por parte de las diferentes Empresas Sociales del Estado que operativizan la acción, pero que reciben línea técnica del ente rector en este caso Secretaria Distrital de Salud.

Igualmente se aclara, que no se tomaron promedios como se asegura, sino se tomaron los datos de acuerdo a los indicadores ya transcritos como indicadores de seguimiento y complementarios teniendo en cuenta los criterios epidemiológicos.

### *2.1.1 Hallazgo Administrativo Se retiran las Posibles Incidencias Disciplinarias y Fiscales*

De acuerdo con lo verificado por este Órgano de Control, se evidenció el incumplimiento de los fines esenciales del Estado, consignados en el artículo 1° de la Constitución Política.

Se entiende que el primer paso es captar al sintomático respiratorio y, como segundo momento clave dentro del manejo programático de la tuberculosis, tiene que ver con los resultados del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES); frente a esta evidencia se espera que, después de la búsqueda y captación temprana, el diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz, los enfermos de tuberculosis terminen curados para de esta forma ir solucionando el problema de salud pública que representa la tuberculosis y dar cumplimiento al objetivo planteado en esta meta objeto de esta auditoría.

Tal afirmación queda evidenciada en los registros, los cuales no han sido diligenciados de manera correcta y completa, evidencia esto la presunta falta disciplinaria, la cual está consignada en los papeles de trabajo denominados “*Tarjeta Individual de tratamiento de tuberculosis*” del Ministerio de Protección Social – Instituto Nacional de Salud, de los cuales, lo pertinente se resalta de manera manual, encontrándose, que no se consignan los resultados de las baciloscopias, o la fecha de inicio del tratamiento o de toma de la respectiva prueba diagnóstica, lo que impide medir tiempos de demora y los demás mencionados en este informe, lo cual nos evidencia una presunta falta de seguimiento y supervisión a los procesos y la ausencia de evaluación de las actividades.

Lo entregado por la Secretaría Distrital de Salud con respecto al seguimiento y supervisión del proceso, corresponde a asistencias técnicas y comités locales de vigilancia epidemiológica (COVES), que pertenecen a socializaciones y capacitaciones del tema en tuberculosis; si se hubieran realizado las supervisiones, monitoreo y evaluación de las acciones para la prevención y control de la Tuberculosis de manera puntual, hubiera sido posible identificar fortalezas y debilidades y en las ocasiones en que se detectaron e identificaron estas fortalezas y debilidades como ente rector–normativo, debió implementar acciones orientadas a corregirlas, como recomendaciones a las localidades correspondientes, capacitaciones, reuniones de fortalecimiento, reuniones de seguimiento.

Conforme a la verificación realizada a las actas de unidad de análisis de mortalidad presentadas por los profesionales, se constata que las mismas consisten en un resumen de las actividades efectuadas por la distintas IPS que prestaron la asistencia médica al paciente, los lugares de atención, epicrisis y además se exponen observaciones y recomendaciones a las Instituciones que prestaron el servicio de salud; sin embargo, en los mismos no se adjuntan documentos que respalden la efectiva realización de seguimiento al plan de mejoramiento; tales como: listado o planillas en las cual conste el nombre y apellido, firma de personas

que fueron supervisadas, actividades realizadas, y porcentaje de cumplimiento entre otras.

Además se encontró consignado dentro de las actas que las principales falencias son: las fallas en la adherencia al tratamiento, las omisiones en la educación en salud, las comorbilidades como el VIH y la desnutrición, así como las precarias condiciones de vida y el poco conocimiento frente a la enfermedad; esto reclama, entonces, mayores esfuerzos en el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento DOTS/TAES, el acceso limitado a los servicios de salud, siendo este un elemento que aumenta las vulnerabilidades y, por ende, agudizaría mucho más la problemática de tuberculosis en el ámbito local; en ese orden de ideas, son los determinantes sociales en salud uno de los factores principales a intervenir para garantizar el éxito del tratamiento antituberculoso.

El porcentaje de fallecidos es un indicador indirecto del impacto de las acciones programáticas para el control de la tuberculosis; sin embargo, lo hallado en el presente estudio requiere un análisis, puesto que se está impactando no solo la morbimortalidad a nivel local, sino también se convierte en un elemento que demuestra las falencias ya mencionadas que, como se ha venido evidenciando en este estudio, influyen y determinan el proceso salud-enfermedad y el ejercicio pleno de los derechos por parte de los pacientes con tuberculosis.

Lo anterior, unido al número de pacientes transferidos, lo que sugiere una mayor probabilidad de abandono o irregularidad en el suministro del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES); lo que conlleva desde lo programático mayores esfuerzos en cuanto al seguimiento de los pacientes; en este sentido, las acciones integrales para detectar tempranamente los abandonos y la identificación de barreras de acceso al sistema de salud en el nuevo lugar de residencia, son fundamentales puesto que la interrupción de estos servicios (debido a la configuración del proceso de referencia y contrareferencia del sistema de salud colombiano) podría interferir en el tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES), situación que, en últimas, significaría promover el desarrollo de multidrogoresistentes MDR y en lo evidenciado por este ente de control, solo se observaron oficios y/o correos electrónicos donde se le informa a la Institución Prestadora de Salud del traslado del paciente, pero no se observa en la gran mayoría de casos un seguimiento preciso de los pacientes por parte de quien lo refiere.

También se advierte, la disminución progresiva en el porcentaje de negatividad de la baciloscopia BK, al segundo mes, sugiere, por un lado, que existe igualmente una disminución en la efectividad del tratamiento acortado estrictamente supervisado TAES y, por otro, implica la prolongación del tratamiento de primera fase, hecho que acarrea mayores costos y dificultades en el manejo efectivo de la enfermedad, sobre todo en lo relacionado con la adherencia que, de esta forma, genera el aumento del riesgo de mayores casos de fracasos, recaídas y resistencias, situación que dificultaría progresivamente el control de la enfermedad;

de otro lado, dentro de los factores que influyen en el tiempo de conversión bacteriológica, es necesario tener en cuenta que se encuentran los relacionados con el estilo de vida, los receptores genéticos e inmunológicos y la carga bacilar, ya que se puede observar que se está detectando de manera tardía, el compromiso orgánico (cavitaciones) y el esquema de tratamiento que, por tanto, requiere un enfoque programático más amplio.

Estos indicadores permiten medir las repercusiones que tienen las acciones programáticas dentro de una población; en ese sentido, el aumento en la tasa de incidencia de la tuberculosis ratifica, que el programa no está cumpliendo la meta de reducción de la incidencia de casos, así como la disminución progresiva en los porcentajes de baciloscopia BK positivo, de concentración de la baciloscopia BK, el porcentaje de baciloscopia BK negativa al segundo mes y el porcentaje de curados, así como el aumento en los indicadores de abandonos, fracasos, transferidos y la tasa de incidencia, evidencian debilidades en los aspectos programáticos que traen como consecuencia el aumento del riesgo de multidrogoresistentes MDR y, por ende, el control en la cadena de transmisión y que promuevan tanto la adherencia como el ejercicio del derecho a la salud.

Igualmente, los resultados en cuanto a la proporción alcanzada respecto a la proporción esperada, no cumplió con lo establecido en la meta, como se observa en la Tabla 5 y, al revisar los datos publicados por el Instituto Nacional de Salud para Bogotá, se observan diferencias en las cantidades que no corresponden a los entregados por la Secretaria Distrital de Salud, para los años evaluados (2012 – 2015). Por ejemplo, para el año 2012 en el Informe del evento, publicado por el INS en su página Institucional<sup>11</sup>, presenta lo siguiente:

*“Comportamiento de la Tuberculosis Pulmonar Hasta la semana epidemiológica 52 de 2012 se han notificado 9636 casos de Tuberculosis Pulmonar, de los cuales 8727 corresponden a casos nuevos, 898 a casos previamente tratados y 11 casos que no presentan datos de clasificación en cuanto a esta variable. La incidencia de tuberculosis pulmonar para el periodo 13 es de 18,7 casos por 100.000 habitantes. Como se puede observar en la siguiente tabla, la tasa de incidencia más alta para tuberculosis pulmonar se encuentra en el departamento de Amazonas, seguida por Choco y Risaralda, aunque el mayor porcentaje de casos notificados corresponde a los departamentos de Antioquia y Valle. Tabla 18. Incidencia de Tuberculosis Pulmonar según reporte al Sivigila por entidad territorial de residencia. Colombia, semanas 1 – 52 (hasta el 23 a 29 de Diciembre de 2012) de 2012 Entidades Territoriales Total Casos nuevos TB pulmonar Incidencia por 100 mil habitantes Bogotá 618 y Baciloscopias positivas para Bogotá 426”. En lo entregado aparecen 509 casos nuevos y 534 Baciloscopias positivas.*

Todo lo anterior, conlleva a presuntamente incumplir la, Ley 1438 de 2011 Reforma al Sistema General de Seguridad Social. Artículo 2, el cual refiere: “Establece la necesidad de desempeñar acciones en salud pública, promoción de la salud,

---

<sup>11</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Proceso Vigilancia Y Control En Salud Publica Informe Del Evento Tuberculosis, Hasta El Periodo Epidemiológico 13 Del Año 2012 – Cierre. Págs. 31 - 33

prevención de la enfermedad y demás en marco de la estrategia de Atención Primaria”

Resolución 412 de 2000. La cual establece las actividades, procedimientos de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento así como las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de acciones de protección específica, detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Esta incluye en el artículo 10 la guía para la atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar en el país.

Decreto 3518 de 2006. El Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Crea el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en el cual se establece la provisión en forma sistemática y oportuna de los efectos que pueden afectar la salud en la población, con la finalidad de orientar las políticas y planificación en salud pública.

Decreto 2323 de 2006 organizó la Red Nacional de Laboratorios (RNL). El presente decreto estableció los lineamientos estratégicos relacionados a la organización y operación de la red Nacional de laboratorios en los cuales se establecen las funciones de Vigilancia en Salud Pública.

Acuerdo 029 de 2011 Actualización de Plan Obligatorio de Salud subsidiado y contributivo. Artículo 12 define la inclusión en el POS de todas las acciones previstas de promoción de la salud, protección específica y detección temprana resolución 412 del 2000, 3442 de 2006

Circular Externa 058 de 2009 del Ministerio de la Protección Social, define y establece los lineamientos y disposiciones de los Planes Estratégicos Nacionales de Tuberculosis y Lepra, acorde a los direccionamientos internacionales de la OMS/OPS en el control de dichas enfermedades

Circular 001 de 2013 Establece los Lineamientos para la Vigilancia en Salud Pública y el manejo programático de Tuberculosis farmacorresistente en Colombia

Además, del Artículo 37 del decreto 3518 de 2016, en cuanto a la obligatoriedad por parte de las EPS de asistir a los espacios de análisis y cumplir con: “De acuerdo a las obligaciones establecidas en los lineamiento Nacionales de Vigilancia en salud pública respecto al punto 8.1.4.2 Equipo Micobacterias y 8.1.4.4. Equipo Infecciones de transmisión sexual (ITS), y lo estableció en el Decreto 3518 de 2006 artículo 11. Funciones de las entidades administradoras de planes de beneficios de salud. Las entidades promotoras de salud y entidades adaptadas, las administradoras del régimen subsidiado, las empresas de medicina prepagada y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, tendrán las siguientes funciones en relación con el Sistema de Vigilancia en Salud Pública: “(...) d) Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada; e) Suministrar la información de su

población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción dentro de los lineamientos y fines propios del Sistema de Vigilancia en Salud Pública; f) Participar en las estrategias de vigilancia especiales planteadas por la autoridad sanitaria territorial de acuerdo con las prioridades en salud pública, (...).”

Artículo 37. Parágrafo 2°. Las entidades administradoras de planes de beneficios de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y organismos de los regímenes de excepción, deberán constituir comités de vigilancia en salud pública institucionales para el análisis y difusión de la información de vigilancia en salud pública de su competencia.”

Lo referido anteriormente, muestra que posiblemente no hubo sujeción a los principios de legalidad, planeación, eficiencia, economía, eficacia, equidad, imparcialidad, moralidad ni transparencia, existiendo posible incumplimiento del logro de la meta “**Aumentar la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva al 85% o más, al 2016**”, a través de las dos actividades propuestas, las cuales como quedó demostrado a lo largo de la presente auditoria, fueron vulnerados los principios de eficacia entendido como el logro del resultado deseado en condiciones de calidad, oportunidad, suficiencia y pertinencia, frente a las necesidades de sus destinatarios y, el principio de economía como aquel que se concreta en la obtención de los logros sin dilaciones injustificadas y dentro de los términos previstos, razón por la que las situaciones presentadas en desarrollo de esta meta, 48 del Proyecto 869, por una gestión fiscal antieconómica que realizaron en primera instancia los Secretarios Distritales de Salud de Bogotá que fungieron en el periodo 2012 - 2015, y en segunda instancia por el Director de Salud Pública, Director de Epidemiología, análisis y Gestión de políticas de salud colectiva, Subdirector de Vigilancia en Salud Pública, Funcionario responsable de realizar la supervisión de acuerdo con el respectivo acto administrativo que le confiere esta actividad, de los encargados de dar la línea técnica a las diferentes Empresas Sociales del Estado ESE, para las mismas vigencias, igualmente los servidores públicos de la Secretaria Distrital de Salud que realizaron la supervisión e interventoría a las actividades propuestas para dar cumplimiento a la meta.

Además se evidenció en el análisis de la misma, que se está incumpliendo con lo consagrado en él, Artículo 49, Constitución Política de Colombia, “La atención en salud y el saneamiento básico ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción de la salud, protección y recuperación de la salud”, así como la Ley 100 de 1993. El Sistema General de Seguridad Social. El marco general del Sistema General de Seguridad Social Ley 100 de 1993, como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de los que disponen las personas y comunidades con la finalidad de alcanzar la calidad de vida, estableciendo los principios de Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación, de igual manera la Ley 1122 de 2007. Artículo 31. La Salud Pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas de manera individual y colectiva.

Artículo 33. Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo.

Adicionalmente, no se dio cumplimiento al cabal desarrollo de la meta por parte de los Secretarios de Salud Distrital, que fungieron durante el periodo 2012 a 2015, en su calidad de ordenadores del gasto, de la interventoría contratada para el seguimiento de la meta objeto de esta auditoría. Por consiguiente, presuntamente transgredieron el artículo 84 de la Ley 1474 de 2011, lo que conllevó a que no se cumpliera con la finalidad para lo cual se contrató dicha interventoría, generando un detrimento patrimonial al erario público, por lo que se configura, en primera instancia una presunta observación con incidencia fiscal.

Toda vez que la presente auditoría tenía como alcance el análisis de la meta 48 del Proyecto 869 y no el análisis del contrato de interventoría, entre otros a este proyecto, se recomienda Visita Fiscal, para el correspondiente estudio del posible detrimento patrimonial observado en este proceso de auditoría.

En segundo orden, con incidencia disciplinaria por parte de los interventores, por vulnerar el artículo 53 de la ley 734 de 2002 modificado por el artículo 44 de la ley 1474 de 2011, que establece:

*“El presente régimen se aplica a los particulares que cumplan labores de interventoría o supervisión en los contratos estatales; también a quienes ejerzan funciones públicas, de manera permanente o transitoria, en lo que tienen que ver con estas, y a quienes administren recursos públicos u oficiales.*

(...)

*Cuando se trate de personas jurídicas la responsabilidad disciplinaria será exigible del representante legal o de los miembros de la Junta Directiva.”*

Igualmente, se constata el posible incumplimiento del artículo 84 de la Ley 1474 de 2011, que define puntualmente qué es la supervisión o interventoría, de la siguiente manera: *“FACULTADES Y DEBERES DE LOS SUPERVISORES Y LOS INTERVENTORES. La supervisión e interventoría contractual implica el seguimiento al ejercicio del cumplimiento obligacional por la entidad contratante sobre las obligaciones a cargo del contratista.*

*Los interventores y supervisores están facultados para solicitar informes, aclaraciones y explicaciones sobre el desarrollo de la ejecución contractual, y serán responsables por mantener informada a la entidad contratante de los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles, o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato, o cuando tal incumplimiento se presente.”*

Dicha función de supervisión e interventoría, como quedó corroborado por este Ente de Control, no se realizó, se entregaron como tal, sensibilizaciones efectuadas en el tema de tuberculosis e igualmente los Comités de Vigilancia efectuados, adicionalmente, como ya se mencionó, las firmas interventoras o personas que realizaron dicha función en las diferentes Empresas Sociales del Estado, describieron un cumplimiento total del proceso, que como se observa en este informe no se dio, quedando demostrado que la supervisión e interventoría al mencionado proceso, no fue ejercida por parte de los diferentes funcionarios asignados por la Secretaria de Salud para efectuar dicha supervisión e interventoría al proceso auditado.

De igual manera, se presume la posible transgresión al numeral 34 del artículo 48 de la ley 734 de 2002, modificado por el parágrafo 1 del artículo 84 de la ley 1474 de 2011, el que refiere textualmente:

*“Parágrafo 1°. El numeral 34 del artículo 48 de la Ley 734 de 2002 quedará así:*

*No exigir, el supervisor o el interventor, la calidad de los bienes y servicios adquiridos por la entidad estatal, o en su defecto, los exigidos por las normas técnicas obligatorias, o certificar como recibida a satisfacción, obra que no ha sido ejecutada a cabalidad. También será falta gravísima omitir el deber de informar a la entidad contratante los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles, o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato, o cuando se presente el incumplimiento.”*

Así mismo, contra los funcionarios de la SDS que realizaron la supervisión a la interventoría, por presunta vulneración al numeral 1. del artículo 34 de la ley 734 de 2002, el que a la letra reza:

*“Artículo 34. Deberes. Son deberes de todo servidor público:*

*1. Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de Derecho Internacional Humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente.”*

Así mismo del numeral 1 del artículo 35 de la mencionada ley el que dispone:

*“Artículo 35. Prohibiciones. A todo servidor público le está prohibido:*

*1. Incumplir los deberes o abusar de los derechos o extralimitar las funciones contenidas en la Constitución, los tratados internacionales ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas y los contratos de trabajo.”*

Situación ésta, que se vislumbró al análisis de la meta objeto de la presente auditoria, en el que se evidenció la ausencia total de vigilancia y control de la supervisión, conllevando a que no se cumpliera satisfactoriamente el objeto de la meta, tal como se puede observar en el porcentaje de personas curadas y previamente diagnosticadas con Tuberculosis.

Por consiguiente, se vulneraron los artículos 53 de la ley 80 de 1993 y el 82 de la ley 1474 de 2011, que establecen, que los supervisores e interventores responderán civil, fiscal, penal y disciplinariamente, tanto por el cumplimiento de las obligaciones derivadas de su contrato de interventoría o asesoría, como por los hechos u omisiones que les fuere imputables y que causen daño o perjuicio a las entidades, derivados de la celebración y ejecución de los contratos respecto de los cuales hayan ejercido o ejerzan las funciones de consultoría, interventoría o asesoría.

## 2.2 PROYECTO 869 SALUD PARA EL BUEN VIVIR. META 48

***“Ejecutar el 100% de las acciones del laboratorio de salud pública, como centro de referencia, en apoyo a la vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria, control de calidad y gestión del conocimiento, al 2016.”.***

**Indicador:** Acciones ejecutadas por el Laboratorio de Salud Pública acorde a la normatividad

**Fórmula:** Número de acciones realizadas en el mes / Número de acciones que debe realizar en el mes

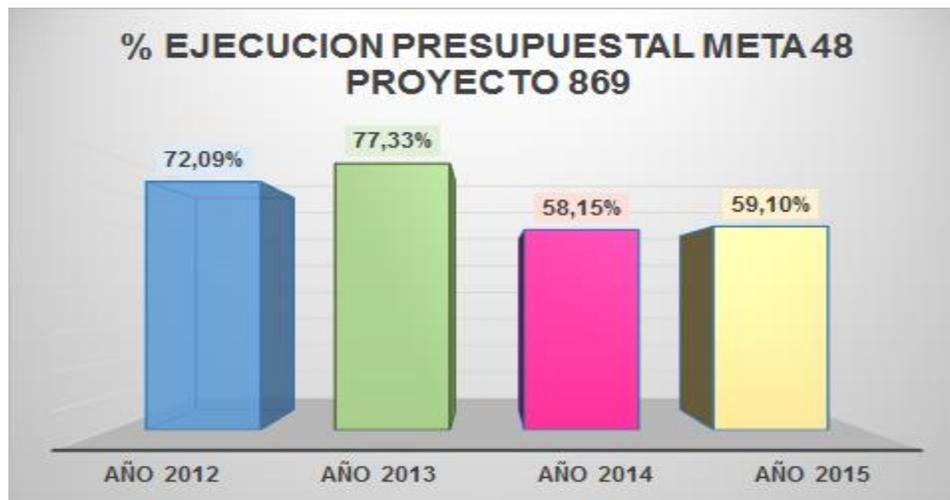
**Línea de Base:** 100%. 2011.

Para el cumplimiento de la meta 48, se tienen en cuenta seis (6) actividades, así:

1. Fortalecimiento de la red de Laboratorios del Distrito Capital. Porcentaje de las redes de laboratorios que participan en las actividades programadas por el Laboratorio de Salud Pública.  $\frac{\text{Número de laboratorios de las redes que participan en las actividades}}{\text{Total de laboratorios de las redes}}$
2. Desarrollo de análisis de muestras en apoyo a la vigilancia en salud pública y a la vigilancia sanitaria. Realiza con de los análisis de laboratorios a las muestras radicadas en apoyo a la vigilancia.  $\frac{\text{Número de muestras analizadas}}{\text{Total de muestras radicadas en el periodo}}$ . Actividades realizadas para la proyección de la gestión del conocimiento en el LSP
3. Proyección de la gestión de conocimiento en el laboratorio de Salud pública. Número de metodologías que cumplen los requisitos de la norma para ser acreditados

4. Conformación e implementación del comité técnico distrital de la Red Nacional de Laboratorios. Actividades realizadas para el funcionamiento del comité técnico distrital de la red nacional de laboratorios
5. Ampliar la acreditación de la metodología del Laboratorio de Salud pública. Actividades realizadas para el funcionamiento del comité técnico distrital de la red nacional de laboratorios
6. Mantener el Sistema de información confiable y oportuna del Laboratorio del Salud Pública. Porcentaje de procesos operando en el sistema de información del Laboratorio de Salud pública LSP. Número de procesos en producción/Total de procesos a colocar en el SILASP

Figura 7 Porcentaje de Ejecución de Recursos Presupuestales Meta 48. Periodo 2012 – 2015



Fuente: Ejecución Presupuestal Proyectos Secretaria Distrital de Salud.

### **Análisis Actividades Laboratorio**

En la página web de la Secretaria Distrital de Salud, se encuentra que el Laboratorio de Salud Pública, se encarga del desarrollo de las acciones técnico administrativas realizadas en atención a las personas y el medio ambiente, con propósitos de vigilancia en salud pública, vigilancia y control sanitario, gestión de la calidad e investigación.

Para cumplir con las acciones del Laboratorio de Salud Pública, como centro de referencia, en apoyo a la vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria, control de calidad y gestión del conocimiento entre los años 2012 y el 2015, enmarcados dentro del Plan de Desarrollo Bogotá Humana 2012-2016 y los ejes estratégicos definidos en el decreto 2323 del 2006, con el desarrollo de los siguientes objetivos:

- Fortalecer la red de Laboratorios clínicos públicos y privados del Distrito Capital a través de las actividades lideradas por el Laboratorio de Salud Pública LSP.
- Apoyar la vigilancia epidemiológica en el Distrito a través de la realización del análisis de muestras enmarcadas en los eventos de interés de notificación obligatoria.
- Proyectar la gestión del conocimiento en eventos de interés en salud pública desde el laboratorio de Salud pública para el Distrito Capital
- Ampliar la acreditación de metodologías ISO 17025 en el Laboratorio de Salud pública en el 2012
- Mantener un Sistema de información confiable y oportuna al interior del Laboratorio del Salud Pública que permita la respuesta efectiva de eventos de interés en salud publica en el Distrito Capital.

Por lo tanto, como Laboratorio de Referencia debe contar con determinados requisitos mínimos indispensables que les permita cumplir con sus propósitos, no sólo con las exigencias normativas, sino también con los parámetros que en el orden nacional se establecen para llevar a cabo análisis que propendan por la salud de la comunidad del Distrito Capital.

Es importante anotar que este sería el primer diagnóstico general y que los resultados serán un insumo importante para el desarrollo de este análisis, así como para determinar el cumplimiento de las metas, partiendo del cumplimiento mismo de la capacidad instalada, talento humano, desarrollo e implementación de protocolos, no solamente direccionados a los análisis, sino también a los procesos de recepción de muestras y emisión de resultados, dentro de los que se deben destacar la Cadena de Custodia, la seguridad de las evidencias físicas y de los dictámenes y la confidencialidad de los estudios llevados a cabo.

*Es de aclarar que se habla de primer diagnóstico, como método de análisis realizado por el ente de control, en el sentido que como Laboratorio de Salud Pública y partiendo del hecho de ser un referente en salud pública, debe ser el primero en cumplir con los estándares mínimos, obviamente sin desconocer las visitas de evaluación efectuadas por otros referentes, pero que no implican que no se deba dar cumplimiento a los requisitos mínimos exigidos a cualquier laboratorio.*

Para ello, se realizó visita de inspección a las instalaciones del Laboratorio de Salud Pública, donde se evidenció que el laboratorio cuenta con instalaciones propias, de cuatro pisos, ocupando la mayor parte del mismo las áreas administrativas (tercer y cuarto piso) y en menor proporción la capacidad instalada propia del laboratorio, la cual se encuentra distribuida en tres pisos.

El área física del Laboratorio consta de tres plantas. En la primera se encuentran el laboratorio de Físico- Químico de Alimentos ubicado en el ala izquierda y el

Laboratorio de Microbiología de Alimentos en el ala derecha, cada uno con acceso independiente y separación con puertas en los pasillos para restringir el acceso.

En la segunda planta, en el ala derecha, está ubicado el Laboratorio de Toxicología, Microbiología de Medicamentos, Parasitología y Virología, y en la izquierda el Laboratorio de Vigilancia de Enfermedades, se cuenta con un área común de recepción de muestras y radicación independiente para Vigilancia de Alimentos y Consumo y Vigilancia de Enfermedades, zona de lavado, esterilización de material, área de cómputo, salas de reuniones y servicios sanitarios independientes, con vestiers y lockers individuales. En la tercera planta se encuentra el área administrativa. Esta distribución busca minimizar y evitar contaminación cruzada.

Tabla 11. Revisión Cumplimiento de Requisitos Mínimos Laboratorio de Salud Pública.

REQUISITO	MODO DE VERIFICACION	EVIDENCIA	ANALISIS RESPUESTA INFORME PRELIMINAR
El Laboratorio establece e implementa un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) buscando garantizar que los procesos y procedimientos que se realizan cumplan las normas, logren los objetivos, y satisfagan cabalmente las expectativas de los beneficiarios del servicio, de acuerdo a su competencia	Se encuentra documentado e implementado un sistema de gestión de la calidad (SGC) enfocado a la mejora continua de todos sus procesos	Cuenta con un documento de manual de calidad, donde se definen todos los procedimientos del Sistema de Gestión de Calidad del Laboratorio de Salud Pública destinados a planificar y administrar de manera general las actividades que afectan a la calidad dentro del laboratorio, el cual se ha desarrollado desde el año 2000, mediante el cumplimiento de requisitos de la Norma NTC-ISO/IEC 17025:2005 y la NTCGP 1000:2009, que consta de 53 Folios y se encuentra en CD Carpeta 4. Meta 48. Anexo. 2 Documento. 2.4 Manual de Calidad. <b>Se solicita se allegue el registro de asistencia a las capacitaciones realizadas sobre el sistema de Gestión de Calidad al talento humano del Laboratorio, pero este no fue entregado por parte de la Secretaria Distrital de Salud.</b>	Los registros de capacitación entregados corresponden a capacitaciones en virus respiratorio, sarampión y Rubeola, y no al sistema de gestión de calidad
El Laboratorio está representado en el organigrama de la institución, o entidad a la que pertenece, especificando el plan	El Laboratorio, se encuentra en la Dirección de Epidemiología, análisis y gestión de Políticas	Se anexa copia del Organigrama del Laboratorio de Salud Pública	

<p>organizacional , además de los niveles de autoridad e interrelaciones asignadas a cada uno de los integrantes de la estructura funcional.</p>	<p>de Salud Colectiva</p>		
<p>El laboratorio tiene documentados todos los procedimientos administrativos y técnicos de las pruebas realizadas para la vigilancia de los eventos de interés público, desde la toma de muestras, procesamiento y emisión de resultados, documentados y alineados con los formatos establecidos por el (SGC) adoptado por el laboratorio</p>	<p>El laboratorio cuenta con documentos que registran procedimientos técnicos empleados en cada una de las secciones que lo conforman, y además se describen cada una de las fases de realización de una prueba: pre analítico, analítico, Post analítica.</p>	<p>Se entregan dos procedimientos técnicos acordes con el Sistema General de Calidad, los cuales se encuentran en CD Carpeta 4. Meta 48. Anexo. 2 Documento. 2.2 PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS, donde se encuentran los Procedimientos DE MICROBIOLOGIA DE ALIMENTOS. METODO HORIZONTAL DE RECuento DE MICROORGANISMOS MESÓFILOS y METODO HORIZONTAL DE RECuento DE ESTAFILOCOCO COAGULASA POSITIVA, ambos pertenecientes al Microbiología de Alimentos. <b>Es de aclarar que por el tiempo de la auditoria no fue posible revisar el cumplimiento de la aplicación de los procedimientos empleados. Igualmente, no se pudo realizar la verificación de los formatos, por ejemplo de Preparación y control de reactivos, ni verificar si se encuentran los datos completos de los reactivos de partida y evidenciar la trazabilidad las preparaciones, entre otros.</b></p>	<p>Como bien se informa por el tiempo de la auditoria no fue posible verificar la trazabilidad de los procedimientos, aun cuando se cuente con visitas de asistencia técnica y profesionales competentes en el cumplimiento de resultados, no es de desconocimiento de este ente de control poder entrar a verificar dicha trazabilidad.</p>
<p>El Laboratorio establece políticas y procedimientos que garantizan la protección de la información de los resultados emitidos de manera directa (impreso) o indirecta (vía electrónica, vía telefónica)</p>	<p>El laboratorio tiene formatos estandarizados para el reporte de resultados de forma escrita, y por vía electrónica, además de registrar los reportes</p>	<p>Cuentan con el sistema de información SILASP (Sistema de Información del Laboratorio de Salud Pública), pero no se pudo realizar revisión de la trazabilidad de esta política, igualmente se entregó como respuesta en el CD Carpeta 4. Meta 48. Anexo. 2 Documento. 2.9 TRD Tabla de retención documental en formato Excel, Se incluye dentro de la documentación del Sistema de Calidad adoptado por el Laboratorio de Salud Pública bajo la norma ISO 17025, dentro del Procedimiento operativo de control de datos a pesar de que se encuentran inmersas dentro del mismo procedimiento, <b>pero no se da respuesta en cuanto a su trazabilidad y las remisiones, igualmente la cadena de custodia.</b></p>	<p>No se desvirtúa la observación por parte del Laboratorio de Salud pública ya que no allega ningún soporte que demuestre que estos datos y resultados apoyen la toma de decisiones</p>

	que se suministra n por vía telefónica.		
<p><b>El laboratorio mantiene un control e inventario de reactivos, insumos y materiales empleados en la realización de los ensayos.</b></p>	<p>Solicitar los procedimientos de recepción y almacenamiento de insumos, reactivos y materiales consumibles que se requieren para los ensayos, calibraciones y control de calidad deben estar documentados</p>	<p>Se entrega el Procedimiento de compras en CD Carpeta 4. Meta 48. Anexo. 2 Documento. 2.6 Adquisición de Insumos. <b>En él se evidencian los procesos de adquisición de los insumos, sin embargo en el recorrido de inspección se evidencio en el área de almacenamiento de Almacén reactivos Toxicología, que los estantes no se encuentran fijos a la pared y se encuentran estantes intermedios que no se pueden fijar, adicionalmente no existe ningún elemento que evite la caída de alguno de los frascos que contienen estos reactivos.</b></p>	<p>De acuerdo a su planteamiento se cumple con todos los requisitos, pero no es pertinente la observación de encontrar estantes que no están fijos a la pared y que guardan reactivos químicos que pueden llegar a generar un accidente, siendo esto un riesgo para las personas que laboran en el Laboratorio de Salud Pública.</p>
<p><b>El laboratorio participa en la evaluación técnica que se realiza para la compra de insumos, reactivos, materiales y equipos necesarios para su funcionamiento</b></p>	<p>Los procesos de adquisición de insumos, reactivos materiales y equipos que sean usados en el laboratorio deben contar con el concepto técnico de la dirección o coordinación del laboratorio, o la persona que este delegue para la evaluación</p>	<p>Se cuenta con formatos establecidos para la evaluación de proveedores y se entrega en CD Carpeta 4. Meta 48. Anexo. 2 Documento. 2.7 Evaluación de Proveedores. <b>Es de aclarar, que para este ente de control, no fue posible realizar la revisión del cumplimiento técnico y legal de los proveedores, ya que no fueron allegados los contratos solicitados, únicamente se adjuntó en el CD las minutas contractuales de los mismos.</b></p>	<p>La claridad de la entrega de las carpetas con los procesos contractuales se hizo de manera verbal, para lo cual se allegaron carpetas con sus procesos contractuales para la revisión de los proyectos 872 y 948, pero no fue recibida por las metas del proyecto 869, sin embargo si es pertinente las aclaraciones hechas de manera verbal por parte de la persona encargada de entregar la información del proyecto 885 <i>“sobre la cual se realizaron aclaraciones verbales en el marco del espacio de reunión sostenido con el proceso auditor el día 13 de abril de 2016”</i>. Como ustedes lo entregan en la página 157 de la respuesta al informe preliminar, es decir aplica la solicitud verbal ante el ente auditado, pero no la claridad efectuada sobre este punto por el ente de control.</p>

<p><b>El laboratorio implementa el programa de control de calidad interno para todas las pruebas que realiza</b></p>	<p>Existen evidencias de la participación, y evaluaciones del control de calidad interno.</p>	<p>Se entrega CD Carpeta 4. Meta 48. Anexo. 2 Documento. 2.8 Control Interno, en formato Excel un registro de Control de calidad interno con su análisis, correspondiente al año 2015, el cual muestra un 90% de cumplimiento.</p>	
<p><b>El laboratorio participa en pruebas interlaboratorios</b></p>	<p>El laboratorio debe mostrar competencia técnica a través de la participación en pruebas interlaboratorios</p>	<p>Se entrega CD Carpeta 4. Meta 48. Anexo. 2 Documento. 2.10 Control Externo, en formato Excel un registro de Control de calidad interno con su análisis, correspondiente al año 2015, el cual muestra un 82% de cumplimiento, estando por encima de la meta base establecida por el Laboratorio del 75%.</p>	
<p><b>El laboratorio Implementa y desarrolla una política de la Administración del Riesgo a través de planes para el adecuado tratamiento de riesgos que garantizan el cumplimiento de su misión y objetivos dentro de la organización.</b></p>	<p>El laboratorio debe tener identificadas, clasificadas, y actualizadas los posibles riesgos que se presenten incluyendo los técnicos, sanitarios, y ambientales</p>	<p>Se entrega CD Carpeta 4. Meta 48. Anexo. 2 Documento. 2.11 Mapa de Riesgos, se encuentra actualizado a 2016 e incluye los aspectos técnicos, sanitarios y ambientales.</p>	



## CONTRALORÍA

DE BOGOTÁ, D.C.

<p><b>El Laboratorio cuenta con el personal administrativo, técnico y profesional con el debido nivel de competencia para el desarrollo de las funciones asignadas de acuerdo al cargo, dicho nivel es demostrado de manera eficiente.</b></p>	<p>Registro de todo el personal que labora en el laboratorio, donde se especifiquen los cargos asignados, además de sus respectivas hojas de vida centralizadas en un archivo y establecer un mecanismo de acceso a las mismas</p>	<p>Según la relación remitida por el laboratorio de salud pública, el talento humano se encuentra distribuido en 57 personas que laboran por orden de prestación de servicios y 16 personas vinculados a la planta, en esta relación se incluye la parte administrativa, profesional y técnica del laboratorio. Sin embargo, no fue posible realizar la revisión de las hojas de vida, solicitadas por este ente de control, ya que solo se adjuntaron las minutas contractuales que no permitieron verificar la idoneidad de los perfiles contratados y que certifiquen los títulos de formación académica y/o técnica y la experiencia en las funciones asignadas. Además de evidenciarse Personal de planta insuficiente para efectuar la vigilancia esperada en los eventos de salud Pública, así como el mantenimiento y mejora del SGC del LSP, por lo que se requiere la vinculación de personal por prestación de servicios, los cuales al momento de la visita no se encontraban laborando por falta de contratos con los mismos, lo que disminuye notablemente la capacidad de respuesta del laboratorio y aunque se cuenta con el proceso de contingencia de priorizar las muestras de procesos diagnósticos, se descuidan las muestras de calidad y de vigilancia intensificada, demorando los procesos para la entrega de resultados, lo que puede conllevar a posibles presentaciones de eventos en salud pública que no se pueden determinar por la ausencia de talento humano que realice el análisis de las muestras.</p>	<p>En lo relacionado al Talento humano no se cambia la afirmación toda vez que no se allegan soportes que demuestren lo contrario a lo observado por este ente de control al momento de la visita por las instalaciones del Laboratorio.</p>
<p><b>Las instalaciones del laboratorio están distribuidas por secciones o áreas de acuerdo a sus actividades misionales, que son debidamente identificadas con separación física para minimizar el riesgo de contaminación cruzada.</b></p>	<p>Verificar la infraestructura física con áreas de trabajo separada Y delimitadas, con secciones independientes en sus temas técnicos.</p>	<p>El laboratorio cuenta con infraestructura física con áreas de trabajo separadas y delimitadas, con secciones independientes en sus temas técnicos, pero que se presume no son la suficiente capacidad instalada para dar cubrimiento a los requerimientos de análisis de eventos en salud pública del Distrito Capital, de acuerdo con la población estimada. Cuenta con un área administrativa completamente separada del área técnica, se encuentran dos pisos de área administrativa (Tercer y cuarto piso). Cuenta con áreas de recepción de muestras separada del área técnica. El control de acceso y el uso de las secciones y/o áreas que lo requieran, según niveles de bioseguridad, están procedimentados, pero para la visita efectuada no se dio cumplimiento del</p>	<p>Se retira la observación en cuanto a capacidad instalada, pero se mantiene el uso necesario de elementos de bioseguridad desde el momento de ingreso a las áreas de laboratorio, con el fin de evitar las posibles contaminaciones en las áreas de proceso, siendo el uso de elementos de protección personal una práctica básica de bioseguridad.</p>

		mismo, además de no allegarse el cumplimiento de sismo resistencia.	
<b>El personal del laboratorio conoce sus funciones dentro de la red nacional de laboratorios y el sistema de vigilancia en salud pública (Decretos 2323 y 3518 de 2006).</b>	Indagar sobre el conocimiento de la normatividad vigente	El personal del laboratorio que atendió la visita conoce sus funciones dentro de la red, pero se evidencia que no se trabaja de manera mancomunada con las otras dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, lo que ha conllevado a que se presente desconocimiento de las partes cuando se presenta un evento en salud pública y no se realicen las acciones pertinentes para dar cumplimiento con los protocolos establecidos para tal fin, como se evidencia en el acta de visita de control fiscal efectuada en fecha 12/04/2016. Además, de no existir un seguimiento por el laboratorio de las bases de datos consolidadas entregadas a los diferentes referentes encargados de transmitir la información a las Empresas Sociales del Estado y por parte de los referentes de realimentar al Laboratorio en la entrega o no de estos resultados. Igualmente en las interventorías realizadas en las Empresas Sociales del Estado no se menciona seguimiento a los resultados emitidos por el Laboratorio, ni mucho menos la realimentación de los mismos.	Se mantiene la observación en cuanto a la desarticulación toda vez que el Laboratorio no presenta ningún soporte que permita verificar la realimentación de la información entregada (bases de datos) de las acciones tomadas.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Laboratorio de Salud Pública

Tabla 12. Revisión Cumplimiento de Actividades para dar Cumplimiento a la Meta 48, Años 2012 – 2015.

ACTIVIDAD	MODO DE VERIFICACION	EVIDENCIA	ANALISIS RESPUESTA INFORME PRELIMINAR
<b>Fortalecimiento de la red de Laboratorios del Distrito Capital. De acuerdo, a la respuesta emitida es un proceso de tipo misional del laboratorio. Es una estrategia de trabajo que coordina e integra a los laboratorios y propende por el desarrollo y eficiencia de sus integrantes, fortalece la vigilancia en la salud pública y promueve la calidad en el diagnóstico de los eventos de interés en salud pública.</b>	Capacitación, asesoría y asistencia técnica Control de Calidad	Dentro de las capacitaciones allegadas las cuales son sobre virus respiratorio y sarampión y Rubeola, se observa que son a cargo del Laboratorio de Salud Pública para otras Instituciones que prestan el servicio de salud, pero no se observan capacitaciones donde se realimente a estas instituciones sobre las investigaciones	Igualmente no se allegan soportes que demuestren que las capacitaciones son dadas por profesionales de otras instituciones que permitan descalificar la observación.



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

		<p>hechas por el Laboratorio y el resultado de las mismas, ni tampoco donde se cuenten las experiencias exitosas traídas de otras zonas del país u otros países donde se han socializado las experiencias del laboratorio, pero también se han contado las de otros sitios. Igualmente se puede transpolar a las asesorías y asistencias técnicas de control de calidad, ya que el laboratorio a pesar de contar con experiencias propias y externas no se ve que hayan sido aplicadas para mejorar los procedimientos, que permitan mejorar los procesos propios del laboratorio e igualmente llevarlo a otras Instituciones que muchas veces superan la capacidad instalada, tecnológica y técnica del Laboratorio de Salud Pública.</p>	
<p><b>Desarrollo de análisis de muestras en apoyo a la vigilancia en salud pública y a la vigilancia sanitaria.</b></p>	<p>El Grupo de Vigilancia del Ambiente y del Consumo VAC; apoya la vigilancia sanitaria a través de la identificación de sustancias químicas peligrosas, contaminación por microorganismos y la identificación de sustancias potencialmente tóxicas que puedan afectar a las personas o su</p>	<p>En este punto, se evidencia que al no contar con la suficiente capacidad instalada, talento humano, demoras en los procesos de contratación de talento humano e insumos, hace que no se cumpla en su totalidad con esta actividad, además de no realizar un número de análisis de muestras que realmente permitan determinar la</p>	<p>El Laboratorio de Salud Pública habla de programación de muestreos que dan respuesta a las necesidades evaluadas, pero no allega los lineamientos técnicos concertados para demostrar cómo se evalúan estas necesidades, ni específica cuales son los estándares nacionales e internacionales en que se basa para dar respuesta a este proceso, tampoco demuestra cómo se ha monitoreado y evaluado</p>



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ. D.C.

	<p>entorno ambiental, por medio del análisis de las características físicas, químicas y microbiológicas de alimentos, licores y aguas para el consumo humano. El grupo de Vigilancia de Enfermedades VE, se encarga de vigilar aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial.</p>	<p>identificación y efectos de los mismos de acuerdo a la población de Distrito Capital y no a la capacidad del Laboratorio, lo que no garantiza en su totalidad la prevención de la presentación de eventos en salud, los cuales muchas veces no son notificados porque se conoce en las diferentes localidades que las posibles muestras a tomar no van a ser recibidas y analizadas. Igualmente, se evidencia la falta de cohesión, integración, trabajo en equipo entre dependencias, hasta el punto de solicitar realizar las preguntas a los referentes encargados de los procesos, además de no hacer un seguimiento por parte del Laboratorio a los referentes en cuanto a la entrega de Diagnósticos de enfermedades o de muestras con calidad no aceptable. Como se observa en las respuestas dadas en el acta de visita de control fiscal.</p>	<p>el comportamiento de eventos de interés en salud pública en Bogotá. Se aclara que las funciones en salud pública no solo van dirigidas a la atención de brotes, como señalan, tampoco demuestran un monitoreo efectivo de eventos de alto impacto que den cubrimiento al total de la población habitante en la ciudad de Bogotá, igualmente no se pone en duda la responsabilidad de la notificación obligatoria de eventos clasificados como tal, se solicitó explicar los motivos por los cuales el laboratorio si un Hospital no cuenta con muestreo en una fecha determinada, no le son recibidas muestras aparte de las solicitadas por los referentes de las áreas. Igualmente no se allega soportes por parte del Laboratorio que desvirtúen la observación efectuada por este ente de control.</p>
--	--	---	---



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

<p><b>Proyección de la gestión de conocimiento en el laboratorio de Salud pública.</b></p>	<p>El proceso es coordinado por el grupo de Epidemiología del LSP realizando las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de Investigaciones del Laboratorio de Salud Pública.</li> <li>• Registro del Grupo de investigaciones en la plataforma de GrupLac de Colciencias COL0131688).</li> <li>• Definición de las líneas de investigación de acuerdo al marco de las obligaciones del LSP.</li> <li>• Inventario del capital humano formado dentro del laboratorio (pregrado, especializaciones, MsC, PhD).</li> <li>• Elaboración y registro del Procedimiento de investigaciones en el sistema de gestión de calidad del LSP 040EPP01, donde se establece la ruta y alcance de las investigaciones a desarrollar en el LSP</li> </ul>	<p>A pesar de que el Laboratorio de Salud Pública, cuenta con el reconocimiento, credibilidad y buena imagen frente a los laboratorios de la Red Distrital, contar con metodologías validadas que permiten tener la confiabilidad de los resultados emitidos, un Sistema de Gestión de Calidad acorde a las necesidades de la organización y tener un Sistema de Información propio del LSP (SILASP), el cual es adaptable a las necesidades de las áreas técnicas. No muestra propuestas internas en la mejora del Laboratorio, no presenta desarrollos que se vean reflejados en las funciones del Laboratorio y que esten acordes al inventario de la formación del capital humano, sus procesos investigativos no son conocidos por otras dependencias de la Secretaria Distrital de Salud ni mucho menos reflejados en la mejora de la calidad de vida de los Bogotanos.</p>	<p>Si bien es cierto se implementaron las metodologías señaladas por ustedes, no se demuestran mejoras internas del Laboratorio que se vean reflejadas en las diferentes funciones del talento humano que hace parte del mismo. No se allega ningún soporte que desvirtúe la observación.</p> <p>Adicionalmente tampoco se manifiesta, de qué manera se ha socializado este conocimiento de sus proyectos de investigación en otras áreas de la Secretaria Distrital de Salud.</p>
<p><b>Conformación e implementación del comité técnico distrital de la Red Nacional de Laboratorios</b></p>	<p>Actividades realizadas para el funcionamiento del comité técnico distrital de la red nacional de laboratorios.</p>	<p>Se han venido realizando de acuerdo a la presentación de los eventos den salud pública y de acuerdo al número de laboratorios adscritos</p>	<p>Para el trabajo en red, donde se responde la acreditación de procesos analíticos, no se da respuesta a si su implementación ha generado algún impacto en la salud de la</p>



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ. D.C.

		a la red, se efectúan las reuniones, pero no fue posible verificar si su implementación ha generado algún impacto en la salud de la comunidad.	comunidad, que como se mencionó no fue posible verificar por tiempo.
<b>Ampliar la acreditación de la metodología del Laboratorio de Salud pública.</b>		Se contaba con la acreditación de 11 metodologías analíticas de microbiología de alimentos desde el 2008 al 2013 y tres metodologías en el análisis de sal de consumo humano acreditadas en el 2010 hasta el 2015, emitidas por la Superintendencia de Industria y Comercio, quienes efectuaban las certificaciones, hoy en día lo realiza la ONAC (Organismo Nacional de Acreditación), por lo que fue necesario iniciar nuevamente los procesos, en este momento ya se realizó visita a los procesos que se van a acreditar que consta de 22 ensayos, Las metodologías propuestas a acreditación son: para Vigilancia Ambiental y de Consumo 12 ensayos Microbiología de alimentos, 3 ensayos Sal de consumo humano, 6 ensayos de Agua de consumo humano, para Vigilancia de Enfermedades 1 ensayo TSH neonatal en sangre seca	



**Mantener el Sistema de información confiable y oportuna del Laboratorio del Salud Pública**

Porcentaje de procesos operando en el sistema de información del Laboratorio de Salud pública LSP

El Laboratorio de Salud Pública cuenta con un Sistema de información versión web, diseñado para automatizar todos los procesos del mismo, siendo una solución escalable y dinámica (parametrizable) que se ajusta a las necesidades del Laboratorio (cambios por normatividad, inclusión de nuevos eventos, grupos funcionales etc.) permitiendo asegurar la preservación, actualización, acceso, procesamiento, gestión y difusión de la información. Durante el 2012 se completó el ingreso a producción de los eventos del grupo de vigilancia de enfermedades y se implementaron unos nuevos. En el 2013 se trabajó en consolidar y ajustar los módulos de control de insumos y redes, de gran importancia para el Laboratorio. En el 2014 en el sistema hubo un cambio importante al implementarse la firma digitalizada para todos los profesionales del Laboratorio de Salud Pública. Durante el 2015 se realizó énfasis en la implementación del módulo de control de insumos por todos los profesionales. No se pudo realizar verificación del funcionamiento del

		sistema de información, ni revisar si en realidad cumple con las características de oportunidad y confiabilidad.	
--	--	--	--

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Laboratorio de Salud Pública

### *2.2.1 Hallazgo Administrativo Se retira la Posible Incidencia Disciplinaria*

Los resultados del Laboratorio de Salud Pública, tanto como Laboratorio de referencia como de salud pública, en el cumplimiento de esta meta, debe manifestarse en un impacto, no sólo al interior de las instituciones, sino también en el Distrito Capital. Por esta razón, es fundamental que el laboratorio cuente con los recursos mínimos necesarios para su funcionamiento y con los protocolos suficientes, para que los resultados de sus análisis sirvan como insumo para la toma de decisiones y diseño de políticas de intervención en salud.

De acuerdo con lo enunciado, se observó que en cuanto a los procedimientos de Organización y Gestión que comprenden aquellos aspectos administrativos y de gestión que hacen referencia al funcionamiento y los procesos que garantizan la realización de las actividades misionales correspondientes al quehacer del laboratorio con eficiencia, calidad y oportunidad, se puede decir que principalmente por la ausencia de talento humano, donde se observa que el personal de planta es insuficiente para efectuar la vigilancia esperada en los eventos de Salud Pública, así como garantizar el cumplimiento del Sistema General de Calidad del Laboratorio de Salud Pública, por lo que se requiere de personal por prestación de servicios, quienes no se encuentran de manera continua prestando sus servicios, ya que existen períodos de tiempo en los cuales, mientras se surten los procesos de contratación, no se cuenta con el total del talento humano requerido, por lo tanto, el plan de contingencia del laboratorio es priorizar principalmente el análisis de muestras que den como resultado un diagnóstico dejando para posterior análisis las muestras que corresponden a calidad o vigilancia intensificada, demorando, reprogramando o cancelando sus análisis, lo que puede llevar en un momento dado a que a pesar de ser muestras de tipo rutinario den como resultado un evento de interés en salud pública que posteriormente conlleve a la difícil corrección o mitigación de un riesgo que pudo ser prevenido, pero que por la ausencia de este talento humano no se evidencio, igualmente resaltar la falta de entrega de información oportuna a este ente de control. Además, este ente de control quiere conocer cuáles son las acciones realizadas por el laboratorio de salud pública para evitar de manera preventiva la presentación de sífilis congénita, así mismo en lo referente a la transmisión vertical de VIH en Bogotá y como propende esto en la salud pública de la Ciudad.

*Si bien es cierto la función del Laboratorio no es realizar actividades de prevención, si es parte fundamental de la vigilancia en salud pública, ya que es el laboratorio*

que determina las causas de los eventos en salud pública, por lo tanto; es fundamental en la toma de decisiones en un momento de presencia de un riesgo en salud de la comunidad, que afecta un colectivo. En cuanto al aplazamiento y no cancelación de muestreos, no se allegan soportes que desvirtúen la observación efectuada por el ente de control y donde se demuestre la reprogramación de las mismas.

Lo anteriormente descrito denota deficiencias en la implementación de mecanismos de seguimiento, verificación y control eficientes en la etapa de planeación del proceso de contratación del personal que ha de prestar sus servicios en esta dependencia, lo cual genera riesgos en la ejecución del cumplimiento para evidenciar posibles riesgos que conlleven a un evento en Salud Pública que puedan afectar la salud de la comunidad en el Distrito Capital.

En cuanto a que se cuenta con el talento humano, igualmente no fue desvirtuada por el ente auditado la observación efectuada

Igualmente, se observa falta de adherencia, observancia y aplicación a los protocolos, (en este caso se observó dicha situación con el incumplimiento del protocolo para la vigilancia de la rabia), además de no realizar un número de análisis de muestras que realmente permitan determinar la identificación y efectos de los mismos de acuerdo a la población de Distrito Capital y no a la capacidad del Laboratorio, lo que no garantiza en su totalidad la prevención de la presentación de eventos en salud, los cuales muchas veces no son notificados porque se conoce en las diferentes localidades que las posibles muestras a tomar no van a ser recibidas y analizadas .

Para el evento de rabia no se profundizo en el mismo, ya que solo se tomó como ejemplo de vigilancia de enfermedades y donde simplemente se pretendía demostrar que de acuerdo a lo publicado en el observatorio de salud ambiental con respecto a los accidentes por agresión animal, el número de muestras para vigilancia activa de la rabia es mínimo ante el impacto que puede llegar a generar la posible presentación de un caso positivo en la ciudad de Bogotá y no iba encaminado al evento como tal, como se explicó en el desarrollo del acta de visita administrativa.

Se revisan en la página web de la Secretaria Distrital de salud, en el link Salud Pública, Observatorio ambiental, con el fin, de hacer un cruce con el número de muestras planteadas por el Laboratorio de salud pública y determinar si dan cumplimiento con el 100% tanto para la vigilancia y control sanitarios como para la vigilancia de enfermedades, examinando un folleto de la línea alimentos sanos y seguros 2012 – 2015, el cual presenta decomisos de productos cárnicos y líquidos, pero no se encuentra en ninguna parte de la gráfica a que clases de alimentos específicamente se refieren, solo muestra de manera puntual los decomisos de latas de atún, por lo que no se pudo realizar este cruce, entonces se revisó el documento Informe Brotes – ETA 2014, donde se dice que los alimentos listos para consumo,

son unos de los mayores causantes de estos brotes, pero solo se coloca el porcentaje de los mismos, sin determinar la n (número de datos o muestra), número de alimentos causantes, dificultando nuevamente este cruce y mostrando una falencia en las publicaciones, que deben ser entendibles para la comunidad. Lo anterior, muestra que no se está realizando revisión de las publicaciones, lo que puede llevar a confusiones para los que se documentan y toman como referencia este link e indica que los datos emitidos por Secretaria Distrital de Salud, no son confiables

*Si bien es cierto, que no fue auditado la meta 11 del proyecto 885, se tomaron datos de las publicaciones hechas en el observatorio de salud ambiental, como insumo para la auditoría, con el fin de extraer datos que le permitieran corroborar lo indicado como justificación técnica por el Laboratorio en cuanto a número de muestras, situación que no fue posible ya que los datos que allí se encontraron no mostraron ninguna ayuda para clarificar esta observación, adicionalmente no se demuestra el atributo de confiabilidad de la información, tampoco se observa en este link la aclaración a las personas que lo pueden utilizar como insumo que son acciones propias y de las cuales algunas cuentan con soportes de pruebas analíticas y otras no. Igualmente los datos utilizados por este ente de control no requerían de pruebas analíticas, solamente de datos (números) que a su revisión no son claros.*

Igualmente se revisan documentos del comportamiento del evento agresión animal rabia, de donde se toman datos del número de accidentes por agresión causados y se comparan con la vigilancia activa de la rabia, efectuada por el laboratorio consistente en pruebas de inmunofluorescencia y biológicas, en donde se evidencia que son muy bajas, incluso al tomar este dato y no el del denominador poblacional.

Así mismo, se constata la falta de cohesión, integración y trabajo en equipo entre dependencias, la cual se evidencia en el desconocimiento del porqué en ocasiones no se reciben muestras por parte del laboratorio, sin ellos tener el conocimiento de la existencia de dicho rechazo por parte de los referentes quienes no le informan al laboratorio de estas muestras y por lo tanto no son procesadas, situación tal que hace que el laboratorio solicite a este Ente de Control realizar esta pregunta a los referentes encargados de los procesos, ya que no procesar una muestra puede conllevar a la posible presentación de un evento de interés en Salud Pública, además de no hacer un seguimiento por parte del Laboratorio a los referentes en cuanto a la entrega de Diagnósticos de enfermedades o de muestras con calidad no aceptable.

Lo anterior se demuestra en las respuestas dadas en el acta de visita de control fiscal al laboratorio.

Lo que puede señalar, que no se desarrollan acciones de evaluación, lo cual es un incumplimiento según la Ley 715 de 2001, del Decreto 1011 de 2006 artículo 52 y artículo 5 ídem 4, la Resolución 1446 de 2006 y la Circular Única de la

Superintendencia Nacional de Salud y su anexo técnico, lo que puede generar la prestación de servicios sin calidad en la atención en salud, debido a falta de mecanismos de control para garantizar acciones de inspección, vigilancia y control.

De igual manera, se evidencia la falta de presentación de proyectos por parte del Laboratorio de Salud Pública, que permitan la asignación de recursos para mejorar la eficiencia y eficacia de los procesos, se presentan proyectos principalmente de control de enfermedades más no de mejoras al interior del Laboratorio.

Procesos de contratación lentos y dispendiosos que pueden afectar la disponibilidad de recursos para el apropiado funcionamiento de las áreas, ya que en muchas ocasiones aparte de la ausencia de talento humano, también se encuentra la falta de reactivos o insumos que permitan el normal desarrollo del laboratorio, como se puede constatar en el CD rotulado Proyecto 869, meta 48, que hace parte de los papeles de trabajo en el libro Excel denominado Rechazo de Muestras.

Formación insuficiente de auditores internos en la Norma NTC ISO/IEC 17025:2005 y NTCP 1000:2009.

Capacitaciones internas dictadas en su mayoría por personal interno y con metodologías tradicionales que disminuyen la participación e interés.

Para los visitantes se cuenta con el procedimiento de ingreso de personal al laboratorio de Salud Pública, con el fin de dar cumplimiento a la norma NTC-ISO/IEC 17025:2005, pero no fue cumplido al momento de la visita por este ente de control, ya que no se suministró ningún elemento de protección personal que garantizara mantener la bioseguridad de las áreas visitadas y evitar las posibles contaminaciones directas o indirectas. Además, en el recorrido hecho al Laboratorio, se evidenció en el área de almacenamiento de Almacén reactivos Toxicología, que los estantes no se encuentran fijados a la pared y se encuentran estantes intermedios que no se pueden fijar, adicionalmente no existe ningún elemento que evite la caída de alguno de los frascos que contienen estos reactivos.

Equivalentemente, se puede encontrar Instituciones prestadoras de Salud con suficiencia tecnológica que supera a los recursos del Laboratorio de Salud pública que pueden causar discrepancias en los resultados emitidos en la vigilancia y control de los eventos de salud pública a pesar de ser el laboratorio de referencia y contar con un buen estándar de control interno y externo.

Falta de integración y trabajo en equipo entre dependencias de la Secretaría Distrital de Salud y por ende por los integrantes de las áreas del Laboratorio de Salud Pública. Ausencia de socialización de los logros de ejecución de las diferentes áreas entre dependencias, ya que se observa que otras dependencias de la Secretaría no conocen de los logros alcanzados por el Laboratorio e inverso.

Se puede manifestar que con la capacidad instalada, talento humano, insumos entre otros, el Laboratorio de Salud Pública ante la Posibilidad de presentación de situaciones asociadas a desastres naturales y antrópicos superaría la capacidad de respuesta oportuna por parte del Laboratorio de Salud Pública.

No se observan, propuestas, procedimientos y otros que tengan en cuenta los efectos del calentamiento global los cuales, cambian las condiciones ambientales de las áreas de procesamiento de Vigilancia de Enfermedades, lo que puede incidir en la salud del personal, daño de equipos y afectación de las técnicas de análisis si no son controladas oportunamente.

Se requiere mejora de infraestructura para el almacenamiento seguro de reactivos que permita prevenir accidentes.

Adicionalmente, en lo referente a la ejecución de los presupuestos asignados de los años revisados correspondientes al cuatrienio 2012 – 2015, los recursos no fueron ejecutados completamente, como se observa en la Tabla 1, lo que demuestra que las propuestas, que apuntan al funcionamiento eficiente, eficaz y oportuno del Laboratorio de Salud Pública, que le permitiera dar cumplimiento como ellos lo manifiestan ***“Ejecutar el 100% de las acciones del Laboratorio de Salud Pública, como centro de referencia, en apoyo a la vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria, control de calidad y gestión del conocimiento, a 2016”***. ***Todo esto demuestra que no se ha dado cumplimiento a la ejecución del 100% de las acciones del Laboratorio para el periodo 2012-2015.***

Todo lo anterior, denota un posible incumplimiento a lo establecido en la Constitución Nacional, ARTÍCULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad. El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas están prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto. Así mismo, el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en

valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos

E Igualmente; a lo señalado en el Decreto 3518 de 2006, ARTÍCULO 9°.\_  
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: f) Integrar el componente de laboratorio de salud pública como soporte de las acciones de vigilancia en salud pública y gestión del Sistema en su jurisdicción, de acuerdo con los Lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social. 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.

CAPÍTULO III PROCESOS BÁSICOS DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.  
ARTICULO 28. PRUEBAS ESPECIALES PARA EI ESTUDIO DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA. Las pruebas de laboratorio que se requieran en desarrollo de la vigilancia en salud pública atenderán los requerimientos establecidos en los protocolos para diagnóstico y/o confirmación de los eventos y en las normas que regulan su realización.

CAPITULO V REGIMEN DE VIGILANCIA Y CONTROL, MEDIDAS SANITARIAS y SANCIONES. ARTÍCULO 41.- MEDIDAS SANITARIAS. Con el objeto de prevenir o controlar la ocurrencia de un evento o la existencia de una situación que atenten contra la salud individual o colectiva, se consideran las siguientes medidas sanitarias preventivas, de seguridad y de control: a) Aislamiento o internación de personas y/o animales enfermos. b) Cuarentena de personas y/o animales sanos c) Vacunación u otras medidas profilácticas de personas y animales. d) Control de agentes y materiales infecciosos y tóxicos, vectores y reservorios. e) Desocupación o desalojamiento de establecimientos o viviendas. f) Clausura temporal parcial o total de establecimientos. g) Suspensión parcial o total de trabajos o servicios. h) Decomiso de objetos o productos. i) Destrucción o desnaturalización de artículos o productos si fuere el caso. j) Congelación o suspensión temporal de la venta o empleo de productos y objetos.

ARTÍCULO 51.- CONGELACIÓN O SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LA VENTA O EMPLEO DE PRODUCTOS Y OBJETOS. Consiste en colocar fuera del comercio, temporalmente y hasta por sesenta (60) días, cualquier producto cuyo uso, en condiciones normales, pueda constituir un factor de riesgo desde el punto de vista epidemiológico. Esta medida se cumplirá mediante depósito dejado en poder del tenedor, quien responderá por los bienes. Ordenada la congelación se practicarán una o más diligencias en los lugares en donde se encontraren existencias y se colocarán bandas, sellos u otras señales de seguridad, si es el caso. El producto cuya venta o empleo haya sido suspendido o congelado deberá ser sometido a un

análisis en el cual se verifique si sus condiciones se ajustan o no a las normas sanitarias. Según el resultado del análisis el producto se podrá decomisar o devolver a los interesados.

Adicionalmente, a lo contemplado en el Decreto 2323 de 2006 CAPITULO I Disposiciones Generales. Artículo 5°. *Principios orientadores de la Red Nacional de Laboratorios*. La organización y funcionamiento de la Red Nacional de Laboratorios se fundamentará, además de los postulados señalados en la Ley 100 de 1993, en los siguientes principios orientadores:

1. Eficacia en el desarrollo de acciones capaces de garantizar la obtención de resultados esperados a través de la gestión técnica y administrativa de todos sus integrantes.
2. Eficiencia en el desarrollo de su capacidad, ofreciendo servicios a través de instituciones que administren sus recursos de acuerdo con las necesidades de salud demandadas por la población.
3. Calidad en todos los procesos y procedimientos técnico administrativos que realicen sus integrantes, de acuerdo con los lineamientos nacionales e internacionales con el fin de garantizar la veracidad, oportunidad y confiabilidad de sus resultados.
4. Universalidad de los servicios, propendiendo por la cobertura progresiva en todo el país y de acuerdo con las necesidades de protección de la salud pública.
5. Unidad e integración funcional de los laboratorios públicos, privados y mixtos que participan en la Red, independientemente de su nivel de desarrollo, área de competencia, especialidad o nivel territorial al que pertenezcan.

## CAPITULO II

Estructura y funciones de la Red Nacional de Laboratorios

Artículo 16. *Competencias de los laboratorios de salud pública departamentales y del Distrito Capital*. Los laboratorios de salud pública departamentales y del Distrito Capital, como laboratorios de referencia en su jurisdicción, serán los actores intermedios de articulación en el área de su competencia entre el nivel nacional y municipal y tendrán las siguientes funciones:

1. Desarrollar los procesos encaminados a su integración funcional a la Red de Laboratorios y al cumplimiento de sus funciones de manera coordinada y articulada con las instancias técnicas de la dirección territorial de salud afines con sus competencias.
2. Realizar exámenes de laboratorio de interés en salud pública en apoyo a la vigilancia de los eventos de importancia en salud pública, vigilancia y control sanitario.
3. Adoptar e implementar el sistema de información para la Red Nacional de Laboratorios establecido por el nivel nacional en los temas de su competencia.
4. Adoptar e implementar en su jurisdicción el sistema de monitoreo y evaluación de la Red Nacional de Laboratorios acorde con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.

5. Recopilar, procesar, analizar y difundir oportunamente datos y resultados de los análisis de laboratorio de interés en salud pública, con el fin de apoyar la toma de decisiones para la vigilancia y control sanitario.
6. Implementar el sistema de gestión de la calidad para garantizar la oportunidad, confiabilidad y veracidad de los procedimientos desarrollados.
7. Participar en los programas nacionales de evaluación externa del desempeño acorde con los lineamientos establecidos por los laboratorios nacionales de referencia.
8. Vigilar la calidad de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública desarrollados por los laboratorios del área de influencia.
9. Implementar los programas de bioseguridad y manejo de residuos, de acuerdo con la normatividad nacional vigente.
10. Cumplir con los estándares de calidad y bioseguridad definidos para la remisión, transporte y conservación de muestras e insumos para la realización de pruebas de laboratorio.
11. Realizar los análisis de laboratorio en apoyo a la investigación y control de brotes, epidemias y emergencias.
12. Realizar y participar activamente en investigaciones de los principales problemas de salud pública, según las directrices nacionales y las necesidades territoriales.
13. Brindar capacitación y asistencia técnica a los municipios y a otras entidades dentro y fuera del sector salud en las áreas de sus competencias.
14. Participar en el sistema de referencia y contrarreferencia de muestras biológicas, ambientales e insumos de acuerdo con los lineamientos nacionales.
15. Realizar análisis periódicos de la demanda y oferta de exámenes de laboratorio de interés en salud pública.

Asimismo, no fueron allegados a este ente de control las carpetas contentivas con los contratos solicitados e igualmente el número total de resultados de muestras solicitados, con el fin, de verificar en los mismos, si se dio cumplimiento con su ejecución y cumplimiento con la idoneidad de los Servicios Profesionales en Salud solicitados.

Además, de encontrar que para las metas objeto de esta visita, específicamente en lo que corresponde al Proyecto 869 Meta 30 y Meta 48 en este caso, el ejercicio del control fiscal se vio obstaculizado por parte del sujeto de control fiscal, debido a la falta de oportunidad, calidad y confiabilidad de la información solicitada, lo cual se evidencia en los oficios petitorios que hacen parte integral de los papeles de trabajo de la presente auditoría de desempeño, radicados oportunamente ante este sujeto de control fiscal, como se encuentra establecido en el numeral 10, Artículo Primero, *“Procedimiento para adelantar Visita de Control Fiscal Versión 6.0 PVCGF 23* de la Resolución No. 037 de 2015, proferida por Contraloría de Bogotá, como quiera que la entidad auditada, previa solicitud por el equipo auditor, no presentó los soportes de documentos indispensables para el análisis de dichas metas, y en ese orden corroborar de manera contractual el comportamiento de las mismas. Adicionalmente se solicitaron todos los documentos como se puede verificar en el último párrafo de

los oficios de solicitud todos los documentos en físico y magnético y solo fueron allegados en medio magnético.

Unido a ello, tal hecho, a la luz del numeral 16 del artículo 34 del Código Disciplinario Único y del numeral 8 del artículo 35 de la misma disposición legal, presuntamente constituyen falta disciplinaria, tales disposiciones refieren:

*“Artículo 34. Deberes. Son deberes de todo servidor público:*

*(...)*

*16. Permitir a los representantes del Ministerio Público, fiscales, jueces y demás autoridades competentes el acceso inmediato a los lugares donde deban adelantar sus actuaciones e investigaciones y el examen de los libros de registro, documentos y diligencias correspondientes. Así mismo, prestarles la colaboración necesaria para el desempeño de sus funciones.”*

*“Artículo 35. Prohibiciones. A todo servidor público le está prohibido:*

*(...)*

*8. Omitir, retardar o no suministrar debida y oportuna respuesta a las peticiones respetuosas de los particulares o a solicitudes de las autoridades, así como retenerlas o enviarlas a destinatario diferente de aquel a quien corresponda su conocimiento.”*

### 2.3 PROYECTO No. 872. CONOCIMIENTO PARA LA SALUD.

*META ÚNICA: Formular e implementar la Política Pública de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud para el Distrito Capital, a 2016.*

#### **Problema central:**

*En forma sintética, “el problema identificado en Conocimiento para la Salud en Bogotá D.C., es la ausencia de una política pública en CTI (Ciencia, Tecnología e Innovación) en salud, que articule a los diversos actores institucionales, empresariales, académicos y sociales, tanto de los sectores públicos y privados, que propenda por el fortalecimiento de capacidades en Ciencia, Tecnología e Innovación en salud para potenciar el desarrollo humano de las bogotanas y los bogotanos”.*

Para darle solución a este problema, mediante el proyecto 872, se programan los logros siguientes:

*Disponer de una (1) política sectorial que permita el fortalecimiento de los procesos de Ciencia, tecnología e innovación en el sector salud y el desarrollo técnico y científico de las capacidades del capital humano.*

*Una (1) base de datos que sistematice el conjunto de investigaciones en CTI en salud de la SDS y las ESE de la Red Pública Distrital.*

*La optimización del 100% de los recursos asignados al Grupo Funcional de Investigaciones y Cooperación para el fortalecimiento de las capacidades de investigación en CTI en salud de la SDS y las ESE.*

*La conformación de una (1) red distrital interdisciplinaria en CTI en Salud.*

*Conformación de cuatro (4) alianzas estratégicas interinstitucionales en CTI entre entidades públicas y privadas, universidades, grupos de investigación y sociedad civil organizada, para la construcción de proyectos orientados a la respuesta de las necesidades de salud de la población.*

*Obtención de eventuales recursos para financiación de proyectos y macro proyectos de investigación en CTI en salud.*

### **ACTIVIDADES.**

*1. Diseño, formulación e implementación de la política Distrital de ciencia, tecnología e Innovación en Salud.*

*2. Movilización del conocimiento a través de estrategias como observatorio, revista, alianzas y el portal del conocimiento (biblioteca).*

*3. Gestión del conocimiento a través del desarrollo de investigaciones y el fomento de la innovación.*

En relación con la primera actividad “*Diseño, formulación e implementación de la política Distrital de ciencia, tecnología e Innovación en Salud*” se ha elaborado un acervo documental en el cual se consideran aspectos como “Proceso de formación de política pública en Ciencia, Tecnología e Innovación para la salud”, “Lineamientos de Ciencia, Tecnología e Innovación para la salud” en el que se expone un panorama general de los procesos de investigaciones y cooperación y una guía para los lectores e interesados en el tema.

Se constituye en un documento de trabajo que incluye reflexiones conceptuales y políticas frente al tema y las orientaciones para cada uno de los procesos de investigaciones y cooperación: análisis de situación de CTI para la salud en la ciudad, política en ciencia, tecnología e innovación para la salud, agenda de investigaciones, acompañamiento a las ESE, observatorio de equidad en calidad de vida y salud, comunicaciones para la investigación en salud, revista de salud y seguridad social, cooperación nacional e internacional, portal del conocimiento – biblioteca, innovación, investigaciones, comité de ética para la investigación, comité de investigaciones, semilleros de investigación, fortalecimiento de capacidades para la investigación, grupos de investigación, entre otros.

Se evidenció, también, la existencia de documentos analíticos sobre la situación de Ciencia, Tecnología e Innovación para la salud en Bogotá.

Así mismo se tuvo evidencia de documentos que incluyen los temas para la salud que son objeto de estudio para la formación de los funcionarios de la SDS y de las ESEs que se capacitaron por parte, principalmente de la Fundación Universitaria en ciencias de la para Ciencias de la Salud y las actas de acompañamiento a las ESEs como generadoras del conocimiento.

En lo referente a la segunda actividad “*Movilización del conocimiento a través de estrategias como observatorio, revista, alianzas y el portal del conocimiento (biblioteca)*” se encontró evidencia de investigaciones realizadas, página web actualizada con su correspondiente manual de instrucciones de uso, boletines, lineamientos en 2013 y 2015 y memorias del “Primer congreso distrital de investigación para la salud y el desarrollo local”.

En la tercera actividad “*Gestión del conocimiento a través del desarrollo de investigaciones*” se pudo evidenciar trazabilidad de capacitación en temas de investigación para cuatrocientas (400) personas. Dos grupos de investigación registrados en Colciencias. Investigación sobre el arte de la investigación en salud en Bogotá 2011 – 2013 y se construyó la tabla maestra para hacer seguimiento a las investigaciones.

Tabla 13. Comportamiento Presupuestal Proyecto 872

<b>PRESUPUESTO PROYECTO 872</b>	2012	2013	2014	2015
<b>INICIAL</b>	907.777.000,00	1.600.000.000,00	811000000	1000407000
<b>DEFINITIVO</b>	285.102.000,00	1.218.950.320,00	472.412.000,00	957.255.000,00
<b>EJECUTADO</b>	260.102.000,00	1.108.950.320,00	472.412.000,00	715.228.000,00
<b>PORCENTAJE DE EJECUCIÓN RESPECTO DEL PRESUPUESTO INICIAL</b>	29%	69%	58%	71%
<b>TOTAL EJECUTADO</b>	<b>2.556.692.320,00</b>			

Fuente: Oficina de Planeación. Secretaria Distrital de Salud. Cálculos: Equipo Auditor

Como se puede observar en la tabla anterior el presupuesto ejecutado es bastante menor que el presupuesto inicial, lo cual hace pensar en que hubo un deficiente planeación para el proyecto. En la vigencia 2012 es cuando se observa más resaltado el fenómeno en que sólo se observa un escaso 29% de ejecución del presupuesto inicial. Razón por la cual, este ente de control se pregunta para que se solicitó un recurso que no se ejecutó en su totalidad para el periodo 2012 - 2015.

Para que se solicitó un recurso que no se ejecutó en su totalidad para el periodo 2012 - 2015.

El proyecto 872 tenía prevista la contratación del desarrollo de investigaciones, el apoyo a la revista, sin embargo, debido a necesidades de la SDS se trasladaron recursos a otros proyectos.

La Secretaría Distrital de Salud no presenta los soportes que evidencien la solicitud presentada para efectuar los traslados presupuestales que se hicieron ni los actos administrativos que los aprueban.

### 2.3.1 Hallazgo administrativo.

La entidad auditada realizó traslados de recursos presupuestales del proyecto 872 "Conocimiento para la Salud" a otros proyectos sin que se evidencien las solicitudes para efectuar dichos traslados ni los actos administrativos que los aprueban.

Tabla 14. Distribución Presupuestal. Proyecto 872. Conocimiento Para la Vida. Periodo 2012 – 2015.

DISTRIBUCIÓN PRESUPUESTAL DEL PROYECTO 872										
VIGENCIAS	CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS	VALOR CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CONVENIOS	VALOR CONVENIOS	CONTRATOS COMPRAVENTA	VALOR COMPRAVENTA (ADQUISICIÓN DE APLICACIONES Y ACCESO BASES DE DATOS Y REVISTAS)	ADICIONES	VALOR ADICIONES	SUBTOTAL VIGENCIA (HORIZONTAL)	SUBTOTAL VIGENCIA (VERTICAL)
2012	11	235.102.000			1	25.000.000				260.102.000
2013	12	378.700.000	3	608.000.000	2	9.949.320	10	112.301.000		1.108.950.320
2014	11	290.370.000					11	182.042.000		472.412.000
2015	12	715.228.000								715.228.000
	46	1.619.400.000	3	608.000.000	3	34.949.320	21	294.343.000	2.556.692.320	2.556.692.320
PARTICIPACIÓN PORCENTUAL CON RESPECTO AL TOTAL EJECUTADO										
		63,34%		23,78%		1,37%		11,51%	100,00%	

Fuente: Oficina de Planeación. Secretaria Distrital de Salud. Cálculos: Equipo Auditor

El mayor peso de la contratación estuvo en los contratos de prestación de servicios, tanto en la cantidad de contratos como en los recursos invertidos. El 63% de los recursos se invirtieron en contratos de prestación de servicios. Además las adiciones demandaron costos por el 12% del total. Este porcentaje supera el margen previsible en una buena planeación. Los convenios costaron 24% del presupuesto total ejecutado y se tuvo evidencia de la capacitación impartida en especial por la Fundación en Ciencias de la salud. Se solicita se explique cuáles fueron las razones para mostrar un aumento sustancial en lo referente a órdenes de prestación de servicios principalmente para el año 2015.

La Secretaría Distrital de Salud cuenta con una biblioteca, la cual presta sus servicios desde finales de los años noventa y para su atención y buen funcionamiento se requería de un profesional especializado en bibliotecología y ciencias de la información. Para el año 2015 se contrató para dar respuesta las necesidades de los sistemas bibliotecarios apoyados en las TIC.

Si la Secretaría Distrital de Salud presta sus servicios de biblioteca desde finales de los años noventa se requieren soportes del contrato con el profesional especializado en bibliotecología y el valor agregado en el servicio prestado por la biblioteca.

**Hallazgo administrativo:** La Secretaría Distrital de Salud no presenta evidencia del valor agregado que se ha obtenido con la contratación de un profesional especializado en bibliotecología que muestre el mejoramiento en el servicio de la biblioteca.

### Revisión Convenio 1426 de 2013

Se evidenció la carta de presentación con el listado de los profesionales postulados por las ESE y la SDS para recibir las capacitaciones por parte de la FUCS (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud).

Se evidenció la existencia de la Plataforma web de programa de fortalecimiento de capacidades en investigación y el procedimiento de utilización.

Se evidenció el trabajo estadístico que se hizo para conocer el nivel académico de las personas que trabajan para la Secretaría Distrital de Salud y para las Empresas Sociales del Estado. La evidencia muestra que se entrevistó a un total de 6228 personas que corresponden a los vinculados en planta y se encontró que sólo hay una persona con nivel de doctorado, 50 que tienen maestría, 1103 especializados, 1944 profesionales y 1705 es la suma de tecnólogos y técnicos.

Este resultado constituye la evidencia de la necesidad de mayor capacitación para lograr lo que se propone en el proyecto 872.

Tabla 15. Estadísticas del Nivel Académico en Secretaria Distrital de Salud y Empresas Sociales del Estado.

NIVEL EDUCATIVO	TOTAL POR RANGO ACADÉMICO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
Doctorado	1	0,02%
Maestría	50	0,80%
Especialización	1.103	17,71%
Profesionales	1.944	31,21%
Técnicos o Tecnólogos	1.705	27,38%

Fuente: Oficina de Planeación. Secretaria Distrital de Salud.

En los informes del convenio 1426 de 2013 se muestra el resultado de los estudios que se han efectuado en la Secretaría Distrital de Salud y en las Empresas Sociales del Estado ESEs, para conocer el nivel y el potencial científico con que se cuenta en estas instituciones y también con las oportunidades de capacitación de que se dispone en la capital de la república para mejorar el potencial existente. Las conclusiones a las cuales se llegó mediante el estudio muestran que el potencial científico e investigativo en las instituciones de la salud es muy bajo, teniendo en cuenta el nivel académico del talento humano.

Contando con el apoyo de Colciencias, institución que tiene entre sus metas el fortalecimiento del potencial investigativo del talento humano, se registra la visión para alcanzar en un lapso aparentemente lejano, año 2032, que Colombia sea reconocida como uno de los tres países más competitivos en Latinoamérica.

## Productos

- Informes de avance y final radicados en la SDS.
- *Versión final artículo de revisión de tema y evidencia de sometimiento a publicación.* Aponte S, Castiblanco RA y Arias MP. Fortalecimiento del talento humano en ciencia, tecnología e Innovación: fuente de riqueza y bienestar social. Artículo sometido a publicación en la Revista Salud y Seguridad Social SDS. 2014 (Anexo 02).
- *Versión final artículo original y evidencia de sometimiento a publicación.* Aponte, S; Castiblanco, RA; Castro, CA; Contreras, MA; Díaz, LM; y Díaz-Toro, YR. Capacidades del talento humano para investigación en la Secretaría de Salud y Empresas Sociales del Estado. Artículo sometido a publicación en la Revista Salud y Seguridad Social SDS. 2014 (Anexo 03).
- *Resumen de conferencia en congreso SDS.* Díaz-Toro, YR. Fortalecimiento de capacidades para la investigación en la SDS y las ESE. Conferencia Magistral llevada a cabo en el panel No. 1. Investigación y desarrollo local. Primer congreso Distrital de Investigaciones y salud: Investigaciones para la salud y el desarrollo local. Secretaría Distrital de Salud. Julio 31- Agosto 1 de 2014. Bogotá D.C. (Anexo 04).
- Listado de proyectos generados por servidores públicos y colaboradores y acompañados metodológicamente en marco del convenio 1426-2013 (Anexo 06).
- Listado de servidores públicos y colaboradores de la SDS y las ESE que recibieron constancia de participación en el proceso de fortalecimiento de capacidades en investigación. Marzo-Mayo de 2014 (Anexo 07).
- Lineamientos para la constitución de un “Semillero de Investigación” en la SDS (incluye aportes realizados por el equipo FUCS) (Anexo 08)
- *Versión final artículo original y evidencia de sometimiento a publicación.* Castiblanco R, Aponte S, Castro C, Díaz L, Arias MP y Díaz-Toro Y. Semilleros de investigación como estrategia pedagógica en la investigación

formativa: descripción de la experiencia en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Artículo sometido a publicación. Revista Colombiana de Educación. Agosto 2014 (Anexo 10).

- Listado de proyectos generados en marco del Proceso de fortalecimiento de capacidades en investigación y sugeridos para ser presentados en el Primer Congreso Distrital de Investigaciones y salud: Investigaciones para la salud y el desarrollo local. Secretaría Distrital de Salud. Julio 31- Agosto 1 de 2014. Bogotá D.C. (Anexo 18).
- Relatoría del panel I. Investigación y desarrollo local, realizada por Samanda Aponte. Memorias del Primer Congreso Distrital de Investigaciones y salud: “Investigaciones para la salud y el desarrollo local”. Secretaría Distrital de Salud. Julio 31- Agosto 1 de 2014. Bogotá D.C. (Anexo 19).
- Código fuente del Sistema de Información para Investigaciones - Espora web 2.0 entregado al área de sistemas.
- Manual de usuario y manual de instalación del Sistema de Información para Investigaciones – Espora.

De acuerdo a lo establecido en la meta, “*Formular e implementar la Política Pública de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud para el Distrito Capital, a 2016*”. Con lo allegado a este ente, no fue posible determinar cómo se ha implementado esta política y de qué manera ha impactado los indicadores de la salud pública en el escenario del Distrito Capital, tampoco se evidencia la realimentación con Empresas Promotoras de salud e Instituciones Prestadoras de Salud del protocolo enunciado.

Solicitamos se nos informe, porqué esta política pública fue tan costosa en la contratación de órdenes de prestaciones de servicios y en que esta contratación apporto al objeto de la meta.

*RESPUESTA: El plan de ciencia, tecnología e innovación para la salud 2012 – 2022 se encuentra publicado en la página web <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/PlanCTI.aspx>. Ha sido socializado en distintos espacios desde octubre de 2012 hasta el 2015. Se realizó una primera socialización a nivel de ciudad donde asistieron diferentes actores de CTI y luego en diferentes escenarios distritales como la academia, otras secretarías, hospitales privados que son líderes en investigación, entre otros.*

*Se acepta la respuesta con la comprobación de la publicación en la página web con lineamientos de política que corresponden a: Gobernabilidad y Gobernanza, Fortalecimiento de Capacidades, Agenda de investigaciones, Apropiación social del conocimiento, Competitividad, desarrollo tecnológico e innovación y Gestión administrativa del proceso. Se retira la observación.*

Equivalentemente, a quienes fue socializado y donde se encuentra publicada, en cuanto al avance semillero, cuántos quieren investigar, cuántas propuestas de investigación se han recibido y qué propuestas hay de acuerdo a lo establecido en

este semillero, identificar cuáles y cuantas son por funcionarios de Secretaria Distrital de Salud y cuantas por funcionarios de las Empresas Sociales del Estado.

Se inició la construcción de un semillero de investigaciones en la SDS, para lo cual se desarrollaron los lineamientos, se realizó convocatoria a las ESE y la SDS para la participación en el mismo y se encuentran tres proyectos:

1. Diagnóstico situacional del proceso de donación órganos y tejidos en la red pública hospitalaria de la ciudad de Bogotá, D. C.
2. Incidencia de la disminución de venta de bebidas alcohólicas en la reducción de mortalidad den Bogotá, D. C.
3. Proyección de la demanda de servicios del programa Crónicos del Hospital San Cristóbal primer nivel de atención.

Se aceptan los soportes presentados sobre el avance de las investigaciones mediante el desarrollo de los proyectos mencionados por la entidad auditada y se retira la observación.

#### **2.4 SEGUIMIENTO A PROYECTO No. 875 “ATENCION A LA POBLACION POBRE NO ASEGURADA”, META UNICA**

Para la evaluación del desempeño de la administración en las vigencias 2012 – 2016, se seleccionó como muestra el Proyecto 875 “ATENCION A LA POBLACION POBRE NO ASEGURADA”, META UNICA: MANTENER LA COBERTURA CON SERVICIOS DE SALUD, A LA POBLACION POBRE Y VULNERABLE NO ASEGURADA DEL DISTRITO CAPITAL.

El resultado del análisis al proyecto y a la meta citado con la información reportada por el sujeto de control, contenida en la carpeta del proyecto y lo que se derive del mismo es el siguiente:

Tabla 16. Marco General del Proyecto 875 Meta Única.

<b>SECTOR:</b>	<b>Salud</b>
<b>PLAN DE DESARROLLO:</b>	PLAN DE DESARROLLO, D. C., 2012 – 2016 “BOGOTÁ HUMANA”
<b>EJE ESTRUCTURANTE</b>	Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo. Salud.
<b>PROGRAMA:</b>	Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la diversidad
<b>META PLAN:</b>	Mantener la cobertura con servicios de salud, a la población pobre y vulnerable no asegurada del D.C.

Fuente: Cuadro elaborado equipo auditor - Información suministrada por la SDS.

El Proyecto tiene por objeto **“ATENCION A LA POBLACION POBRE NO ASEGURADA”, META UNICA: GARANTIZAR LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA LA ATENCION DE LA POBLACION POBRE NO**

**ASEGURADA DEL DISTRITO CAPITAL AL SISTEMA, MEDIANTE LA RECTORIA Y LA GESTION, ASEGURANDO EL ACCESO EFECTIVO A LOS SERVICIOS CON CALIDAD, CALIDEZ Y TRANSPARENCIA..”** Y para la meta única: Mantener la cobertura con servicios de salud, a la población pobre y vulnerable no asegurada del D.C. el presupuesto asignado fue de Un Billón Setenta y dos mil Quinientos cuarenta y un millones de pesos (**\$1.072.541.000.000**).

Tabla 17. Presupuesto Proyecto 875 Meta Única

<b>HORIZONTE REAL DEL PROYECTO [AÑOS]</b>	
<b>AÑO 2012</b>	<b>116.561.519.175</b>
<b>AÑO 2013</b>	<b>326.972.091.939</b>
<b>AÑO 2014</b>	<b>240.247.373.434</b>
<b>AÑO 2015</b>	<b>229.233.457.000</b>
<b>AÑO 2016</b>	<b>159.526.558.452</b>
<b>Total Proyecto</b>	<b>1.072.541.000.000</b>

Fuente: Consolidado Banco Distrital de Programas y Proyectos – Ficha EBI Consolidado 2012-2016.

El cuadro anterior elaborado con información suministrada por la Secretaria Distrital de Salud, evidencia los presupuestos anuales con los que contaba el proyecto en cada una de las vigencias 2012-2016. Si tenemos en cuenta hasta la vigencia 2015 sin referenciar la vigencia 2016, el presupuesto del proyecto 875 fue \$ 913.014.441.548

Tabla 18. Total proyecto - Avance Financiero 2012 – 2015

<b>Años Calendario</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>TOTAL EJECUTADO</b>
<b>TOTAL COSTOS</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2012 - 2015</b>
SGP	44.099.186.525	81.083.544.774	53.705.166.555	18.065.845.386	<b>196.953.743.240</b>
Aportes Patronales	14.178.368.678	65.354.368.672	62.597.356.000	69.060.617.533	<b>211.190.710.883</b>
Rentas cedidas	10.327.096.652	23.224.881.000	23.907.481.000	31.973.973.273	<b>89.433.431.925</b>
Otras Transferencias Nacion	7.404.393.106	2.813.613.944	4.210.801.990	2.351.538.836	<b>16.780.347.876</b>
Aporte ordinario	18.877.487.492	18.291.236.040	24.198.145.852	12.312.159.680	<b>73.679.029.064</b>
Recursos de capital	21.674.986.722	135.200.658.098	69.988.829.657	37.493.586.949	<b>264.358.061.426</b>
Otros Ingresos	0	1.003.789.411	1.639.592.380	956.651.700	<b>3.600.033.491</b>
<b>Total Financiación</b>	<b>116.561.519.175</b>	<b>326.972.091.939</b>	<b>240.247.373.434</b>	<b>172.214.373.357</b>	<b>855.995.357.905</b>

Fuente: Ejecución Presupuestal Proyectos Auditados - Información suministrada por la SDS.

La SDS Secretaria Distrital de Salud – FFDS Fondo Financiero Distrital de Salud hace relación a presupuestos programados y ejecutados, en la vigencia 2015 lo financiado y ejecutado del proyecto fueron \$172.214.373.357. Cuando la financiación disponible para esa misma vigencia según el cuadro 2 fue de \$229.233.457.000, es decir no se ejecutó la totalidad del presupuesto de la vigencia 2015, cosa que si se realizó en las anteriores vigencias 2012-2013-2014 donde se afirma que la ejecución fue del 100%. Si se compara con el cuadro No. 2 elaborado con información suministrada por la SDS se observa que no coincide la información.

Tabla 19. Contratación Proyecto 875

AÑO	2012	2013	2014	2015
<b>Ordenes de prestación de servicio</b>	2.659.974.427	5.197.605.762	6.891.365.873	5.993.146.620
<b>Contratación FFDS con la Red pública y privada</b>	121.349.154.966	231.894.703.144	135.154.227.922	562.379.151.023
<b>Subtotales</b>	124.009.129.393	237.092.308.906	142.045.593.795	568.372.297.643
<b>Total General Pagos al proyecto 875 meta única</b>				1.071.519.329.737

Fuente: Cuadro elaborado equipo auditor - Información suministrada por la SDS.

La SDS Secretaria Distrital de Salud – FFDS Fondo Financiero Distrital de Salud a lo largo de las vigencias 2012-2015 según el cuadro 4, celebros contratos por valor de \$ 1.071.519.329.737 cifra la cual no concuerda con el Presupuesto asignado al proyecto en cada una de las vigencias.

Tabla 20. Informe de Auditoria de Regularidad 2015 Contraloría de Bogotá

No. Proy.	Proyecto Inversión	Código Meta	Descripción de las metas proyectos de inversión	Ponderador Meta	Presupuesto asignado a la meta en pesos	Justificación de la selección	Fecha programada de inicio evaluación	Fecha programada de Terminación evaluación	Seguimiento (Fecha programada y responsable)
875	Atención a la población pobre no asegurada	Meta única	Mantener la cobertura con Servicios de salud a la población pobre y vulnerable, no asegurada del D.C.	Mantener la cobertura	955.722.636.751	Resultado del análisis de la auditoria de regularidad vigencia 2015	18/02/2016	06/04/2016	11/04/2016 JVF, Gerente

Fuente: Cuadro elaborado equipo auditor Contraloría de Bogotá.

En la tabla se evidencia que el equipo auditor de la Contraloría de Bogotá en la auditoria de regularidad 2015, afirma que el presupuesto asignado al proyecto 875 meta única fue de \$ 955.722.636.751. Con lo cual a los cuadros anteriormente

mencionados, se encontró que las cifras en ninguno de los casos son concordantes con la cifra de la auditoría de regularidad 2015.

#### 2.4.1 Hallazgo Administrativo Se retira Hallazgo

### Avances de Gestión y Logros Alcanzados Por Proyecto de Inversión 2012-2015.

El proyecto se localiza en Bogotá D.C., con cubrimiento para las veinte localidades, comprendiendo las zonas urbana y rural y el 100% de la población de la ciudad. Mediante la encuesta Sisben Metodología III del 2015, se han encuestado 3.625.829 personas, de estos identificado que 1.032.971, se encuentran ya afiliados a este régimen y 543.369 aún no lo están; de éstas personas 281.570 estarían posibilitadas para ingresar al régimen subsidiado y 261.799 no podrían ingresar al régimen subsidiado pero podrían ser sujetos de subsidio a la cotización o a otra posibilidad que el gobierno nacional decida al reglamentar sobre la materia.

Tabla 21. Nivel de cumplimiento de la Meta a 2015

NOMBRE O DESCRIPCION	Años del Proyecto / Años Calendario			
	0	1	2	3
	2012	2013	2014	2015
Mantener la cobertura con servicios de salud, a la población pobre y vulnerable, no asegurada, del D.C.	85%	100%	100%	100%

Fuente: Ficha EBI 2015 Proyecto 875 - Información suministrada por la SDS.

De la Tabla 21, se infiere que el cumplimiento de la meta fue optimo, si se tiene en cuenta que el año 0, es el primer año de puesta en marcha del proyecto, su porcentaje de cumplimiento es menor que en comparación a las vigencias 2013-2014-2015.

Tabla 22. Identificación del Grupo Objetivo a 31 de diciembre de 2015.

1. Cuantificación:				
Grupo objetivo	Años del Proyecto / Años Calendario			
	0	1	2	3
	2012	2013	2014	2015
Población a Atender - Para Libre Elección (SISBEN Niveles 1 y 2)- Puntaje superior a 54,86	403.222*	281.570*	166.811*	176.040*

<b>Población Atendida (SISBEN Niveles 1 y 2)- Puntaje superior a 54,86</b>	284.189	221.391**	142.887	142.887
<b>Población Susceptible de atención por demanda – no Pos</b>	119.033	16.042	13.547	10.000
<b>total</b>	806.444	519.003	323.245	328.927

\* Datos susceptibles de modificación teniendo en cuenta la reglamentación de la Ley 1438 de 2011 y subsidios de cotización. Fuente: Dirección Aseguramiento BDUA - FOSYGA, corte a Diciembre de 2014, Maestro Subsidiado SDS, corte 31 de Diciembre de 2014, Proyección población DANE a 2014. Base de datos SISBÉN avalada DNP, Diciembre 2014.

\*\*DATO PRELIMINAR RIPS CON CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2014 Y PROYECTADO A DICIEMBRE 31 DE 2014

\*\*\*Población afiliada que podría demandar servicios NO POS

En la tabla 22, podemos evidenciar a lo largo de las vigencias 2012-2015, que la cifra programada en población a atender, población atendida y población susceptible de atención, varía en su número mostrando un evidente descenso en la población tomada como grupo objetivo con el pasar de las vigencias 2013 – 2014 y 2015, esto si tiene en cuenta que otro proyecto de la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud apuntaba a lograr la cobertura total de afiliación de la población al régimen de salud.

Tabla 23. Población Pobre Atendida no Asegurada: Reporte Número de Individuos Atendidos en la IPS Red Adscrita, Población PPNA-VINCULADA. Periodo: 2011-2014 y 2015 preliminar.

HOSPITAL	2011	2012	2013	2014	2015
	Vinculado	Vinculado	Vinculado	Vinculado	Vinculado
HOSPITAL DE CHAPINERO I NIVEL ESE	9.545	5.540	4.063	3.690	2.736
HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL ESE	15.005	10.515	7.816	5.155	2.774
HOSPITAL DE USME I NIVEL ESE	13.869	10.875	9.238	6.562	4.095
HOSPITAL DEL SUR I NIVEL ESE	39.365	25.268	28.268	25.934	20.836
HOSPITAL NAZARETH I NIVEL ESE	635	612	505	423	318
HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE	21.510	18.297	16.568	13.721	8.369
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE I NIVEL ESE	21.156	14.381	11.735	7.775	4.402
HOSPITAL SAN CRISTOBAL I NIVEL ESE	10.061	7.096	6.231	4.944	2.661
HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL ESE	21.653	18.419	16.423	12.974	9.158
HOSPITAL BOSA II NIVEL ESE	9.797	6.732	5.539	4.925	4.404
HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL ESE	16.485	9.803	10.997	7.894	6.461
HOSPITAL DE ENGATIVA II NIVEL ESE	36.336	24.018	22.129	20.046	14.165
HOSPITAL DE FONTIBON II NIVEL ESE	23.705	11.368	12.508	7.873	3.934
HOSPITAL DE SUBA II NIVEL ESE	36.466	27.992	23.709	19.741	16.232

<b>HOSPITAL MEISSEN II NIVEL ESE</b>	24.483	17.292	13.323	9.666	6.420
<b>HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL ESE</b>	13.074	9.683	7.572	5.808	4.482
<b>HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL ESE</b>	15.798	11.390	8.643	6.568	5.051
<b>HOSPITAL EL TUNAL III NIVEL ESE</b>	12.325	7.910	6.433	5.739	4.414
<b>HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ESE</b>	40.145	42.013	37.352	27.627	21.251
<b>HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL ESE</b>	21.982	17.010	13.206	11.046	8.298
<b>HOSPITAL SANTA CLARA III NIVEL ESE</b>	11.304	7.157	5.905	4.868	4.326
<b>HOSPITAL SIMON BOLIVAR III NIVEL ESE</b>	16.866	12.597	12.567	8.287	6.172
<b>TOTAL</b>	431.565	315.968	280.730	221.266	160.959

\* Fuente: Base de datos RIPS SDS 2010-2014 y 2015 preliminar, población vinculada, desplazada y atenciones no pos (2015 fecha corte de recepción 31 de diciembre de 2015).

\*Fuente: Base de datos RIPS Ministerio de Salud y Protección Social, 2010-2014 y 2015 preliminar, población contributiva y subsidiada (2015 fecha de recepción febrero 01 2016).

De la información de la tabla 23; se evidencia que la Población Pobre Atendida no Asegurada: Reporte Número de Individuos Atendidos en la IPS Red Adscrita, no concuerda con las cifras presentadas en el cuadro 7 donde se hace la identificación del grupo objetivo para el Proyecto 875, si se nota la disminución en el número de atendidos año tras año, debido al proyecto de la Secretaria Distrital de Salud en el cual buscaba ampliar la cobertura de población al régimen de salud, lo cual necesariamente genera que la población pobre no asegurada se disminuya con el paso de las vigencias respectivas.

Tabla 24. Número de Atenciones – Gratuidad en Salud 2012-2015

<b>POBLACION</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>TOTAL</b>
> 65 años	25.672	51.813	114.340	18.540	210.365
< 5 años	7.503	8.901	18.098	2.498	37.000
Discapacidad Severa	20.549	7.763	6.996	415	35.723
<b>TOTAL</b>	<b>53.724</b>	<b>68.477</b>	<b>139.434</b>	<b>21.453</b>	<b>283.088</b>

Fuente: Datos RIPS Dirección de Planeación y facturación bruta no auditada - presentada por ESE e IPS de la red complementaria ante la Dirección de Aseguramiento.

La tabla 24, nos permite evidenciar un aumento injustificado en el número de atenciones de la vigencia 2014, para los tipos de población mayores de 65 años y para los menores de 5 años, los aumentos en relación a las vigencias 2012 y 2013 fueron superiores al 300% en algunos casos. Así mismo, en el caso de la vigencia 2012 en la población con discapacidad severa se atendieron 20.549 personas, bajando en las vigencias siguientes el número de personas atendidas con discapacidad severa hasta menos del 30%. Haciendo evidentes las anomalías en las cifras entregadas por parte de la Secretaria Distrital de Salud, en cuanto al

número de personas atendidas en cada una de las vigencias en los tres tipos de población especial mencionadas.

Tabla 25. Número de Atenciones a Población Pobre no Asegurada 2012-2015

ATENCIONES	2012	2013	2014	2015	TOTAL
POBLACION VICTIMA	214.880	107.994	127.508	139.547	589.929
SUBSIDIADO NO POS	886.384	127.061	116.497	43.864	1.173.806
VINCULADO	2.867.093	2.474.157	1.762.320	1.604.759	8.708.329
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>3.968.357</b>	<b>2.709.212</b>	<b>2.006.325</b>	<b>1.788.170</b>	<b>10.472.064</b>

Fuente: Base de Datos RIPS 31/diciembre: 2012 - 2013 - 2014 - 2015

La disminución de atenciones se ha dado por la Unificación del POSS a mediados del año 2012 por cuanto la facturación de los Hospitales, así mismo la afiliación de los Vinculados tanto al régimen Subsidiado como la transición al régimen contributivo. Según las metas del Plan de Desarrollo Bogotá D.C. 2012-2016, el cumplimiento de la meta fue del 100% según afirma la Secretaria Distrital de Salud, hecho que evidentemente no se dio.

Tabla 26. Población Pobre no Asegurada – Potencial – Proyecto 875

Meta del Plan de Desarrollo para Bogotá D.C. 2012-2016					
Descripción Meta Proyecto 875	POBLACION POTENCIAL SISBENIZADA NO ASEGURADA - PPNA	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Mantener la cobertura con Servicios de salud a la Población Pobre y Vulnerable, no asegurada del D.C.	Encuestados SISBEN - Nivel 1 y 2, No Afiliados.	462.747	260.835	144.858	97.558
	Encuestados SISBEN Que no se pueden afiliar por puntaje Superior 54,86	388.132	247.831	142.887	90.687
	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>850.879</b>	<b>508.666</b>	<b>287.745</b>	<b>188.245</b>
Fuente 2012: Base de datos SISBEN avalada por el DNP, Secretaria Distrital de Planeación con corte a Agosto de 2012 (Vigente a diciembre/2013)					
Fuente 2013: Base de datos SISBEN avalada por el DNP, Secretaria Distrital de Planeación con corte a Agosto de 2013 (Vigente a diciembre/2013).					
Fuente 2014: Base de datos SISBEN avalada por el DNP, Secretaria Distrital de Planeación con corte a octubre de 2014 (Vigente a diciembre/2014).					
Fuente 2015: Base de datos SISBEN avalada por el DNP, Secretaria Distrital de Planeación con corte a noviembre de 2015 (Vigente a diciembre/2015).					

En comparación con la tabla 25, de identificación del grupo objetivo y la tabla 26 del potencial de Población Pobre no Asegurada, podemos evidenciar que las cifras presentadas respecto a la población que se encuentran encuestados en SISBEN en los niveles 1 y 2 y no afiliados. No concuerdan con las cifras de identificación del grupo objetivo. Siendo así, la línea de base del proyecto 875 (100% (173,661 a Mayo 2012) de la población pobre no asegurada cubierta con servicios de salud) y la población objetivo inicial del proyecto no se asemeja y hace caso omiso a la realidad de la población que necesitaba realmente la atención en salud.

#### 2.4.2 *Se retira observación administrativa con posible incidencia disciplinaria.*

Existe un segmento poblacional altamente vulnerable, la población pobre no asegurada, que no está incluida aún en ninguno de los dos regímenes (Contributivo - Subsidiado), que tiene dificultades para acceso de la atención integral en salud con calidad, ocasionado por las barreras de acceso: económicas, geográficas, administrativas, con efectos como fragmentación de los servicios de salud y pérdida de continuidad en la prestación asistenciales a que haya lugar. Así como, atención a la población afiliada al régimen subsidiado que requiere alguna atención no contemplada en el plan de beneficios (no POS) y atención a la población que requiere servicios prestados por Urgencias con IPS No contratadas por la Secretaria Distrital de Salud, Acciones de Tutela, entre otros.

De la tabla, se evidencia un cumplimiento de la meta óptimo, teniendo en cuenta que el año 0, es el primer año de puesta en marcha del proyecto, su porcentaje de cumplimiento es menor en comparación a las vigencias 2013-2014-2015. Según información suministrada por la Secretaria Distrital de Salud, el cumplimiento de la meta y la ejecución fueron del 100%. En la información relacionada con anterioridad se evidencia que esa información no es fidedigna y veraz.

Se evidencio que a lo largo de las vigencias 2012-2015, las cifras de población presentadas varían, mostrando un evidente descenso en la población tomada como grupo objetivo del proyecto 875, con el pasar de las vigencias 2013 – 2014 y 2015, esto si tiene en cuenta que el proyecto 874 meta 1 de la Secretaria Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud busca lograr la cobertura total de afiliación de la población al régimen de salud. Es así como las cifras de población pobre no asegurada se trastocan con el nivel de población que ha venido siendo objeto de afiliación al régimen de salud ya sea contributivo o subsidiado. Lo cual genero doble gasto para Secretaria Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud, ya que las cifras de población pobre no asegurada varían a medida que el proyecto 874 meta 1 avanza en su ejecución.

Es así como la meta única fijada en el proyecto 875 es de un 100% en “*Mantener la cobertura con Servicios de salud a la Población Pobre y Vulnerable, no asegurada del D.C.*”, pero ese 100% no es una cifra exacta, no es palpable, en cuanto avanza el proyecto 874 meta 1, no es posible medir cuantitativamente la meta para poder

afirmar o no, si se cumplió la meta en el proyecto. El avance de un proyecto trastoca la meta del otro, infringiendo así el numeral 8 del artículo 3 de la ley 1437 de 2011 y el artículo 8 de la ley 42 de 1993.

La evidencia que la Población Pobre Atendida no Asegurada: Reporte Número de Individuos Atendidos en la IPS Red Adscrita, no concuerda con las cifras presentadas en el cuadro 6 donde se identifica el grupo objetivo para el Proyecto 875 meta única, se evidencio una notable disminución en los atendidos 2013 – 2014 Y 2015, debido al proyecto 874 Meta 1 de la Secretaria Distrital de Salud en el cual amplio la cobertura de población al régimen de salud, lo cual necesariamente genera que la población pobre no asegurada se disminuya con el paso de las vigencias respectivas.

Se evidencio un injustificado aumento de atenciones vigencia 2014, para tipos de población mayores de 65 años y para menores de 5 años, los aumentos en las vigencias 2012 y 2013 fueron superiores al 300% en algunos casos. Así mismo, en la vigencia 2012 en la población con discapacidad severa se atendió 20.549 personas, bajando ostensiblemente en las vigencias 2013 -2014 y 2015 las personas atendidas con discapacidad severa hasta menos del 30%. Hacen evidentes las anomalías en las cifras entregadas por la Secretaria Distrital de Salud, en cuanto al número de personas atendidas en cada una de las vigencias en los tres tipos de población especial mencionadas.

La disminución de atenciones se ha dado por la Unificación del POSS a mediados del año 2012 por cuanto la facturación de los Hospitales, así mismo la afiliación de los Vinculados tanto al régimen Subsidiado como la transición al régimen contributivo. Según las metas del Plan de Desarrollo Bogotá D.C. 2012-2016, el cumplimiento de la meta fue del 100% según afirma la Secretaria Distrital de Salud, hecho que evidentemente no se dio, infringiendo los artículos 12 y 13 de la ley 42 de 1993.

En comparación con la tabla de identificación del grupo objetivo y del potencial de Población Pobre no Asegurada, podemos evidenciar que las cifras presentadas respecto a la población que se encuentran encuestados en SISBEN en los niveles 1 y 2 y no afiliados. No concuerdan con las cifras de identificación del grupo objetivo. Siendo así, la línea de base del proyecto 875 (100%) 173,661 a Mayo 2012) de la población pobre no asegurada cubierta con servicios de salud) y la población objetivo inicial del proyecto no se asemeja y hace caso omiso a la realidad de la población que necesitaba realmente la atención en salud.

Respecto a las aclaraciones y especificaciones recibidas por parte de la Secretaria de Salud, en la tabla 21 de identificación de grupo objetivo, se aclara que el indicador de la meta esta dado en número de atenciones, teniendo en cuenta que no toda la población potencial demanda servicios de salud en un mismo periodo. Y se da claridad respecto a cada columna de grupo objetivo. De la tabla 22 se infiere con la respuesta recibida que un individuo puede presentar más de una atención

dentro de un mismo periodo, así mismo los individuos de esa tabla no se pueden sumar por las razones que se exponen en el cuadro de respuesta al informe preliminar en lo referido a Gratuidad en Salud. De la tabla 24 se aclaran las fechas de los cortes y las dinámicas de las bases de datos de encuesta SISBEN, así como se justifican los motivos por los cuales no se pueden comparar unas con otras las anteriores tablas ya mencionadas. Si se recomienda hacer una mejor planeación estratégica a la hora de proyectar los proyectos a ejecutar por parte de la Secretaría de Salud.

## 2.5 SEGUIMIENTO A PROYECTO No. 880 “MODERNIZACION E INFRAESTRUCTURA EN SALUD”, EN LO CONCERNIENTE A LA META No. 6 GESTIONAR LA CREACION DEL INSTITUTO DISTRITAL DE NEUROCIENCIAS.

Para la evaluación del desempeño de la administración en las vigencias 2012 – 2016, se seleccionó como muestra el Proyecto 880 “Modernización e Infraestructura en Salud” Meta 6: Gestionar la creación del Instituto Distrital de Neurociencias.

El resultado del análisis al proyecto y a la meta citado con la información reportada por el sujeto de control, contenida en la carpeta del proyecto y lo que se derive del mismo es el siguiente:

Tabla 27. Marco General del Proyecto 880 Meta 6.

SECTOR:	Salud
PLAN DE DESARROLLO:	PLAN DE DESARROLLO, D. C., 2012 – 2016 “BOGOTÁ HUMANA”
EJE ESTRUCTURANTE	Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo. Salud.
PROGRAMA:	Territorios Saludables y Red de Salud para la Vida desde la diversidad
META PLAN:	6. Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias.

Fuente: Cuadro elaborado equipo auditor - Información suministrada por la SDS.

El Proyecto tiene por objeto *“Fortalecer la red pública hospitalaria adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, en los tres niveles de complejidad, mediante la modernización de su capacidad instalada, tecnológica y equipamiento estructural, que permita el mejoramiento de la capacidad resolutive, la competitividad, la sostenibilidad financiera, la amigabilidad ambiental, la humanización en la prestación de los servicios y que favorezca mejores resultados de la prestación de servicios salud.”* Y para la meta 6: Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias, el presupuesto asignado fue de Dos mil Doscientos treinta y ocho millones Ochocientos sesenta y cuatro mil pesos (\$2.238.864.000).

Tabla 28. Presupuesto Proyecto 880 Meta 6

Presupuesto Inicial 2012	Porcentaje de Ejecución 2012	Presupuesto Inicial 2013	Porcentaje de Ejecución 2013	Total Presupuesto Inicial 2012-2015	Porcentaje de Ejecución 2012-2015
39.005.000	0,00%	2.199.859.000	0,00%	2.238.864.000	0,00%

Fuente: Cuadro elaborado equipo auditor - Información suministrada por la SDS.

La tabla anterior, elaborada con información suministrada por la Secretaria Distrital de Salud, evidencia que en las vigencias 2014 y 2015, la meta 6 no obtuvo presupuesto inicial por lo cual su porcentaje de ejecución también fue de cero.

Tabla 29. Copia Matriz Presupuestal 2012 - 2016 Proyecto 880 Meta 6

Código Proyecto de Inversión	Nombre Proyecto de Inversión	Detalle de la Meta	Indicador de la Meta	Línea de Base	Programado 2012	Ejecutado 2012	Programado 2013	Ejecutado 2013	Programado 2014	Ejecutado 2014	Programado 2015	Ejecutado 2015	TOTAL	
880	Modernización e infraestructura en salud	Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias	Actividades desarrolladas para el desarrollo de la primera fase de creación del instituto Distrital de Neurociencias.		0%	2,00%	0,99%	15,00%	4,00%	35,00%	8,20%	40,01%	1,45%	14,64%

Fuente: Ejecución Presupuestal proyectos auditados a la Secretaria Distrital de Salud - Información suministrada por la SDS.

La SDS Secretaria Distrital de Salud – FFDS Fondo Financiero Distrital de Salud hace relación a presupuestos programados y ejecutados en las vigencias 2014 y 2015 con resultados porcentuales superiores a cero. Si se compara con la tabla 31, elaborada con información suministrada por la SDS se observa que no coincide la información.

En las vigencias del periodo comprendido 2012 a 2016, le fueron asignados al Fondo Financiero Distrital de Salud \$2.238.864.000, a la meta 6 del proyecto 880 “Modernización e Infraestructura en Salud” proyecto de inversión inscrito en el

banco de proyectos, el cual con corte a Diciembre de 2015, según la Matriz Presupuestal del Ministerio de Salud en las vigencias 2014 y 2015, si se presentó ejecución presupuestal y las cifras porcentuales de las vigencias 2012 y 2013 no coinciden con las presentadas en el primer cuadro elaborado con información entregada por la Secretaria Distrital de Salud. En este se evidencia que el porcentaje de ejecución en la vigencia 2012 fue de 0% y en 2013 fue 0%, en contraste la Matriz del Ministerio indica que la ejecución de la vigencia 2012 fue del 0,99% y en 2013 fue de 4,00%, además las ejecuciones de 2013 y 2014 fueron 8,20% y 1,45% respectivamente, para un total de 14,64% que claramente es opuesto al 0,0% expresado por parte de la Secretaria Distrital de Salud.

En las vigencias 2012 y 2013 efectivamente los recursos ejecutados fue 0 para cada una de las vigencias. Así mismo en la Matriz SIDAG entregada por la Secretaria Distrital de Salud SDS, esboza que “Presupuesto definitivo para la Meta del Proyecto de Inversión” fue de \$ 0. Así mismo en esa matriz evidencia que la ejecución contractual y presupuestal fue de \$ 0, presentando avance porcentual solamente en la ejecución física (esto si tomamos en cuenta los avances presentados en el Hospital Occidente de Kennedy que se realizaron con recursos propios del Hospital, pero apuntando a la meta de Creación del Instituto Distrital de Neurociencias). Así mismo, en la tabla de Avances de Gestión y logros alcanzados por proyecto de inversión 2012-2015 a 31 de diciembre, elaborada por el Fondo Financiero Distrital de Salud FFDS, muestra los porcentajes de meta programada y meta ejecutada y finalmente una columna de Apropiación de Recursos Definitiva que para las vigencias 2012 a 2015 fue de \$ 0. Lo cual nos permite evidenciar que la meta no conto con recursos en el presupuesto definitivo, es decir, en la misma no se presentaron inversiones.

### Avances de Gestión y Logros Alcanzados Por Proyecto de Inversión 2012-2015.

Para la meta de Neurociencias según la ficha EBI del proyecto de inversión “Implementación Centro de Excelencia en Neurociencias. Fase 1: Epilepsia Bogotá” la población objetivo es 6.440. Así mismo, se remitió proyecto de inversión, hoja de vida de indicador de la meta e informe de avance de la meta (Seguimiento a diciembre proyecto 880 vigencias 2012-2015); no se adjuntan estudios previos y análisis de sector debido a que no se suscribió ningún convenio o contrato con cargo al presupuesto de esta meta.

Tabla 30. Cuantificación de las actividades de la alternativa seleccionada

NOMBRE O DESCRIPCIÓN	Unidad de medida	Años del Proyecto / Años Calendario					Total
		0	1	2	3	4	
		2012	2013	2014	2015	2016	
Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias.							

<b>Elaboración de estudio de factibilidad para la creación del instituto Distrital de Neurociencias,</b>	% de avance	10,00%	15,00%	6,00%	0,00 %	0,00%	31,00%
<b>Gestión de recursos ante otras fuentes de financiación para la creación Instituto Distrital de Neurociencias</b>	% de avance	0,00%	5,00%	10,00%	0,00%	0,00%	15,00%
<b>Desarrollo de la infraestructura y dotación requerida para la creación del Instituto Distrital de Neurociencias</b>	% de avance	1,00%	2,00%	10,00%	4.50%	0%	17,50%

Fuente: Cuadro elaborado equipo auditor - Información suministrada por la SDS.

De las tres actividades con que cuenta la meta, se evidencia que en elaboración de estudios de factibilidad se obtuvo un 31% entre las vigencias 2012 a 2014. La gestión de recursos ante otras fuentes de financiación obtuvo 15% dado en las vigencias 2013-2014 y por último la actividad de desarrollo de la infraestructura y dotación requerida obtuvo 17.50% en las vigencias 2012 a 2015. Cabe mencionar, que no existe claridad sobre el 4,50% de avance en la vigencia 2015 para la actividad 3.

Tabla 31. Avances de Gestión y logros alcanzados por proyecto de inversión 2012-2015 a 31 de diciembre de 2015.

Vigencia	Indicador	Meta Programada	Meta Ejecutada	Apropiación de recursos definitiva	* Recursos comprometidos	Actividades desarrolladas
2012		2%	0,99%	-	-	Volumetría del instituto, programa médico arquitectónico preliminar
2013	Desarrollo de la primera fase de creación del instituto Distrital de Neurociencias (porcentaje de avance)	15%	4%	-	-	Propuesta de especialización de subredes soportadas en unidades especializadas, propuesta del parque tecnológico que incluye centros de excelencia. Reorientación de la meta para articular

						con proyectos de hospitales ya existentes. Se articula con Hospital Kennedy.
2014		35%	8,20%	-	-	Inscripción y aprobación de proyecto Adecuaciones Centro de Excelencia especializados en Epilepsia y Reumatología Hospital Occidente de Kennedy en PBIS 2014-2015.
2015		40,01%	1,45%	-	-	El Hospital Kennedy manifiesta que realizó adecuación al área de epilepsia del hospital.
Total		92,01%	14,64%		-	

\*Línea de Base 0

\*\*Meta 07: Gestionar la creación de un Instituto Distrital de Neurociencias. Fondo Financiero Distrital de Salud. Presentación Proyectos Auditados Contraloría.

En la tabla anterior podemos evidenciar a lo largo de las vigencias 2012-2015, que la meta programada fue del 92,01%, de lo cual se ejecutó tan solo el 14,64%. Así mismo, se efectuó una reorientación de la meta para articular con proyectos de hospitales ya existentes. Como es el caso del Hospital de Kennedy en el cual se realizó una adecuación al área de epilepsia del hospital.

Tabla 32. Diagnostico al Proyecto 880 Meta 6

AVAN CES	El Hospital Occidente de Kennedy inscribió en el Plan bienal de Inversiones en Salud 2014-2015 el proyecto "Adecuaciones centro de excelencia especializados en epilepsia y reumatología Hospital Occidente De Kennedy" en el mes de febrero de 2015 el Hospital manifiesta que en el año 2014 culminaron la adecuación del área especializada en Epilepsia, y que esperan realizar las adecuaciones correspondientes al área de Reumatología en el año 2015.
	Se ha recordado al Hospital Occidente de Kennedy presentar un informe detallado de las obras correspondientes a la adecuación del centro especializado en Epilepsia y Reumatología.
LOG ROS	No se presentan logros en el periodo

<b>RES ULT ADO S</b>	No se presentan resultados en el periodo
<b>DIFI CUL TAD ES Y SOL UCI ONE S</b>	Se le recuerda a la ESE Hospital Occidente de Kennedy mediante correo electrónico y verbalmente presentar informe de las obras correspondientes a la adecuación del centro especializado en Epilepsia y Reumatología, con el fin de registrar el estado del proyecto en los formatos administrados. La ESE manifiesta que responderán a la solicitud realizada.
<b>OBS ERV ACI ONE S</b>	<p>El Ministerio de Salud y la Protección Social con radicado 201323100992381 del 08-08-2013 emitió concepto técnico a la propuesta de ajuste a la red prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. en el que concluye que no se aprueban nuevas infraestructuras y servicios, por tal motivo la Alcaldía Mayor da el lineamiento de articular las obras nuevas de institutos en infraestructuras existentes; el instituto Distrital de Neurociencias se articuló con el proyecto "Centro de Excelencia en Neurociencias del Hospital Kennedy, para la I Fase se contemplan "Adecuaciones centro de excelencia especializados en epilepsia y reumatología Hospital Occidente De Kennedy"</p> <p>No se han asignado recursos para esta meta, el proyecto que está ejecutando el Hospital Occidente de Kennedy se ha financiado con recursos propios de esa entidad. Se deberá tomar decisión por parte de la alta gerencia acerca de las acciones tendientes al cumplimiento de esta meta.</p>

\* Fuente: Cuadro elaborado equipo auditor - Información suministrada por la SDS. Auditoria de Regularidad 2015 Contraloría.

De la información de la tabla, diagnostico podemos evidenciar que efectivamente el Hospital de Kennedy realizo unas adecuaciones al área de Epilepsia del Hospital y que se encuentra pendiente el área de Reumatología.

No se presentaron logros ni resultados durante las vigencias 2012-2016. Así mismo a la fecha no se conoce el informe de las obras correspondientes a la adecuación del centro especializado en Epilepsia y Reumatología.

El Ministerio de Salud y la Protección Social con radicado 201323100992381 del 08-08-2013 emitió concepto técnico a la propuesta de ajuste a la red prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C. en el que concluye que no se aprueban nuevas infraestructuras y servicios, por tal motivo la Alcaldía Mayor da el lineamiento de articular las obras nuevas de institutos en infraestructuras existentes.

#### 2.5.1 *Se retira, observación administrativa con posible incidencia fiscal.*

En las vigencias del periodo comprendido 2012 a 2016, le fueron asignados al Fondo Financiero Distrital de Salud \$2.238.864.000, a la meta 6 del proyecto 880 "Modernización e Infraestructura en Salud" proyecto de inversión inscrito en el banco de proyectos, el cual según el cuadro 4 se observa un porcentaje de ejecución de 31%, 15%, 17,50% en cada una de las 3 actividades respectivamente.

La tabla, nos muestra que se esperaba que el cumplimiento de la meta programada fuese del 92,01% a la largo de las vigencias 2012-2016, pero la meta ejecutada fue del 14,64%, lo cual nos esboza que falta por ejecutar de la meta el 77,37%.

En las observaciones que se anotan en la tabla 35, encontramos que el Ministerio de Salud y Protección Social emitió concepto técnico que concluye que no se aprueban nuevas infraestructuras y servicios, por tal motivo el instituto Distrital de Neurociencias se articuló con el proyecto "Centro de Excelencia en Neurociencias del Hospital Kennedy, para la I Fase se contemplan "Adecuaciones centro de excelencia especializados en epilepsia y reumatología Hospital Occidente De Kennedy".

Si la SDS – FFDS informan que para el proyecto que está ejecutando el Hospital Occidente de Kennedy no se han asignado recursos para esta meta y que este se ha financiado con recursos propios de esa entidad. No se observa en que fueron invertidos los \$2.238.864.000 que le fueron asignados al FFDS para la meta 6 del proyecto 880 “Modernización e Infraestructura en Salud”, si se tiene en cuenta que según la SDS la ejecución total de las vigencias 2012-2015 fue de 0%, pero en la Matriz de Ejecución Presupuestal del Ministerio se evidencia que la ejecución fue del 14,64%.

En las vigencias 2012 y 2013 efectivamente los recursos ejecutados fue 0 para cada una de las vigencias. Así mismo en la Matriz SIDAG entregada por la Secretaria Distrital de Salud SDS, esboza que “Presupuesto definitivo para la Meta del Proyecto de Inversión” fue de \$ 0. Así mismo en esa matriz evidencia que la ejecución contractual y presupuestal fue de \$ 0, presentando avance porcentual solamente en la ejecución física (esto si tomamos en cuenta los avances presentados en el Hospital Occidente de Kennedy que se realizaron con recursos propios del Hospital, pero apuntando a la meta de Creación del Instituto Distrital de Neurociencias). Así mismo, en la tabla de Avances de Gestión y logros alcanzados por proyecto de inversión 2012-2015 a 31 de diciembre, elaborada por el Fondo Financiero Distrital de Salud FFDS, muestra los porcentajes de meta programada y meta ejecutada y finalmente una columna de Apropiación de Recursos Definitiva que para las vigencias 2012 a 2015 fue de \$ 0. Lo cual nos permite evidenciar que la meta no conto con recursos en el presupuesto definitivo, es decir, en la misma no se presentaron inversiones.

## 2.6 PROYECTO 876. REDES PARA LA SALUD Y LA VIDA. META 11.

La Contraloría de Bogotá D.C. como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que el rediseño, reorganización e integración funcional de la Red Pública Hospitalaria, adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, objetivo de la meta once (11), del Proyecto 876 “Redes para la salud y la vida”, no ha cumplido con los principios de eficacia, eficiencia y efectividad.

Revisada la información entregada por la SDS: ***Seguimiento a la implementación de la red pública prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C, año 2014 y Seguimiento a la implementación de la red prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C., corte tercer trimestre de 2015***, no se encuentra evidencia que las evaluaciones y mediciones realizadas den cuenta de una planificación y control conjuntos de las actividades a desarrollar por parte de los hospitales para el cumplimiento de su objeto.

Si bien la meta once (11) del proyecto 876 “Redes para la salud y la vida” estableció dos actividades a saber:

- Diseño y desarrollo del Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de redes de ESE.
- Asesoría y asistencia técnica para el desarrollo de convenios de docencia servicio en función del modelo de atención en salud y de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

Los documentos aportados no permite verificar el cumplimiento de los objetivos en ellas fijados, y mucho menos el alcance de las metas establecidas en términos cantidad, calidad, oportunidad, satisfacción e impacto sobre la población.

En desarrollo del Plan de Auditoría Distrital – PAD vigencia 2016 se practicó evaluación de desempeño SDS, con el fin de establecer si el objetivo de la meta once (11), del Proyecto 876 “Redes para la salud y la vida” se alcanzó.

La ley 1438 de 2011 por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, establece que la prestación de los servicios de salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud (RISS) ubicadas en un espacio poblacional determinado y estas serán el conjunto de organizaciones que prestan o hagan acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda.

Para la conformación de las RISS, las entidades territoriales, municipios, distritos, departamentos y la Nación, según corresponda, en coordinación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, organizarán y conformarán las RISS incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos que presten los servicios acorde con el Plan de Beneficios a su cargo. La implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud APS será la guía para la organización y funcionamiento de la red.

Adicionalmente la ley 1438 de 2011, define la adopción de programa de saneamiento fiscal y financiero. En las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, las cuales deberán someterse a un programa de

saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social y establece que si una Empresa Social del Estado no adopta el programa de saneamiento fiscal y financiero en los términos y condiciones previstos, será causal de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

La ley 1450 del 16 de junio del 2011, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014, en el artículo 156 define el “programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de empresas sociales del estado-ESE”, el cual deberá considerar como mínimo el diagnóstico de la situación de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y del conjunto de la red en cada territorio, incluyendo los componentes de acceso a la prestación de servicios, eficiencia en su operación y sostenibilidad financiera y deberá considerar adicionalmente lo dispuesto en la ley 1438 de 2011, en lo pertinente.

A nivel del desempeño general de las actuales redes de servicios en la ciudad, se evidencia fragmentación entre los distintos niveles y puntos de atención, generando mala utilización de servicios, capacidad instalada subutilizada en algunos casos, sobreutilización de recursos en otros casos.

Por lo anterior, en el año 2013, se trabajó en la actualización de la red prestadora de servicios de salud de Bogotá D.C, en el marco de las dinámicas del sector salud, el cambio en la normatividad vigente frente a la atención de las personas y la prestación de los servicios de salud en red, en el cual se incluyó el ajuste a la red pública de servicios de salud, consistente en cuatro (4) redes territoriales de hospitales públicos para el desarrollo del modelo de atención en salud buscando operar coordinadamente en condiciones de viabilidad empresarial, técnica y financiera, propendiendo la sostenibilidad de las Empresas Sociales del Estado que las conforman, propuesta avalada el 8 de agosto de 2013 por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

En la reorganización de la Red Pública se definieron tres fases para su implementación:

Fase I. Transición: esta primera fase correspondió a la adaptación de las ESE a la nueva organización de la red, a la formulación de planes de mejoramiento institucionales y a la formulación y desarrollo de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) y Planes de Desempeño Institucional Fiscal y Financiero (PDIFF), de acuerdo a la categorización de riesgo fiscal y financiero establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Fase II. Implementación: correspondió al desarrollo de las medidas propuestas, cuyo objetivo garantizar la continuidad en la prestación del servicio público de salud mediante el mejoramiento y restablecimiento de la solidez económica y financiera de la ESE.

Fase III. Seguimiento: corresponde a la observación de los avances del cumplimiento de las medidas previstas y de los indicadores definidos en la propuesta.

En el marco del “Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Prestación de Servicios de Salud”, del Ministerio de la Protección Social, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá establece la conformación de las redes de prestación de servicios, las cuales deben integrar los servicios ofrecidos y proyectados en las ESE Adscritas a la Secretaría Distrital de salud. Lo anterior, en el marco de los principios de accesibilidad, sostenibilidad, integralidad, longitudinalidad, continuidad, efectividad, intersectorialidad y participación social.

En este sentido, la Secretaria Distrital de Salud, para la operación funcional de las 22 Empresas Sociales del Estado, ESE, ha organizado la prestación de servicios de salud en cuatro Subredes (Norte, Sur, Centro Oriente y Sur Occidente), de los 22 Hospitales cinco (5) son de III nivel, ocho (8) de II nivel y nueve (9) de I nivel, distribuidos geográficamente.

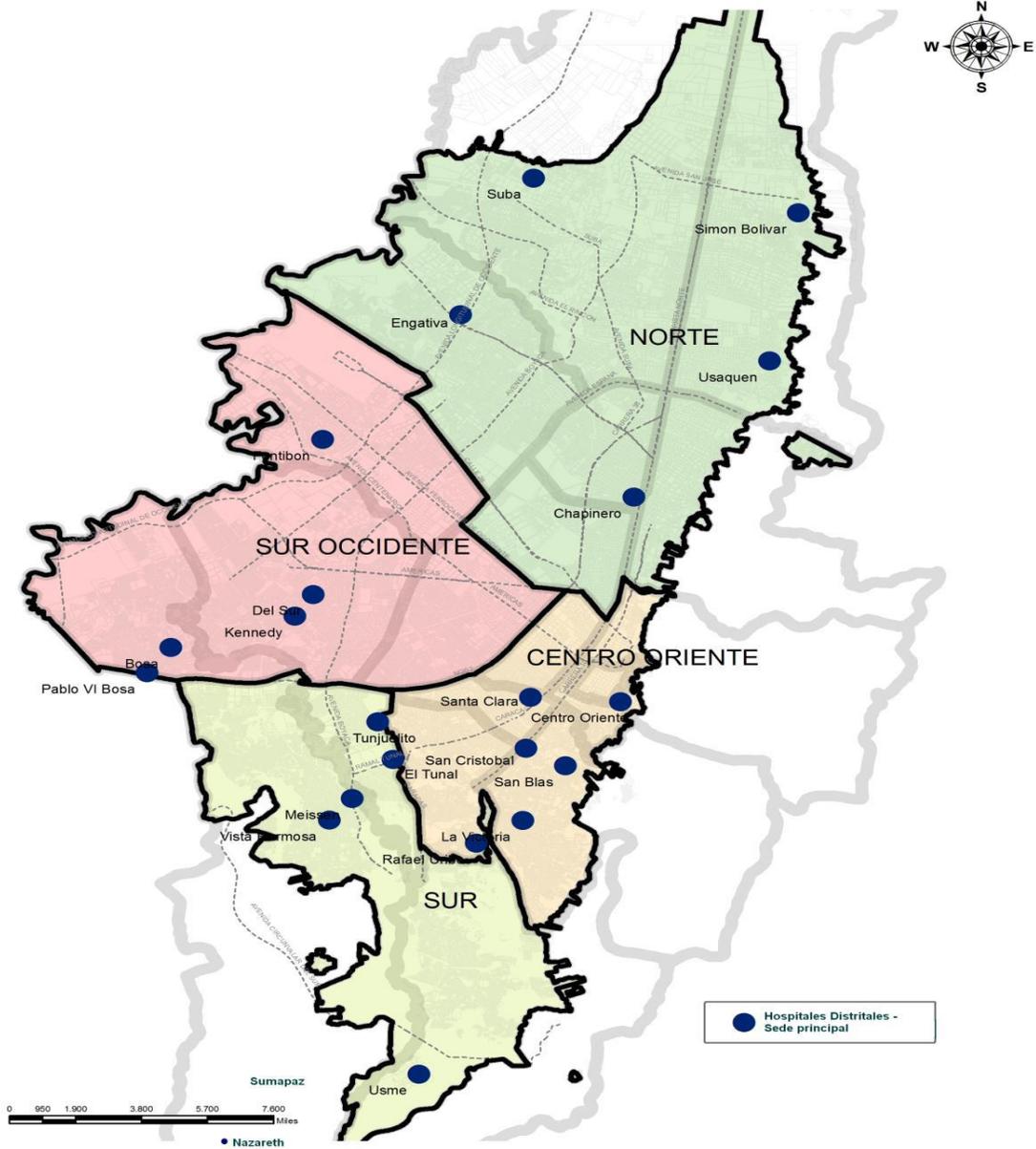
En cada red territorial existe mínimo un hospital de tercer nivel de atención y uno de segundo nivel, que sirven como centros de referencia para la asistencia especializada y complementaria, de la población que es atendida en el nivel primario de atención, haciendo de esta forma presencia en las 20 localidades del Distrito Capital.

Esta organización buscó favorecer la integración entre diferentes niveles de complejidad, incrementar la productividad y disminuir los costos en la atención, aspectos que fueron considerados así mismo en la formulación de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero y en Planes de Desempeño Institucional Fiscal y Financiero de las ESE del Distrito.

Se propuso, igualmente, la especialización de la red pública, así: subred Norte, en atención de personas con VIH, quemados, salud mental y rehabilitación; subred Sur Occidente, en atención de personas en condiciones crónicas, oncología y atención pediátrica supra especializada; subred Sur, en atención de trauma, cirugía compleja y cuidado crítico, atención de pacientes con labio leporino y paladar hendido, y salud mental; y la subred Centro oriente, en la atención materno perinatal y alto riesgo obstétrico, cirugía de tórax y corazón, toxicología.

Para el seguimiento a la implementación de la red, esta Auditoría, considera el análisis de la vigencia 2014 comparada con 2013 y lo consolidado hasta el tercer trimestre del 2015, en los siguientes aspectos: Portafolio de Servicios de Salud, Producción de Servicios, Sistema Integral de Referencia y Contra referencia, y Componente Financiero.

Figura 16. Distribución Geográfica de Redes.



Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Documento de Redes.

## Seguimiento

Cumplimiento implementación de servicios-tipología portafolio Red de Hospitales adscrita a la Secretaria Distrital de Salud, a septiembre de 2015

Tabla. 36. implementación de servicios-tipología portafolio Red de Hospitales adscrita a la Secretaria Distrital de Salud, a septiembre de 2015

SUBRED	HOSPITAL	No. SERVICIOS PORTAFOLIO AVALADO ago-13	No. SERVICIOS PRESTADOS DIOCIEMBRE 2014	No. SERVICIOS PRESTADOS SEPTIEMBRE 2015	% CUMPLIMIENTO DIOCIEMBRE 2014	% CUMPLIMIENTO sep-15
NORTE	SIMÓN BOLÍVAR	180	103	104	64%	63%
	ENGATIVÁ	102	74	73	73%	74%
	SUBÁ	57	77	77	89%	89%
	CHAPINERO	46	32	35	70%	76%
	USÁQUÉN	41	43	44	110%	107%
<b>SUBTOTAL SUBRED NORTE</b>		<b>436</b>	<b>331</b>	<b>336</b>	<b>81%</b>	<b>82%</b>
CENTRO ORIENTE	SANTA CLARA	131	92	92	70%	70%
	LA VICTORIA	102	80	80	78%	78%
	SAN BLAS	78	53	57	71%	73%
	RAFAEL URIBE URIBE	36	37	35	103%	97%
	SAN CRISTÓBAL	33	40	40	121%	121%
	CENTRO ORIENTE	47	47	49	100%	104%
<b>SUBTOTAL SUBRED CENTRO ORIENTE</b>		<b>427</b>	<b>361</b>	<b>363</b>	<b>91%</b>	<b>91%</b>
SUR OCCIDENTE	KENNEDY	147	106	103	72%	71%
	BOSA	65	31	33	48%	49%
	FONTIBÓN	104	66	67	63%	64%
	PABLO VI	40	40	40	100%	100%
	SUR	41	34	35	83%	85%
<b>SUBTOTAL SUBRED SUR OCCIDENTE</b>		<b>400</b>	<b>277</b>	<b>280</b>	<b>73%</b>	<b>74%</b>
SUR	EL TUNAL	136	92	93	68%	68%
	MEISSEN	101	71	71	70%	70%
	TUNJUELITO	76	58	63	76%	83%
	VISTA HERMOSA	39	32	32	82%	82%
	USME	61	38	38	62%	62%
	NAZARETH	29	37	38	128%	131%
<b>SUBTOTAL SUBRED SUR</b>		<b>442</b>	<b>328</b>	<b>336</b>	<b>81%</b>	<b>83%</b>
<b>TOTAL DISTRITAL</b>		<b>1.705</b>	<b>1287</b>	<b>1303</b>	<b>81%</b>	<b>82%</b>

Fuente: SDS. DPSS Bogotá, D.C. 2014, Revisado REPS corte Septiembre 2015 DAEPS SDS

Comparados los datos sobre el número de servicios implementados en la red de Empresas Sociales del Estado ESE, en Bogotá, se encuentra que salvo casos excepcionales de algunos de primer nivel, el grueso de los hospitales públicos no ha logrado implementar el 100% del portafolio de servicios avalado por el Ministerio de Salud.

### Indicadores de gestión:

Tabla 37. Número de consultas externas

<b>AÑO 2013</b>	2.752.079	<b>VARIACIÓN 4,1%</b>
<b>AÑO 2014</b>	2.865.514	

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Sistema de Información CIP V2.0

Si se comparan los datos a Septiembre de 2015 frente al mismo periodo del 2014, se observa:

Tabla 38. Número de consultas externas a Septiembre de 2015

<b>Septiembre 2014</b>	2.123.169	<b>Decrecimiento del 2.56%:</b>
<b>Septiembre 2015</b>	2.070.185	

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Sistema de Información CIP V2.0

## Hospitalización:

Tabla 39. Número de Hospitalizaciones Año 2013 - 2014

<b>AÑO 2013</b>	182.670	<b>Incremento 4.79% del número de egresos</b>
<b>AÑO 2014</b>	191.421	

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Sistema de Información CIP V2.0

Tabla 40. Número de Hospitalizaciones a Septiembre de 2015

<b>Septiembre 2014</b>	144.695	<b>Disminución del 1,33% del número de egresos.</b>
<b>Septiembre 2015</b>	142.794	

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Sistema de Información CIP V2.0

## Cuidados intensivos

Tabla 41. Número de Atención en Cuidados Intensivos Año 2013 - 2014

<b>AÑO 2013</b>	19.863	<b>Incremento del 9,04% del número de egresos.</b>
<b>AÑO 2014</b>		

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Sistema de Información CIP V2.0

Tabla 42. Número de Atenciones en Cuidados Intensivos Septiembre de 2015

<b>Septiembre 2014</b>	16.025	<b>Incremento del 10,3% del número de egresos.</b>
<b>Septiembre 2015</b>	17.682	

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Sistema de Información CIP V2.0

## Partos y cesáreas

Tabla 41. Número de Partos y Cesáreas Año 2013 - 2014

<b>AÑO 2013</b>	30.540	<b>Disminución del 1.36%</b>
<b>AÑO 2014</b>	30.124	

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Sistema de Información CIP V2.0

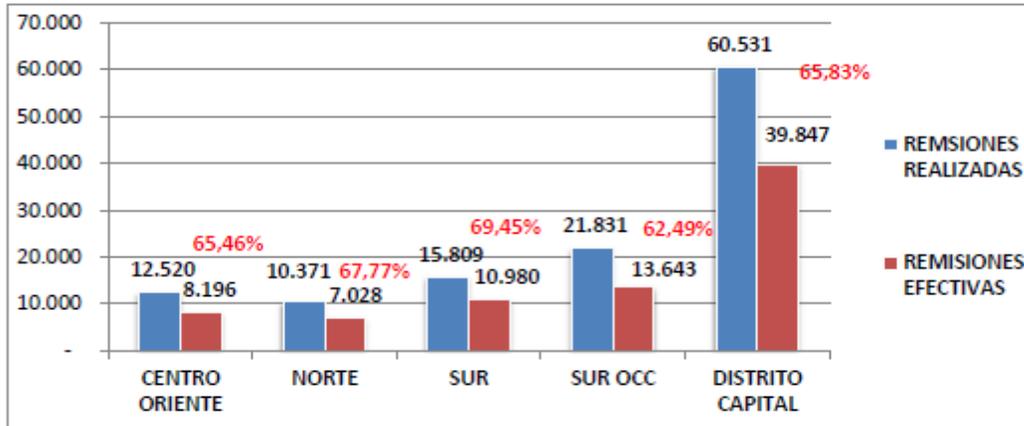
Tabla 42. Número de Partos y Cesáreas Septiembre de 2015

<b>Septiembre 2014</b>	22.767	<b>Descenso del 11.95%</b>
<b>Septiembre 2015</b>	20.336	

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Sistema de Información CIP V2.0

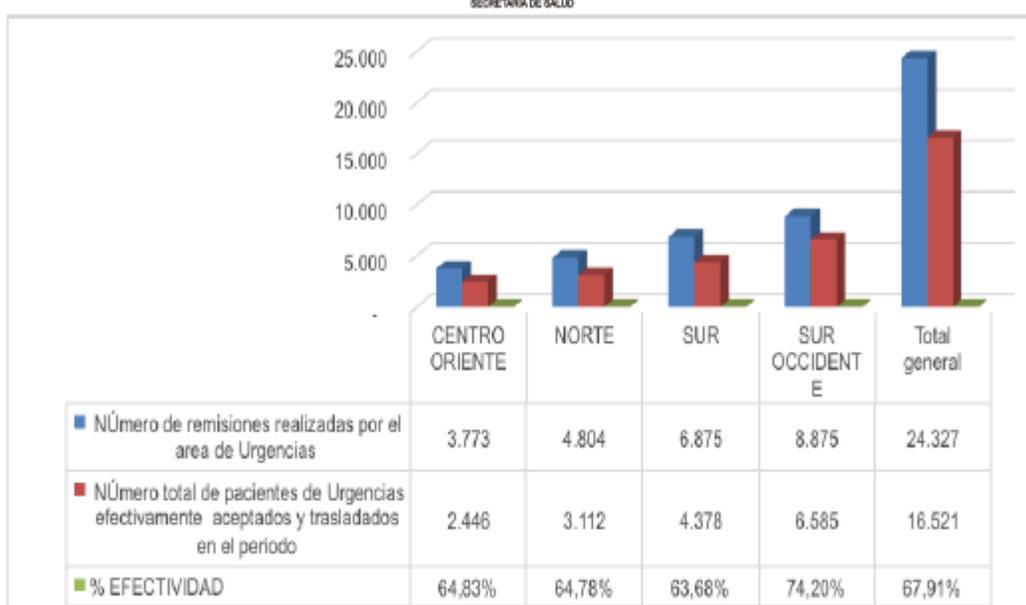
## Referencia y Contrareferencia

Figura 17. Efectividad en la remisión de pacientes desde los servicios de urgencias Bogotá, D.C. 2014.



Fuente: Reporte de Indicadores y Cuadro Resumen de Referentes SIRC de cada una de las 22 ESE adscritas a la SDS

Figura 18. Efectividad en las remisiones Primer semestre 2015



Fuente: Reporte de Indicadores y Cuadro Resumen de Referentes SIRC de cada una de las 22 ESE adscritas a la SDS

Análisis de la gestión financiera de los hospitales

Tabla 43. Gestión Financiera de los Hospitales.

En millones de \$ constantes 2014

Subred	RECONOCIDO			RECAUDADO			COMPROMETIDO		
	2.013	2.014	% VAR 2013 - 2014	2.013	2.014	% VAR 2013 - 2014	2.013	2.014	% VAR 2013 - 2014
NORTE	383.252	\$ 406.412	6%	289.206	315.242	9%	324.174	331.701	2%
CENTRO ORIENTE	377.657	\$ 397.203	5%	296.186	313.995	6%	324.496	337.642	4%
SUR OCCIDENTE	354.330	\$ 366.518	3%	261.861	287.739	10%	281.160	307.540	9%
SUR	381.501	\$ 386.188	1%	271.488	292.479	8%	294.020	329.907	12%
RED PUBLICA D.C.	\$ 1.496.740	\$ 1.555.321	3,9%	\$ 1.118.741	\$ 1.209.455	8,1%	\$ 1.223.850	\$ 1.306.790	6,8%

En millones de \$ corrientes

Subred	RECONOCIDO			RECAUDADO			COMPROMETIDO		
	2.014	2.015	% VAR 2014 - 2015	2.014	2.015	% VAR 2014 - 2015	2.014	2.015	% VAR 2014 - 2015
NORTE	298.654	281.949	-5,0%	200.130	172.457	-13,8%	251.122	282.682	12,6%
CENTRO-ORIENTE	288.476	267.521	-0,4%	188.758	167.960	-11,0%	228.215	251.673	11,2%
SUR-OCCIDENTE	303.364	279.006	-8,0%	213.247	168.457	-21,0%	248.605	274.254	11,2%
SUR	295.111	291.012	-1,4%	207.099	189.497	-8,5%	250.551	283.710	13,2%
RED PUBLICA D.C.	1.163.606	1.119.489	-3,8%	809.234	698.370	-13,7%	974.494	1.092.320	12,1%

Fuente: SIHO Decreto 2193 de 2004 - de 2004 , corte Septiembre. Precios corrientes- Información preliminar corte septiembre 2015.

En el 2015, la Red Distrital de hospitales tuvo una caída del 3,8% de servicios reconocidos por los pagadores; un recaudo inferior en 13,7% y un incremento de los compromisos del 12,1%, lo cual se refleja en una ausencia de liquidez y por ende de equilibrio financiero.

## Ingreso reconocido

Tabla 44. Ingreso Reconocido  
En millones de \$ constantes 2014

RED	LOCALIDAD	NOMBRE ESE	NIVEL	RECONOCIDO		
				2.013	2.014	% VARIACIO 2013 - 2014
SUR	5	HOSPITAL USME	1	\$ 45.109	\$ 46.352	2,8%
	5 - 20 - 19 - 6.	HOSPITAL EL TUNAL	3	\$ 135.668	\$ 120.704	-11,0%
	19	HOSPITAL VISTA HERMOSA	1	\$ 60.162	\$ 69.454	15,4%
	5 - 20 - 19 - 6.	HOSPITAL MEISSEN	2	\$ 91.957	\$ 96.162	4,6%
	20	HOSPITAL NAZARETH	1	\$ 9.776	\$ 9.612	-1,7%
	6	HOSPITAL TUNJUELITO	2	\$ 38.828	\$ 43.903	13,1%
		<b>TOTAL SUBRED</b>		<b>\$ 381.501</b>	<b>\$ 386.188</b>	<b>1%</b>
SUR OCCIDENTE	7	HOSPITAL BOSA	2	\$ 23.116	\$ 20.226	-12,5%
	7 - 8 - 16 - 9	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	3	\$ 134.998	\$ 148.303	9,9%
	ago-16	HOSPITAL DEL SUR	1	\$ 59.685	\$ 56.057	-6,1%
	9	HOSPITAL FONTIBON	2	\$ 59.673	\$ 54.279	-9,0%
	7	HOSPITAL PABLO VI BOSA	1	\$ 76.858	\$ 87.653	14,0%
		<b>TOTAL SUBRED</b>		<b>\$ 354.330</b>	<b>\$ 366.518</b>	<b>3%</b>
NORTE	2 - 13 - 12	HOSPITAL CHAPINERO	1	\$ 19.901	\$ 22.614	13,6%
	1	HOSPITAL USAQUEN	1	\$ 29.354	\$ 30.606	4,3%
	1 - 11 - 10 - 2 - 13 - 12.	HOSPITAL SIMON BOLIVAR	3	\$ 133.934	\$ 148.864	11,1%
	11	HOSPITAL SUBA	2	\$ 113.197	\$ 114.816	1,4%
	10	HOSPITAL ENGATIVA	2	\$ 86.866	\$ 88.512	1,9%
		<b>TOTAL SUBRED</b>		<b>\$ 383.252</b>	<b>\$ 405.412</b>	<b>6%</b>
				<b>\$ 1.496.740</b>	<b>\$ 1.555.321</b>	<b>4%</b>
RED	LOCALIDAD	NOMBRE ESE	NIVEL	RECONOCIDO		
				2.013	2.014	% VARIACIO 2013 - 2014
CENTRO ORIENTE	3 - 14 - 17	HOSPITAL CENTRO ORIENTE	2	\$ 45.226	\$ 44.339	-2,0%
	4 - 18 - 15 - 3 - 14 - 17.	HOSPITAL LA VICTORIA	3	\$ 98.563	\$ 91.597	-7,1%
	4 - 18 - 15 - 3 - 14 - 17.	HOSPITAL SANTA CLARA	3	\$ 107.390	\$ 125.189	16,6%
	4	HOSPITAL SAN CRISTOBAL	1	\$ 38.793	\$ 40.689	4,9%
	18 - 15	HOSPITAL RAFAEL URIBE	1	\$ 44.535	\$ 50.757	14,0%
	4	HOSPITAL SAN BLAS	2	\$ 43.150	\$ 44.633	3,4%
		<b>TOTAL SUBRED</b>		<b>\$ 377.657</b>	<b>\$ 397.203</b>	<b>5%</b>

Fuente. S.I.H.O. 2013-2014. Decreto 2193-2004. Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración DAEPDSS



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

RED	LOCALIDAD	NOMBRE ESE	NIVEL	RECONOCIDO		
				2.014	2.015	% VARIACIO 2014 - 2015
SUR	5	HOSPITAL USME	1	\$ 34.684	\$ 34.908	0,6%
	5 - 20 - 19 - 6.	HOSPITAL EL TUNAL	3	\$ 89.608	\$ 100.083	11,7%
	19	HOSPITAL VISTA HERMOSA	1	\$ 52.433	\$ 49.929	-4,8%
	5 - 20 - 19 - 6.	HOSPITAL MEISSEN	2	\$ 78.226	\$ 54.558	-30,3%
	20	HOSPITAL NAZARETH	1	\$ 6.958	\$ 8.766	26,0%
	6	HOSPITAL TUNJUELITO	2	\$ 34.745	\$ 33.705	-3,0%
		<b>TOTAL SUBRED</b>		<b>\$ 296.654</b>	<b>\$ 281.949</b>	<b>-5,0%</b>
SUR- OCCIDENTE	7	HOSPITAL BOSA II NIVEL	2	\$ 15.757	\$ 13.827	-12,2%
	7 - 8 - 16 - 9	HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY	3	\$ 104.365	\$ 109.983	5,4%
	ago-16	HOSPITAL DEL SUR	1	\$ 41.846	\$ 40.748	-2,6%
	9	HOSPITAL FONTIBON	2	\$ 41.626	\$ 40.222	-3,4%
	7	HOSPITAL PABLO VI BOSA	1	\$ 64.882	\$ 62.740	-3,3%
		<b>TOTAL SUBRED</b>		<b>\$ 268.476</b>	<b>\$ 267.521</b>	<b>-0,4%</b>
NORTE	2 - 13 - 12	HOSPITAL CHAPINERO	1	\$ 17.120	\$ 21.683	26,7%
	1	HOSPITAL USAQUEN	1	\$ 23.431	\$ 21.871	-6,7%
	1 - 11 - 10 - 2 - 13 - 12.	HOSPITAL SIMON BOLIVAR	3	\$ 118.721	\$ 99.573	-16,1%
	11	HOSPITAL SUBA	2	\$ 76.232	\$ 79.706	4,6%
	10	HOSPITAL ENGATIVA	2	\$ 67.861	\$ 56.173	-17,2%
		<b>TOTAL SUBRED</b>		<b>\$ 303.364</b>	<b>\$ 279.006</b>	<b>-8,0%</b>
CENTRO- ORIENTE	3 - 14 - 17	HOSPITAL CENTRO- ORIENTE	2	\$ 32.223	\$ 32.585	1,1%
	4 - 18 - 15 - 3 - 14 - 17.	HOSPITAL LA VICTORIA	3	\$ 69.488	\$ 72.201	3,9%
	4 - 18 - 15 - 3 - 14 - 17.	HOSPITAL SANTA CLARA	3	\$ 95.176	\$ 92.385	-2,9%
	4	HOSPITAL SAN CRISTÓBAL	1	\$ 30.601	\$ 30.020	-1,9%
	18 - 15	HOSPITAL RAFAEL URIBE	1	\$ 39.193	\$ 33.678	-14,1%
	4	HOSPITAL SAN BLAS	2	\$ 28.430	\$ 30.143	6,0%
		<b>TOTAL SUBRED</b>		<b>\$ 295.111</b>	<b>\$ 291.012</b>	<b>-1,4%</b>

Fuente: SIHO Decreto 2193 de 2004 - corte Septiembre. Precios corrientes - Información preliminar corte septiembre 2015.

En el último cuatro al compararse los periodos de Enero a Septiembre se observa que hubo un ingreso reconocido, entendido este como las ventas de servicios facturados con derecho a ser exigido su pago, de la Red Distrital, en 2014, de \$ 1.163.605 millones de pesos y para 2015 \$ 1.119.488, mostrando una caída de 3,79%.

Ingreso recaudado

Tabla 45. Ingreso Recaudado

En millones de \$ constantes 2014

SUBRED	RECAUDADO		
	2.013	2.014	% VARIACION 2013 - 2014
SUR	271.488	292.479	7,7%
SUR OCCIDENTE	261.861	287.739	9,9%
NORTE	289.206	315.242	9,0%
CENTRO ORIENTE	296.186	313.995	6,0%
TOTAL RED DISTRITAL	1.120.754	1.211.469	8,1%

Fuente: S.I.H.O. 2013-2014. Decreto 2193-2004. Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración DAEPDSS

SUBRED	RECAUDADO		
	2.014	2.015	% VARIACION 2014 - 2015
SUR	200.130	172.457	-13,8%
SUR-OCCIDENTE	188.758	167.980	-11,0%
NORTE	213.247	168.457	-21,0%
CENTRO-ORIENTE	207.099	189.497	-8,5%
TOTAL RED DISTRITAL	809.234	698.370	-13,7%

Fuente: SIHO Precios corrientes - Información preliminar corte septiembre 2015 Decreto 2193 de 2004 - de 2004 corte Septiembre de 2015.

La caída en los recaudos efectivos, indica un crecimiento en la cartera por cobrar que se puede tornar en de Dudosos recaudo o incobrable si como en el caso bogotano, los pagadores respectivos entran en proceso de liquidación.

Tabla 46. Gasto comprometido

SUBRED	COMPROMETIDO		
	2.013	2.014	% VARIACIO 2013 - 2014
SUR	294.020	329.907	12,2%
SUR OCCIDENTE	281.160	307.540	9,4%
NORTE	324.174	331.701	2,3%
CENTRO ORIENTE	324.496	337.642	4,1%
TOTAL DISTRITAL	1.223.850	1.306.790	6,8%

Fuente. S.I.H.O. 2013-2014. Decreto 2193-2004. Ministerio de Salud y Protección Social.

SUBRED	COMPROMETIDO		
	2.014	2.015	% VARIACIÓN 2014 - 2015
SUR	251.122	282.682	12,57%
SUR-OCCIDENTE	226.215	251.673	11,25%
NORTE	246.605	274.254	11,21%
CENTRO-ORIENTE	250.551	283.710	13,23%
TOTAL DISTRITAL	974.494	1.092.320	12,09%

Fuente: SIHO Decreto 2193 de 2004 - corte Septiembre. Precios corrientes -Información preliminar corte septiembre 2015

Tabla 47. Equilibrio recaudo versus compromisos

En millones de pesos corrientes

SUBRED	DIFERENCIA RECAUDADO - COMPROMETIDO		
	2.013	2.014	% VARIACIO 2013 - 2014
SUR	- 22.531	- 37.429	66%
SUR OCCIDENTE	- 19.299	- 19.801	3%
NORTE	- 34.968	- 16.459	-53%
CENTRO ORIENTE	- 28.310	- 23.647	-16%
TOTAL DISTRITAL	- 105.109	- 97.335	-7%

Fuente. S.I.H.O. 2013-2014. Decreto 2193-2004. Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración DAEPDSS

SUBRED	DIFERENCIA RECAUDADO - COMPROMETIDO		
	2.014	2.015	% VARIACIÓN 2014 - 2015
SUR	-50.993	- 110.226	-116%
SUR-OCCIDENTE	- 37.457	- 83.713	-123%
NORTE	- 33.358	-105.797	-217%
CENTRO-ORIENTE	-43.452	- 94.213	-117%
TOTAL DISTRITAL	- 767.394	-902.822	-17,6%

Fuente: SIHO Decreto 2193 de 2004 - corte Septiembre. Precios corrientes - Información preliminar corte septiembre 2015

La información del Equilibrio recaudo versus compromisos indica que con lo efectivamente recaudado por la venta de servicios no es posible financiar los compromisos presupuestales del conjunto de Hospitales Públicos del Distrito.

### 2.6.1 Hallazgo Administrativo

La estructuración de la Red mantiene el número de Empresas Sociales del Estado (22), ofreciendo cobertura en las 20 localidades que componen el Distrito Capital. La nueva tipología brinda claridad sobre el portafolio de servicios que se ofrece según el nivel de complejidad de los hospitales, pero estos no han sido implementados en su totalidad.

El no cumplimiento en la puesta en oferta del 100% de los servicios se explica por la programación definida para la puesta en funcionamiento de la Red, que aplazaba en el tiempo la implementación en cada ESE de diferentes servicios para dar cumplimiento a las medidas de los Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero (PSFF) y los Planes de Desempeño Institucional Fiscal y Financiero (PDIFF), a los que se sometieron algunos hospitales.

Tal situación fue subsanada a través de acuerdos de Red, suscritos entre los hospitales de diferente nivel, que permitían la subsidiariedad y complementariedad para que servicios no ofertados por uno fueran provistos por otro de mayor complejidad lo cual derivó en la congestión de los servicios de Urgencias de los Hospitales Referentes.

La ausencia de una mayor profundización del sentido de Red, entre los administradores de los diferentes Hospitales que las componen, no ha permitido que la estrategia de atención integral en el seno de la Red, alcance el nivel necesario tanto con el diseño de una ruta de atención oportuna, accesible y mejorada como adecuada a cada situación que la demanda. Se evidencia la sobre demanda de los servicios de UCI y Hospitalización en unos hospitales de mayor complejidad,

mientras en otros de similar condición se da subutilización de estas áreas; o la utilización por encima del 100% del servicio de consulta interna en otros.

No hay estandarización de procesos como RED. Las diferentes ESE, con criterios distintos, agrupan las unidades operativas del Plan de Intervención Colectiva (PIC), dificultando una medición de la eficiencia al ser imposible la evaluación con un mismo indicador, de hospitales que realizan actividades distintas.

El crecimiento de la cartera, el aumento de la mayor a 360 días, la presencia de glosas por parte de los pagadores y los errores de facturación que impiden cuentas de cobro 100% exigibles, ponen en riesgo la operatividad de los Hospitales por falta de liquidez, a la par que “inflan” los balances con cuentas por cobrar de entidades en liquidación.

La falta de una mayor coordinación en el seno de la RED impide tanto una contratación con los pagadores en similares condiciones, la determinación de topes de cartera para su reembolso y el eficiente proceso de facturación.

Los documentos revisados, no informan de la existencia de contratos o articulaciones entre las ESE que componen la RED, para gestionar la compra de insumos de manera conjunta que posibiliten la realización de economías de escala, y sí existe tal mecanismo, no se evidencian las ventajas obtenidas y su impacto benéfico sobre las finanzas de los hospitales.

Una consulta al Informe de Auditoria Modalidad de Desempeño realizado por la Contraloría de Bogotá D.C, en junio de 2015, a la Administradora Pública Cooperativa APC Salud Bogotá, entidad creada bajo autorización del Concejo de Bogotá en 2009, constituida en 2011 por 10 ESE distritales como socias fundadoras y que entró en funcionamiento en noviembre de 2014, y cuyo objeto era *“Aunar esfuerzos para promover la adquisición de medicamentos con economía de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, con el apoyo de la Administradora Pública cooperativa Salud Bogotá”*, indica que es muy bajo el porcentaje de compras de medicamentos que los hospitales realizan utilizando este mecanismo conjunto, obteniendo del mercado los insumos mediante compras individuales.

Lo anterior indica la ausencia de una planeación conjunta de los hospitales que conforman la RED, tanto para el diseño y oferta de su portafolio, como para el manejo de sus recursos de manera concertada.

## 2.7 PROYECTO No. 881 AMPLIACION Y MEJORAMIENTO DE LA ATENCION PREHOSPITALARIA.

2.7.1 Hallazgo Administrativo con Presunta Incidencia Disciplinaria. (Se retira de la auditoria toda la evaluación de este proyecto para posterior pronunciamiento de la Contraloría de Bogotá).

## 2.8 PROYECTO 885 SALUD AMBIENTAL META 1

***“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”,.*”**

**Indicador:** Porcentaje del Diseño e implementación de un sistema de vigilancia para la identificación del impacto en salud asociada a la exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales.

**Fórmula:** Número de acciones realizadas en el mes / Número de acciones que debe realizar en el mes

**Línea de Base:** No hay

Según el anexo operativo del año 2012, el propósito de este trabajo es establecer los niveles de concentración de los metales pesados Pb y Hg a través de la valoración de marcadores biológicos en población general no expuesta a fuentes de riesgo directas, de cara a proporcionar niveles de referencia de exposición ambiental en la ciudad de Bogotá y poder hacer un acercamiento al impacto en la salud y a las variables que se asocian con la presencia de estos metales en la población con particular interés en la fuente de exposición y las características socio demográficas de la población.

El cual se mantiene hasta el año 2015, donde el propósito cambia a dar continuidad a la implementación del sistema de vigilancia epidemiológica para la identificación del impacto en salud asociado a la exposición crónica a bajas dosis de mercurio y plomo presentes en el ambiente avanzando en la caracterización de las variables que se asocian con la presencia de estos metales en la población con particular interés en la fuente de exposición y las características socio demográficas de la población, brindando así una herramienta que permita orientar las políticas y toma de decisiones frente a medidas de intervención en pro de reducir la exposición y mejorar las condiciones de salud de los habitantes de la ciudad.

*No se está insinuando el cambio del propósito de la meta, simplemente se describe como ha sido su comportamiento a través de la línea histórica y como ha cambiado el mismo desde el año 2012 a 2015, no es una observación.*

**Tabla 1. Disponibilidad y Ejecución de Recursos Presupuestales Meta 1. Proyecto 885. Periodo 2012 – 2015**

AÑO	ACTIVIDAD	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	EJECUCION PRESUPUESTAL	GIROS
2012	Desarrollo de la metodología para el diseño de un sistema de vigilancia para la identificación del impacto en salud asociado a la exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales pesados	157.173.179,00	157.173.179,00	90.343.143,29
<b>TOTAL PRESUPUESTO 2012</b>		157.173.179,00	157.173.179,00	90.343.143,29
2013	Desarrollo de la metodología para el diseño de un sistema de vigilancia para la identificación del impacto en salud asociado a la exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales pesados	347.335.248	347.335.248	210.530.284
2013	Implementación y seguimiento del Sistema de Vigilancia en las 3 unidades centinelas definidas (exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales pesados)	21.676.347	21.676.347	15.419.087
<b>TOTAL PRESUPUESTO 2013</b>		<b>369.011.596</b>	<b>369.011.596</b>	<b>225.949.371</b>
2014	Desarrollo de la metodología para el diseño de un sistema de vigilancia para la identificación del impacto en salud asociado a la exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales pesados	160.789.092	160.789.092	89.327.789
2014	Implementación y seguimiento del Sistema de Vigilancia en las 3 unidades centinelas definidas (exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales pesados)	119.031.396	119.031.396	98.954.161
<b>TOTAL PRESUPUESTO 2014</b>		<b>\$279.820.488,00</b>	<b>\$279.820.488,00</b>	188.281.950

2015	Desarrollo de la metodología para el diseño de un sistema de vigilancia para la identificación del impacto en salud asociado a la exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales pesados	26.034.682	26.034.682	26.034.682
	Implementación y seguimiento del Sistema de Vigilancia en las 3 unidades centinelas definidas (exposición crónica a bajas dosis de mercurio y otros metales pesados)	234.312.140	234.312.140	174.815.117
<b>TOTAL PRESUPUESTO 2015</b>		<b>260.346.822</b>	<b>260.346.822</b>	200.849.799
<b>TOTAL PRESUPUESTO 2012 - 2015</b>		1.066.352.084,7 1	1.066.352.084,7 1	504.574.464,40

FUENTE: Matriz 885. Ejecución Presupuestal Proyectos Secretaría Distrital de Salud.

### 2.8.1 Hallazgo Administrativo se retira las Presuntas Incidencias Fiscal e incidencia Disciplinaria

El Decreto 3518 de 2006, tiene por objeto “crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA-, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva”

Desde el punto de vista técnico, el diseño de un protocolo para la vigilancia de un evento de interés en salud pública no escapa a los principios de la planificación integral y requiere del conocimiento del contexto donde operará, la definición de los procedimientos propios de su funcionamiento, la definición de las estrategias para su implementación y dejar explícitos y estandarizados los métodos para evaluar tanto su implementación como su operación y alcance de objetivos, lo cual se ve en el documento marco realizado dentro de la fase de planeación del mismo, pero su Justificación que se encuentra en el Capítulo 2. De este documento, señala “En Bogotá, durante el periodo 2009 – 2011 la Secretaría Distrital de Salud (SDS) a través de sus operadores en las localidades de Usme y Ciudad Bolívar realizó investigaciones exploratorias y de campo frente a la determinación de mercurio (Hg) a través de marcadores biológicos en usuarios de acueductos comunitarios en los cuales se ha encontrado la presencia intermitente de mercurio en niveles por encima de los establecidos como máximos permisibles para consumo humano según la resolución 2115 de 2007. Los resultados de los estudios realizados no fueron concluyentes frente a



CONTRALORÍA  
DE BOGOTÁ, D.C.

*establecer una relación directa entre la presencia intermitente del mercurio en el agua, la presencia de Hg en marcadores biológicos de la población estudiada y los posibles impactos en la salud.*

*Sin embargo se prende una alarma frente a la necesidad de identificar las fuentes de exposición ambiental al Hg, establecer los impactos en la salud de la población y evaluar si los niveles de Hg encontrados en los participantes de los estudios realizados responden a una problemática de la zona o si estos niveles son los normales comparados con la población general de la ciudad como resultado de la manifestación de las respuestas de un sistema natural sometido a profundas e históricas transformaciones en sus elementos estructurales y funcionales”.*

Lo que indica, que la base de la ejecución de este diseño e implementación del Protocolo, fue por una alarma, mas no por un estudio de la trazabilidad de los diferentes análisis en situación en salud del Distrito Capital, en cuanto al comportamiento de la prevalencia e incidencia de las principales causas de morbimortalidad y cuyo diagnósticos permiten establecer su relación con el medio ambiente y así priorizar la ejecución del mismo, de acuerdo con lo establecido en el Decreto 3518 de 2006, “ARTÍCULO 9°.\_ 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 h) Realizar el análisis de la situación de la salud de su área de influencia, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia en el área de su jurisdicción.”

“ARTÍCULO 37.- COMITÉS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA. 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. Cuando la especificidad del tema a tratar por parte del Comité así lo requiera, se podrá invitar a participar a expertos en las áreas temáticas, quienes tendrán voz, pero no voto. PARÁGRAFO 1°.\_ 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. PARÁGRAFO 2°.\_ las entidades administradoras de planes de beneficios de salud, instituciones prestadoras de servicios de salud y organismos de los regímenes de excepción, deberán constituir comités de vigilancia en salud pública institucionales para el análisis y difusión de la información de vigilancia en salud pública de su competencia.”

“ARTÍCULO 38.- FUNCIONES. Los Comités de Vigilancia en Salud Pública Departamentales, Distritales y Municipales, cumplirán con las siguientes funciones: a) 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. b) Asesorar y apoyar a la autoridad sanitaria territorial en la adopción, implementación y

*evaluación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, de acuerdo con los lineamientos señalados por el Ministerio de la Protección Social. c) Recomendar la formulación de planes, programas y proyectos destinados a garantizar la gestión y operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública en su jurisdicción. d) Asesorar a la autoridad sanitaria territorial sobre la investigación en salud que se deba realizar de acuerdo a las prioridades y lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.”*

En la elaboración de un protocolo de vigilancia, se debe tener en cuenta, además, la historia natural de la enfermedad y se debe identificar los factores implicados en el desarrollo del evento y cuáles son los mejores métodos para obtener datos.

En consecuencia, es necesario considerar entre una gama de opciones cuáles serían los métodos más adecuados para recolectar, procesar, analizar, interpretar, divulgar, comunicar datos e información y para establecer los canales mediante los cuales se apoyen las decisiones y acciones para la práctica de la salud pública.

La planeación, selección y concertación de estos métodos son fundamentales para la implementación y sostenibilidad de la vigilancia de un evento puesto que se a) estandarizan los procedimientos para vigilar un evento en un territorio, b) tiende a mejorar la calidad y uso de los datos, c) contribuye con un diseño más acorde con el contexto, d) explicitan aspectos necesarios para la implementación, e) establece el control de ejecución y desempeño del sistema y f) determinan los indicadores para la evaluación del sistema.

Dentro del documento marco, no se evidencia la revisión de los análisis en situación en salud, curvas de morbimortalidad, prevalencia, entre otros que demuestren cuán justificado está la realización de esta investigación; no demuestra por qué la evidencia disponible no es suficiente, ni presenta los causas biológicas, epidemiológicas, de adherencia o tratamiento u otras que puedan explicar, eventualmente la importancia del estudio en la población del Distrito Capital; el argumento de que el estudio no ha sido realizado, no es válido ya que las razones no son suficientemente fuertes que sugieran la extrapolabilidad de los resultados, no se relaciona la investigación con las prioridades del Distrito, no se han difundido los resultados obtenidos ni se han utilizado en beneficio de la comunidad.

En las pruebas diagnósticas, no se describen sus características operativas de sensibilidad y especificidad y si estas son extrapolables de acuerdo a la prevalencia de la enfermedad en el Distrito. Igualmente, en la justificación de esta investigación no se presentan las estrategias a tener en cuenta para reducir o eliminar aquellas circunstancias que puedan llevar a crear factores de confusión en los resultados, cuáles son los controles de validación de los instrumentos y del control de los mismos en su ejecución, no se encuentra descrito cómo se elaboraron los formatos de recolección de datos, ni la guía de diligenciamiento, ni tampoco se pudo constatar cuáles fueron los procesos de entrenamiento para los recolectores de esta información, revisar la estrategia de análisis de los resultados, dónde se debe indicar los modelos estadísticos y las técnicas que se proponen, ya que esta

estrategia debe ser establecida previamente y no según los resultados, que permiten un error frecuente de acomodar el análisis a los desenlaces y esto puede introducir sesgos, igualmente se deben establecer cómo van a ser presentados estos datos (tablas, histogramas, gráficos, etc).

Se aclara que el proceso auditor no solo se basó en el documento marco o anteproyecto que como ustedes bien lo dicen soporto el desarrollo de la investigación, sino que realizo revisión de los cuatro protocolos de vigilancia entregados, pero como soporte del desarrollo de investigación es la línea base del desarrollo e implementación del mismo y el cual con lo expuesto por ustedes no demuestra que su diseño haya sido diferente a lo planteado como una alarma, no se allega por parte de la Secretaria Distrital de Salud soportes que desvirtúen lo contrario, igualmente es de tener en cuenta y como ya se dijo Bogotá no se puede comparar con otros municipios, ni en el contexto internacional, sino que cuenta con aspectos y problemáticas inherentes al desarrollo de la ciudad, pero en ninguna parte de su respuesta se encuentra demostrado a través de información de tipo epidemiológico que demuestre la posible prevalencia y/o incidencia y/o morbimortalidad de esta problemática que permita de alguna manera sustentar la priorización de esta investigación. Como línea base el anteproyecto debe contar con la suficiente justificación que no permita generar dudas o confusiones en el desarrollo del estudio de investigación y que cuando sea revisado por cualquier persona no genere este tipo de dudas.

Adicionalmente, ustedes en su respuesta lo resaltan como que la investigación en salud, es una herramienta que permite generar evidencia científica, pero más adelante mencionan que deben disponer de evidencia científica que ratifique la existencia de un riesgo de exposición a mercurio.

Se puede inferir, de acuerdo con lo allegado a este Ente de Control, que no existió gestión que mostrara extrapolabilidad de los datos obtenidos y que crearan un impacto real en la comunidad de Bogotá, ya que no se evidencia interrelación con otras dependencias y líneas como la de alimentos sanos y seguros, actividad física, seguridad alimentaria y nutricional, SISVAN, comunicaciones (redes sociales), entre otros; donde se socialicen los resultados obtenidos y se informe a la comunidad que los hábitos alimenticios coadyuvan y posiblemente causan la intoxicación por metales pesados, mercurio principalmente, de acuerdo a los resultados obtenidos y se informe qué alimentos como los pescados (bagre, bocachico ....) contienen estos elementos y se debe evitar su consumo, con el fin de evitar posibles intoxicaciones, las cuales, se debe tener en cuenta son acumulativos.

Es claro para este ente de control que el objetivo de la investigación no era establecer la asociación con alimentos, pero lo que llamo la atención de este ente de control es que si se encontró el riesgo de posible intoxicación por consumo de ciertos alimentos no se socializo, igualmente le extraña a este ente de control la respuesta emitida en este aspecto en cuanto a que no se ha socializado porque se encuentra en la fase de implementación y no de socialización, es decir, que si se

identifica un riesgo que puede llegar a presentar un evento de interés en salud pública no se socializa hasta que se llegue el momento de su socialización?, Entonces donde está la promoción y la prevención. Adicionalmente no se allegan soportes que demuestren los aportes técnicos en la construcción del protocolo por otras instituciones, ni por otras áreas de la Secretaría Distrital de Salud.

Adicionalmente, no se observa ningún trabajo efectuado por la Secretaría Distrital de Salud de adhesión, por parte de los médicos de las diferentes instituciones prestadoras de salud, con estos protocolos ni hubo socialización de los resultados con los mismos, que les permitan diferenciar intoxicaciones por metales pesados, a través de exámenes paraclínicos (biomarcadores) que permitan establecer la verdadera incidencia de esta intoxicación, igualmente, son ellos una parte importante en la socialización de crear hábitos de consumo de pescados diferentes a los ya establecidos por la investigación como posibles causantes de intoxicación por metales pesados, pero de la cual no tienen conocimiento. Como se observa en el acta de visita fiscal, no existen ni se soportaron notificaciones diferentes a las establecidas en el proyecto de investigación, por Unidades Primarias Generadoras del dato UPGDs, diferentes a la unidad centinela ubicada en el CAMI Olaya, durante la vigencia 2012 – 2015, que soporte que la comunidad de salud lo vea como un evento de importancia en salud pública.

Se muestra que la difusión de los resultados y recomendaciones se ha realizado por diferentes medios y estrategias, las cuales van principalmente dirigidas a la comunidad educativa y científica de la ciudad y no a la comunidad en general, igualmente no se entiende la dualidad en cuanto a las respuestas emitidas, ya que cuando se habló de comunicación responsable de la información no se tuvo en cuenta para la respuesta los medios y estrategias aportados como prueba. Igualmente no se demuestra su socialización con otras áreas de la Secretaría de Salud y con la comunidad.

Se muestra que existen otras fuentes de mercurio, pero no se allegan soportes que permitan demostrar lo que ha hecho la Secretaría Distrital de Salud para informar y prevenir esta exposición humana y más cuando existen Industrias en la Ciudad que manejan productos donde de alguna forma uno de sus insumos es el mercurio.

Conjuntamente, no se advierte afán por dar continuidad con el proceso de investigación, en cuanto a que no existen políticas que lo soporten, no se sabe si se encuentre dentro del plan de Desarrollo de la siguiente administración, no se pudo posicionar como un protocolo de obligatorio cumplimiento.

Señalan que se puede observar las acciones enfocadas y la implementación en la unidad centinela, pero no se allegan soportes igualmente, no se soporta la gestión efectuada, para lo concerniente a dar continuidad con el proceso de investigación.

Igualmente, se observa con respecto a los requerimientos que garanticen la idoneidad del talento humano que no existen protocolos, procedimientos, entre

otros, establecidos directamente por la Oficina de Talento Humano de Secretaría Distrital de Salud a las diferentes dependencias, sino que son como se respondió en el acta de visita de control fiscal, los referentes mismos son quienes definen la línea técnica del talento humano, lo que puede conllevar en un momento dado a crear posibles coadministraciones, ya que se observa que en algunos anexos operativos para este tipo de proyectos no se especifican los requerimientos del talento humano, como en este caso y en otros de acuerdo a las vigencias se cambian de manera radical y con requerimientos demasiado específicos, que no se sabe si son porque se necesitan con demasiada especificidad o si apuntan a como ya se dijo a posibles coadministraciones. Esta autonomía a los referentes les permite condicionar o incluso vetar la capacidad de un profesional y/o disminuir la capacidad contractual de las entidades del Estado.

*Es claro para el ente de control que son los Hospitales quienes contratan el talento humano para realizar las actividades contratadas para Secretaría Distrital de Salud, pero estos deben hacerlo teniendo de acuerdo a los requerimientos emanados por este ente rector a través de los anexos operativos, para este caso, pero no se da respuesta a la inquietud planteada en cuanto a los protocolos, procedimientos, entre otros con los que cuenta la Secretaría Distrital de Salud como base para la elección de los perfiles y de la experiencia, que es colocada por los referentes de línea para el desarrollo y operativización de procesos en lo local, por lo tanto no se dio respuesta a lo planteado, ni se allego soporte que desvirtuó la observación planteada.*

La Entidad Estatal debe tener en cuenta aspectos como experiencia e idoneidad, situación relevante que llama la atención a este órgano de control y conlleva a evidenciar el hecho que para este proyecto en especial no se tuvo en cuenta, así:

La Jurisprudencia ha reiterado que la selección no se encuentra sujeta a la libre discrecionalidad o al arbitrio de la entidad, toda vez que en cumplimiento de los principios consagrados en el artículo 3° de la ley 1437 de 2011, ha de garantizar que el contrato sea celebrado con la persona idónea y mejor capacitada para lograr la satisfacción de las necesidades colectivas; independientemente del procedimiento de selección del contratista que la ley ha establecido, según cada caso, existen muchos y variados principios de linaje constitucional y legal que informan la actividad contractual como función administrativa que es, además, cumplen la función de incorporar en el ordenamiento positivo los valores éticos que deben orientar cada una de las actuaciones que adelantan las entidades del Estado.

Con arreglo a los postulados del artículo 4 constitucional, a cuyo tenor 'la Constitución es norma de normas' y 'en todo caso de incompatibilidad entre la Constitución y la ley u otra norma jurídica se aplicarán las disposiciones constitucionales', resulta claro que la Constitución como norma de jerarquía superior, así como los principios que de ella emanan, se proyecta sobre la totalidad del ordenamiento jurídico, incluidas en él, tanto las leyes y los actos que se asimilan

a ella, como también, todos los demás actos jurídicos, de tal suerte que no pueden concebirse sino con base en los principios constitucionales.

La Carta Suprema en su artículo 209 ordena que el ejercicio de la función administrativa se encuentra sometido a los principios de igualdad, de moralidad, de eficacia, de economía, de celeridad, de imparcialidad y de publicidad, razón por la cual en la medida en que la contratación estatal puede identificarse como una actividad administrativa, necesariamente deben aplicársele estos mismos principios, sin perjuicio de muchos otros que también forman parte del texto constitucional y que revisten enorme importancia en relación con las actividades de las entidades del Estado.

Como se observa, la norma distingue entre las condiciones del proponente necesarias para participar en procesos contractuales, llamándolas requisitos habilitantes, que dan lugar a verificación, y los criterios propios del objeto del contrato que son materia de evaluación, en donde se privilegian los factores técnicos y económicos sujetos a comparación y puntuación, donde la no presentación de poder y/o autorización del proponente para radicar la propuesta por persona diferente, en ningún momento afecta, mengua, varía o modifica las condiciones del objeto, el precio o las características técnicas o idoneidad de la propuesta respecto de los proponentes, este es un requisito subsanable que no fué tenido en cuenta para poder proceder a ejecutar el proyecto, sin tener en cuenta que no se impartía una directriz concreta de cuál era el talento humano idóneo y de cuáles fueron las razones técnicas para que fuera el Hospital Vista Hermosa, quien realizara la ejecución del mismo, de acuerdo a su experiencia, siendo estos elementos importantes como, experiencia e idoneidad, que sobre este particular y singular proceso de contratación debe tenerse en cuenta y no es posible agregar requisitos, procedimientos o formalidades adicionales, conforme a lo establecido por el Decreto 1510 de 2013, artículo 81.

El principio de transparencia dispone que la selección de los contratistas debe "edificarse sobre las bases de i) la igualdad respecto de todos los interesados; ii) la objetividad, neutralidad y claridad de la reglas o condiciones impuestas para la presentación de las ofertas; iii) la garantía del derecho de contradicción; iv) la publicidad de las actuaciones de la administración; v) la motivación expresa, precisa y detallada del informe de evaluación, del acto de adjudicación o de la declaratoria de desierta; vi) la escogencia objetiva del contratista idóneo que ofrezca la oferta más favorable para los intereses de la administración". Con el objetivo de limitar la discrecionalidad del administrador público, se impone el cumplimiento de requisitos y procedimientos que garantizan la selección de la mejor propuesta para satisfacer el objeto del contrato a suscribir. En este orden de ideas, la suscripción del contrato debe estar precedida, de acuerdo con la letra del artículo 24 de la Ley 80 de 1993 de un proceso de licitación o concurso público y, excepcionalmente, de un proceso de contratación directa. (...)

Es en desarrollo del principio de transparencia que se impone la obligación de realizar los procesos de licitación, concurso o contratación directa "sin tener en consideración favores o factores de afecto o de interés"

Lo anterior, con el objetivo de garantizar el derecho a la igualdad entre los oferentes y evitar el favorecimiento indebido, por cuanto se estarían desconociendo los principios de igualdad e imparcialidad, es decir, se estaría haciendo referencia al deber de la Administración y al derecho de quienes pretenden contratar con el Estado a que: i) la adjudicación de los contratos se realice a la mejor propuesta; ii) el Estado garantice la mayor concurrencia de ofertas; iii) ninguno de los oferentes sufra una discriminación no justificada; iv) todos los participantes tengan el mismo plazo para presentar sus ofertas; v) las mismas se sometan por igual a los términos señalados por la Administración; vi) y el Estado justifique con criterios objetivos cuál fue la mejor propuesta; entre otros. Dentro del presente proceso contractual, se evidencia una clara Gestión Fiscal antieconómica, generada por la conducta y actividades económicas, jurídicas y tecnológicas desarrolladas por el Secretario de Salud, y las personas encargadas de dar línea técnica en la escogencia de los perfiles adecuados y por supuesto por el grupo de contratación y/o Comité evaluador, que no se evidencia en el transcurso del proceso de selección tanto de la Empresa Social del Estado, como de los perfiles a desarrollar el proyecto, una adecuada y correcta adjudicación y así evitar evaluaciones subjetivas, contrariando los principios de legalidad, eficiencia, economía, eficacia, equidad, imparcialidad, moralidad, transparencia, publicidad y valoración de los costos.

*No se explica a este ente de control ni se allegan documentos técnicos y legales que soporten la afirmación de que por ser un proyecto de vigilancia especial, no necesita llevar a cabo procesos de contratación, ni mucho menos y lo mas importante cumplir con el principio de Transparencia y el derecho de igualdad, por lo tanto la respuesta no es de recibo por este ente de control.*

Se puede ratificar aunado con lo evidenciado en el seguimiento a la meta 48 del Proyecto 869, Laboratorio de Salud Pública, que no existe trabajo mancomunado entre dependencias, a lo largo del acta de visita fiscal, se demostró que se contó con la colaboración de otras instituciones como el Instituto Nacional de Salud y el INVIMA, pero en ningún momento se mencionó la colaboración por parte de otras dependencias de Secretaria Distrital de Salud, demostrando al parecer que se está trabajando de manera independiente y aislada en una misma institución que apunta a generar y dar línea técnica de un servicio que apunta a la salud pública del colectivo que habita en el Distrito Capital.

En cuanto a la supervisión del proyecto, se presentan unas tablas en Excel donde se especifican unos radicados de entrega de informes, adicionalmente se entregan actas de socialización del Proyecto con técnicos y profesionales de Territorios saludables en algunas Empresas Sociales del Estado e igualmente la socialización con referentes de la línea de seguridad química, pero en ninguno de estos se evidencia el seguimiento y supervisión al proyecto, únicamente socializaciones de

la realización del mismo, tampoco se allegaron socializaciones de los resultados y de la importancia de contarle a la comunidad el evitar el consumo de ciertos alimentos, es decir, realizar algunos cambios en los hábitos de consumo, como ya se explicó anteriormente.

*En lo referente, a los procesos de supervisión se entregó una matriz en la que se relacionan radicados de informes y respuestas, pero aun y cuando fue solicitado en el acta de visita administrativa, nunca se allegaron los soportes de verificación de estos radicados, igualmente tampoco fueron entregados para modificar esta observación en la respuesta a este informe.*

Sobre la función vital y fundamental de supervisión para el adecuado y buen uso de todo bien y recurso público, es saludable destacar lo que especifica la norma a quienes cumplan esta función, de conformidad con lo establecido en la Ley 1474 de 2011, artículo 83, el cual se transcribe para mayor ilustración:

*“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.*

*La supervisión consistirá en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto del contrato, es ejercida por la misma entidad estatal cuando no requieren conocimientos especializados. Para la supervisión, la Entidad estatal podrá contratar personal de apoyo, a través de los contratos de prestación de servicios que sean requeridos.*

*(...)”*

Lo anterior, para denotar igualmente, en lo que se refiere a la interventoría, solo por parte de la UDEA Universidad de Antioquia se encontró seguimiento al proyecto, así: *“Los soportes presentados como parte de los Proyectos de Vigilancia Intensificada (Caracterización de Sustancias Químicas, Sector Belleza, Prevalencia de Mercurio y Plomo, PISA Fontibón, Sur y Vista Hermosa) dan cuenta de las actividades programadas en los planes de acción, inclusive para el proyecto de Caracterización de Sustancias Químicas se modificó el plan de acción adelantando una actividad que se encontraba inicialmente programada para la vigencia Septiembre 2013-Febrero 2014. Para el PVI Mapa de Industria y Ambiente-mIA se evidencia el incumplimiento de algunas actividades debido a la ausencia de uno de los profesionales requeridos por lineamiento”.*

En ningún otro de los informes allegados se encontró seguimiento al mismo, ni siquiera en el presentado en el informe Cualitativo del Hospital Vista Hermosa, presentado por el Grupo de seguimiento, en el año 2014.

Se observa que los procesos de interventoría no están evidenciando las falencias ya descritas por este ente de control, tanto en el seguimiento efectuado a la meta 30 del Proyecto 869, como lo evidenciado en este proyecto, para lo que se recomienda visita fiscal que permita la revisión de estos procesos, además de no

realizarse con la constancia y tiempos requeridos, aunado esto a que por parte de Secretaria Distrital de Salud, como se ha visto tampoco hay seguimiento y/o supervisión de las actividades.

De lo anterior se desprende que la función del Supervisor fue simplemente la de certificar que las actividades se realizaran y se entregaran de acuerdo al plan de acción, y NO se procedió a constatar, verificar y revisar que los productos contaran con las especificaciones técnicas y de calidad requeridas, el cumplimiento de los documentos y garantías que cabe resaltar como premisa fundamental, que dentro del documento marco se debían cumplir en debida forma y con características de calidad, las cuales no quedaron planteadas ni en el documento marco ni en los diferentes anexos operativos establecidos para la ejecución del proyecto.

*Se afirma que no se efectúa interventoría de manera puntual sobre el proyecto sino de manera general, pero también se dice que los profesionales contratados realizan seguimiento y control al cumplimiento de las obligaciones y productos del PIC. Es decir, que el proyecto de investigación no es un producto al cual se le debe realizar seguimiento y control.*

De igual manera, se presume la posible transgresión al numeral 34 del artículo 48 de la ley 734 de 2002, modificado por el parágrafo 1 del artículo 84 de la ley 1474 de 2011, el que refiere textualmente:

**“Parágrafo 1°.** El numeral 34 del artículo 48 de la Ley 734 de 2002 quedará así:

*No exigir, el supervisor o el interventor, la calidad de los bienes y servicios adquiridos por la entidad estatal, o en su defecto, los exigidos por las normas técnicas obligatorias, o certificar como recibida a satisfacción, obra que no ha sido ejecutada a cabalidad. También será falta gravísima omitir el deber de informar a la entidad contratante los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles, o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato, o cuando se presente el incumplimiento.”*

Así mismo, contra los funcionarios de la SDS que realizaron o debieron de realizar la supervisión a la interventoría, por presunta vulneración al numeral 1. Del artículo 34 de la ley 734 de 2002, el que a la letra reza:

**“Artículo 34.** Deberes. Son deberes de todo servidor público:

*1. Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de Derecho Internacional Humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente.”*

Así mismo del numeral 1 del artículo 35 de la mencionada ley el que dispone:

**“Artículo 35. Prohibiciones. A todo servidor público le está prohibido:**

*1. Incumplir los deberes o abusar de los derechos o extralimitar las funciones contenidas en la Constitución, los tratados internacionales ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas y los contratos de trabajo.”*

Unido a ello, tal hecho, a la luz del numeral 16 del artículo 34 del Código Disciplinario Único y del numeral 8 del artículo 35 de la misma disposición legal, presuntamente constituyen falta disciplinaria, tales disposiciones refieren:

**“Artículo 34. Deberes. Son deberes de todo servidor público:**

(...)

*16. Permitir a los representantes del Ministerio Público, fiscales, jueces y demás autoridades competentes el acceso inmediato a los lugares donde deban adelantar sus actuaciones e investigaciones y el examen de los libros de registro, documentos y diligencias correspondientes. Así mismo, prestarles la colaboración necesaria para el desempeño de sus funciones.”*

**“Artículo 35. Prohibiciones. A todo servidor público le está prohibido:**

(...)

*7. Omitir, retardar o no suministrar debida y oportuna respuesta a las peticiones respetuosas de los particulares o a solicitudes de las autoridades, así como retenerlas o enviarlas a destinatario diferente de aquel a quien corresponda su conocimiento.”*

Así mismo, cuando se pregunta, Qué sucedería si se deja de vigilar este evento? Ya que lo que se respondió, que se quiere vigilar con este evento es la intoxicación crónica por metales pesados, la respuesta fue *“Seguramente se tendría un aumento en el número de incidencia de enfermedades crónicas principalmente en población prioritaria como lo son los niños, teniendo un desconocimiento de los factores asociados a estas enfermedades crónicas asociadas a estos contaminantes ambientales”*.

Entonces como ente de control nos preocupa, el hecho de que si es por desconocimiento de los factores asociados a estas enfermedades crónicas asociadas a estos contaminantes, porqué razón si ya se conocen los factores asociados no se han dado a conocer a la comunidad, en vez de invertir recursos en proyectos que muy seguramente no se pueden continuar y terminan quedándose en el papel y de ninguna manera trascienden a la comunidad en general, ni mejoran las condiciones de calidad de vida y salud de los habitantes del Distrito Capital, como ya se ha descrito.

*Se reitera que no se desconoció lo allegado al proceso auditor para su revisión y se aclara que no fue allegado en su totalidad, ya que lo solicitado en el acta de visita administrativa no fue entregado en su totalidad.*

*Igualmente, nos encontramos de acuerdo a que la investigación no se limita a lo encontrado en pescados, solo fue tomado como ejemplo, de la no socialización del*

*riesgo, lo importante es el impacto que ha generado este estudio en la comunidad, que hasta el momento no ha sido demostrado a este ente de control.*

Lo que conlleva, a que la gestión fiscal en cuanto a la administración y manejo de los bienes y fondos públicos, ejecutados en este proyecto, y de acuerdo a los criterios de eficiencia y eficacia aplicables y, finalmente, los objetivos, planes, programas y proyectos que constituyen, en un período determinado, las metas y propósitos inmediatos de la administración, no fueron cumplidos ya que el fin último de cualquier proyecto en salud, es impactar y propender por la salud pública de la comunidad y solo se evidencia impacto en las personas participantes del estudio, además de no realizar socialización de los resultados, donde se evidencia el por qué de las posibles causas de intoxicación, incumpliendo con el Artículo 49 de la Constitución Nacional que refiere textualmente:

*“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

*Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.*

*Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.*

*La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.*

*Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.”*

De acuerdo con lo señalado precedentemente, la ejecución de los recursos presupuestales asignados y ejecutados a este proyecto se hicieron sin una planeación correcta y adecuada como se observa en el análisis de su documento marco, igualmente en él no se evidencian estudios económicos, también se observa omisión del cumplimiento de las obligaciones propias de los contratos de interventoría o supervisión, o no adelantamiento de revisiones periódicas, de manera que no se establezca la correcta ejecución del objeto contractual o el cumplimiento de las condiciones de calidad y oportunidad planteadas.

Tampoco se mostró a este ente de control qué estudios técnicos, cotejo de ofrecimientos recibidos, aceptación con justificaciones objetivas, entre otras, se tuvieron en cuenta para entregar el proyecto de investigación a la Empresa Social del Estado Hospital Vista Hermosa y no a cualquiera de las otras trece (13) Empresas Sociales del Estado, lo que conlleva a una omisión injustificada del deber de efectuar comparaciones de estudios o consultas de las condiciones de los

diferentes Hospitales para dar cumplimiento de las actividades propuestas y donde se puedan entregar servicios de mejor calidad a la establecida en normas técnicas.

Las condiciones técnicas adicionales que representan ventajas de calidad o de funcionamiento, tales como el uso de tecnología o materiales que generen mayor eficiencia, rendimiento o duración del proyecto.

En general, se observa conducta negligente o abiertamente imprudente, contraria a los principios que informan el ejercicio de la función administrativa y la gestión fiscal a su naturaleza y objeto, por una presunta gestión fiscal antieconómica, que conlleva el 100% de lo ejecutado en el proyecto, que realizaron en primera instancia los Secretarios Distritales de Salud de Bogotá que fungieron en el periodo 2012 - 2015, y en segunda instancia por el Director de Salud Pública, Director de Epidemiología, análisis y Gestión de políticas de salud colectiva, Subdirector de Vigilancia en Salud Pública, Funcionario responsable de realizar la supervisión de acuerdo con el respectivo acto administrativo que le confiere esta actividad, de los encargados de dar la línea técnica a las diferentes Empresas Sociales del Estado ESE, para las mismas vigencias, igualmente los servidores públicos de la Secretaria Distrital de Salud que realizaron la supervisión e interventoría a las actividades propuestas para dar cumplimiento a la meta; dándose incumplimiento a lo establecido en el artículo 32 de la Ley 136 de 1994, los artículos 4 y 6 de la Ley 1251 de 2008, Artículos 15 Y 17 de la Resolución 425 de 2008, la Ley 715 de 2011 en su artículo 44, numeral 44.2.4, el numeral 4 del artículo 12 del Acuerdo 415 de 2009, el artículo 6 y el numeral 2 del artículo 19 del Acuerdo 415 de 2009, además se incumple lo establecido en los numerales 2, 3, 4 y 5 del artículo 18 del Acuerdo 415 de 2009, el parágrafo 2 del artículo 10 y artículos 23 y 24 del Acuerdo 415 de 2009 y lo establecido en los artículos 34 numeral 1, 35 numeral 1 y artículo 48 numeral 34, de la Ley 734 de 2002, este último modificado por el parágrafo 1 del artículo 84 de la ley 1474 de 2011, debido a la falta de mecanismos de control en sus principios y deberes, así como debilidades en mecanismos de control para identificar en el eje programático de promoción social, acciones de promoción en salud y falta de organización de éstas actividades, originando que toda la población del Distrito no sea beneficiaria de lo encontrado en el proyecto objeto de control, es decir la socialización en el cambio de hábitos de consumo en cuanto a pescado se refiere, ya que la administración a pesar de tener el conocimiento de que el consumo de algunas clases de pescados, pueden llevar a una posible intoxicación por metales pesados, no realizó difusión y comunicación a la población del Distrito, lo cual es un incumplimiento a lo establecido en la Ley 715 de 2001, el Decreto 4973 de 2009 y el Decreto 3003 de 2005, debido a la falta de mecanismos de control para dar a conocer este hallazgo encontrado por el desarrollo del proyecto, lo que puede ocasionar que el usuario por desconocimiento pueda llegar a presentar intoxicación por metales pesados y como ellos mismo lo dijeron en el acta de visita de control fiscal, se aumente la presencia de enfermedades crónicas, incumpliendo lo establecido en el artículo 23 de la Ley 734 de 2002.

### 3. ANEXOS

#### 3.1. CUADRO DE OBSERVACIONES DETECTADOS Y COMUNICADOS

TIPO OBSERVACION	DE	CANTIDAD	VALOR \$	REFERENCIACION					
				2.1.1	2.2.1	2.6.1	2.8.1		
1. ADMINISTRATIVO		4							
2. DISCIPLINARIOS									
3. FISCALES									
4. PENALES									