



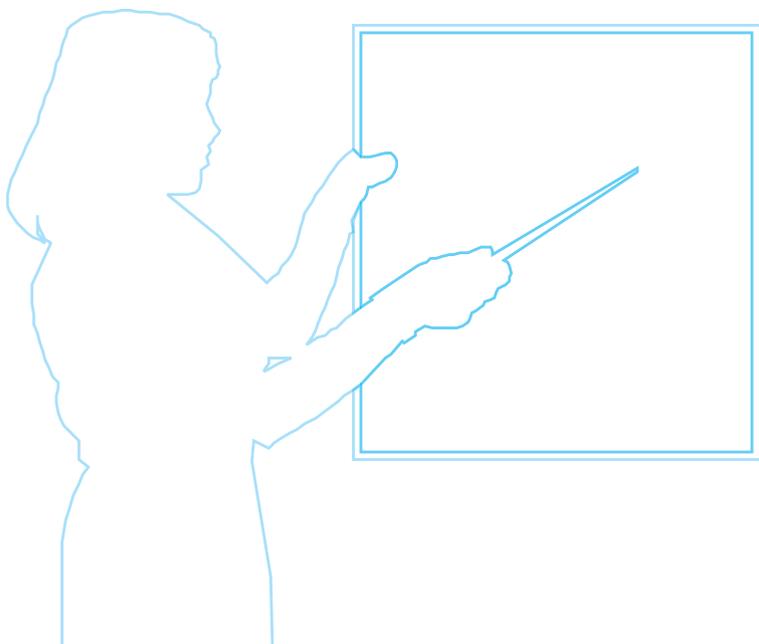


Ministerio de la Protección Social - MPS  
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud  
Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS

## Asistencia técnica

Garantía de una mejor gestión  
del régimen subsidiado

María Heidi Amaya Valdivieso  
Coordinadora Proyecto Asistencia Técnica





© 2007 Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS  
Ministerio de la Protección Social - MPS

ISBN: 978-958-98310-0-7

### **Asistencia técnica. Garantía de una mejor gestión del régimen subsidiado**

La experiencia del proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado de salud.

Bogotá, Colombia  
Agosto 2007

Colección PARS

Teresa Tono Ramírez  
Directora general

Marcela Giraldo Samper  
Directora editorial

Ana Mejía Parra  
Coordinación técnica y editorial

Impresol Ediciones Ltda.  
Diseño, impresión y acabados  
Calle 78 No. 29B-44. PBX 250 8244  
[impresol@gmail.com](mailto:impresol@gmail.com)

Ministerio de la Protección Social  
Carrera 13 No. 32-78  
Teléfono: 330 5000 extensiones 1843/1842/1503  
Línea de atención al ciudadano  
En Bogotá, 330 5000  
Resto del país, 018000 91 0097

## MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - MPS

Diego Palacio Betancourt  
Ministro de la Protección Social

Carlos Jorge Rodríguez Restrepo  
Viceministro Técnico

Blanca Elvira Cajigas de Acosta  
Viceministra de Salud y Bienestar

Leonardo Cubillos Turriago  
Director General de Gestión de la Demanda en Salud

Alfredo Luis Rueda Prada  
Ejecución del Proyecto  
(Marzo 2004 - febrero 2007)

María del Pilar Granados Thorschmidt  
Diseño y Contratación del Proyecto  
Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones

## PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD - PARS

Teresa Tono Ramírez  
Directora Ejecutiva

Jaime Ramírez Moreno  
Coordinador Técnico Científico

María del Rosario Estrada Moncayo  
Coordinadora Administrativa y Financiera

Óscar Rodríguez Salazar - Director

Félix Martínez Martín

Iván Jaramillo Pérez

Universidad Nacional de Colombia - CID

Nelson Alvis Guzmán - Director

Julio Mario Orozco Africano

Álvaro Gómez Mantilla

Universidad del Norte - CCS

Libardo Chávez Guerrero - Director

Miguel Uprimny Yepes

Diva Marcela Arellana Peña

Unión Temporal Corporación Calidad

Consultoría I Gestio

Yolanda Zapata Bermúdez - Directora

Enrique Peñalosa Quintero

Naydú Acosta Ramírez

Pontificia Universidad Javeriana - CENDEX

Claudia Reyes Díaz - Directora

Raquel Sofía Amaya Arias

Yadira Ávila Ramírez

Raquel Sofía Amaya Producciones & Cía. Ltda.

# Contenido

Agradecimientos	II
Presentación	13
Introducción	19
<b>Capítulo I</b>	
<b>Fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales</b>	<b>27</b>
A. Antecedentes	29
I. Recomendaciones del proyecto de evaluación	32
B. El proyecto de asistencia técnica	35
<b>Capítulo 2</b>	
<b>El modelo de asistencia técnica</b>	<b>39</b>
A. Metodología para la selección de los municipios	41
I. Municipios adicionales	47
B. Concepto de asistencia técnica	48
C. Componentes y estrategias del modelo	52
I. Estandarización de los procesos de gestión	55
2. Diagnóstico de la gestión	56
3. Plan de mejoramiento	69
4. Estrategia de capacitación	70
5. Asistencia directa a municipios y departamentos	81
D. Evaluación del mejoramiento de la gestión	82
I. Línea de base evaluación <i>ex ante</i> y <i>ex post</i>	82

## Capítulo 3

<b>Sistema de evaluación territorial</b>	<b>87</b>
A. Introducción	89
B. Principios de política pública	90
C. Componentes funcionales	91
1. Fuentes del sistema	91
2. Instancia de concertación y pactos de desempeño	92
3. Consideraciones metodológicas	92
4. Instrumentos	96
5. Aplicación del SET	108
6. Análisis de los resultados desde la perspectiva de las firmas	129

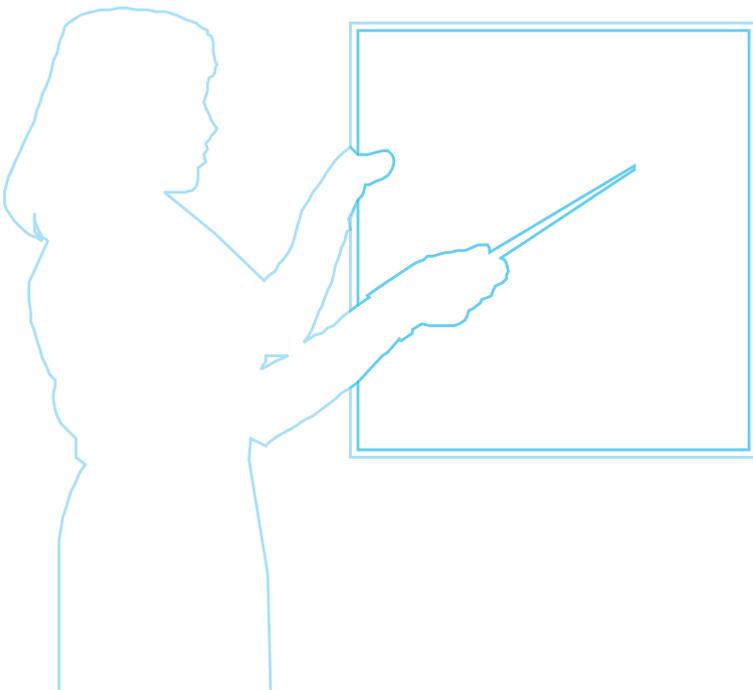
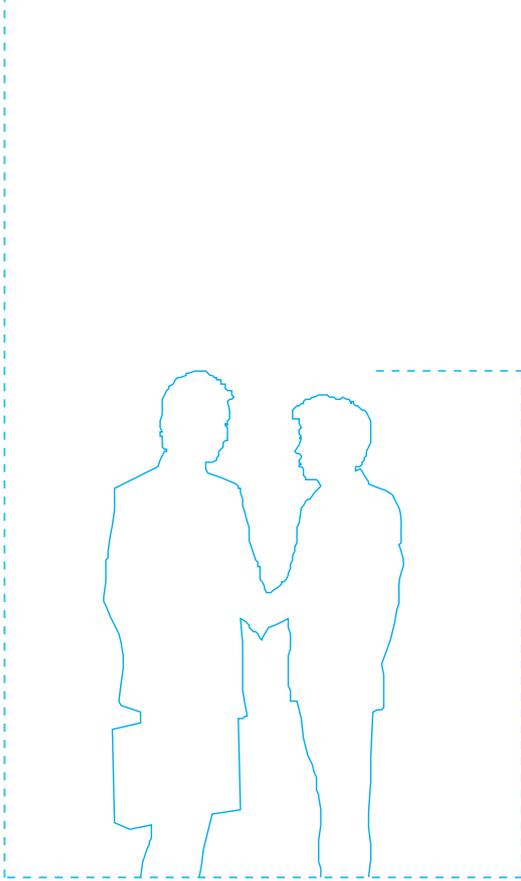
## Capítulo 4

### Procesos estandarizados de gestión del régimen

<b>subsidiado de salud</b>	<b>135</b>
A. Introducción	137
B. Procesos municipales de gestión del régimen subsidiado de salud	137
1. Proceso de selección y priorización de potenciales beneficiarios	141
2. Proceso de afiliación	145
3. Proceso de contratación	150
4. Proceso de gestión financiera municipal de recursos	159
C. Procesos departamentales de gestión	167
1. Papel del departamento en la operación territorial	169
2. Principales procesos departamentales	170
D. Procesos nacionales de gestión	181
1. Acciones de regulación y rectoría del sistema	182
2. Principales procesos nacionales	185

## Capítulo 5

<b>Recomendaciones</b>	<b>201</b>
<b>A. Introducción</b>	<b>203</b>
<b>B. Recomendaciones de las firmas contratistas</b>	<b>204</b>
1. Universidad Nacional de Colombia (CID): Zona Norte y Zona Centro	204
2. Universidad del Norte: Zona Atlántica y Santanderes	207
3. Unión Temporal (UT) Corporación Calidad - Consultoría I Gestio: Zona Noroccidental	210
4. Pontificia Universidad Javeriana - CENDEX: Zona Suroccidente	215
5. Observaciones	220
<b>Anexos</b>	<b>223</b>
<b>A. El factor humano</b>	<b>225</b>
<b>B. Participantes en el proyecto de asistencia técnica</b>	<b>226</b>
1. Selección de los servidores públicos participantes	226
2. Perfil de los participantes de las direcciones departamentales de salud	232



## Proyecto Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado de salud

María Heidi Amaya Valdivieso

Dirección técnica del Proyecto

Raúl Cárdenas Tamayo

Carlos Vladimir Cobo Ramírez

Miguel García Cancino

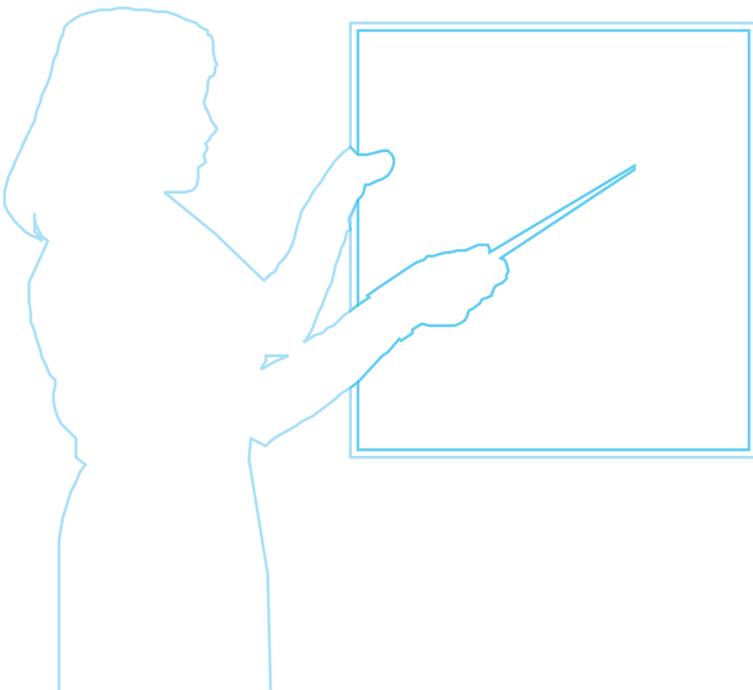
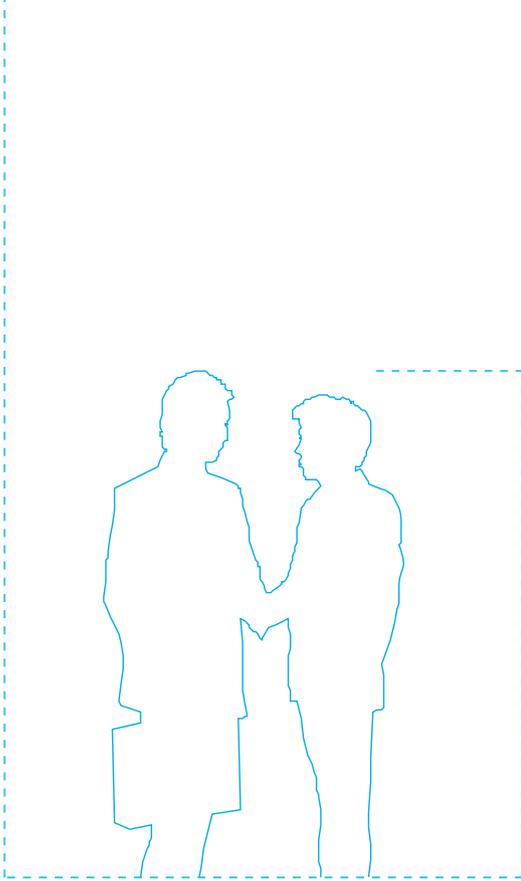
Carolina Suárez Vargas

Miguel Uprimny Yepes

Consultores PARS

### Agradecimientos

A todos los servidores y servidoras públicos de los departamentos y municipios que participaron en el proyecto y, en especial, al municipio de Sitio Nuevo, Magdalena, cuya realidad impactó nuestras vidas para siempre.



## Presentación

Desde la reforma al sector de la salud en Colombia en la década de los noventa, mediante la cual se creó el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), el aseguramiento ha sido el principal instrumento utilizado para garantizar el acceso a la salud de la población, en especial de aquella en condiciones de pobreza y vulnerabilidad.

Los logros en esta materia son notables. Mediante subsidios a la demanda, financiados con recursos públicos y privados de solidaridad, se incorporó la población más pobre del país al aseguramiento en salud, con incrementos sostenidos en la cobertura de la afiliación al régimen subsidiado, pasando de 8.527.061 afiliados en el año de 1998 a 9.510.566 para el año 2000, 11.867.947 en 2003 y 20.107.223 para 2006<sup>1</sup>, lo cual expresa un mayor dinamismo en los últimos años en ampliación de cobertura. Estos aumentos han estado acompañados de mejoras en la equidad en el acceso a los servicios de salud y disminución del gasto privado o de bolsillo asignado por los hogares a estos fines.

Los recursos financieros destinados a la sostenibilidad y ampliación de la cobertura del régimen subsidiado de salud igualmente han sido significativos, a la par de los esfuerzos técnicos y administrativos para mejorar los procedimientos y el flujo de recursos entre los diferentes agentes. En ese sentido, la reciente Ley 1122 de 2007 aumentó y reasignó las fuentes financieras del régimen subsidiado con el propósito de avanzar hacia la cobertura universal de la población pobre.

No obstante los avances señalados, se trabaja en el diseño y puesta en operación de mecanismos y estrategias para avanzar en la solución de los problemas que aún presenta el régimen subsidiado relacionados con

<sup>1</sup> Ministerio de la Protección Social. Informe de Actividades al Honorable Congreso de la República. Bogotá, Julio de 2007: 21.

información sobre los beneficiarios, flujo de recursos, asunción de competencias por parte de los agentes que intervienen en la operación del régimen, y el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control, en un contexto caracterizado por una cambiante y profusa normatividad.

La estructura del Sistema general de seguridad social en salud basada en la separación y especialización de funciones, la orientación desde el nivel nacional y la operación del régimen subsidiado en el ámbito territorial, se contraponen, en ciertos casos, con las competencias y la autonomía de los entes territoriales que conlleva la descentralización. Falta de claridad en algunas funciones, problemas en la coordinación entre entidades públicas y privadas, débil capacidad técnica y administrativa de la mayoría de los municipios pequeños, limitaciones de los departamentos para prestar apoyo y asistencia técnica a los entes locales, y de la propia nación en la orientación, regulación, vigilancia y control, son algunas de las condiciones que afectan la operación del régimen subsidiado en el país.

En este contexto, el manejo del régimen subsidiado, inmerso en el proceso de descentralización, y realizado por múltiples agentes encargados de las funciones de regulación, financiación, aseguramiento y prestación de servicios, ha demandado la formulación de políticas, instrumentos y procedimientos que posibiliten la coordinación de estas funciones. Asimismo que contribuyan a organizar las relaciones entre la nación, los departamentos y los municipios para el aseguramiento en salud.

Este interés ha estado presente en los objetivos del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS), el cual desde su inicio ha tenido como propósito el fortalecimiento del régimen subsidiado de salud. Esto se ha efectuado mediante la realización de estudios, en la primera fase del Programa, que han contado con evidencia empírica sobre la situación del régimen subsidiado en el país, como base para la formulación de políticas para su adecuada operación,

y en los últimos años, mediante proyectos orientados a apoyar su implementación a través del desarrollo de instrumentos técnicos.

Durante los años 1999-2001 el PARS ejecutó con el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional de Colombia, el proyecto “Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios del régimen subsidiado”. Este proyecto realizó el diagnóstico sobre el estado y operación de dicho régimen y formuló propuestas encaminadas a mejorar los procesos de selección de beneficiarios, contratación, funcionamiento de las administradoras del régimen subsidiado, vigilancia y control, participación y control social, y asistencia técnica. Muchas de las recomendaciones de este estudio se concretaron en ajustes normativos y procedimentales, que contribuyeron a mejorar los procesos del régimen subsidiado.

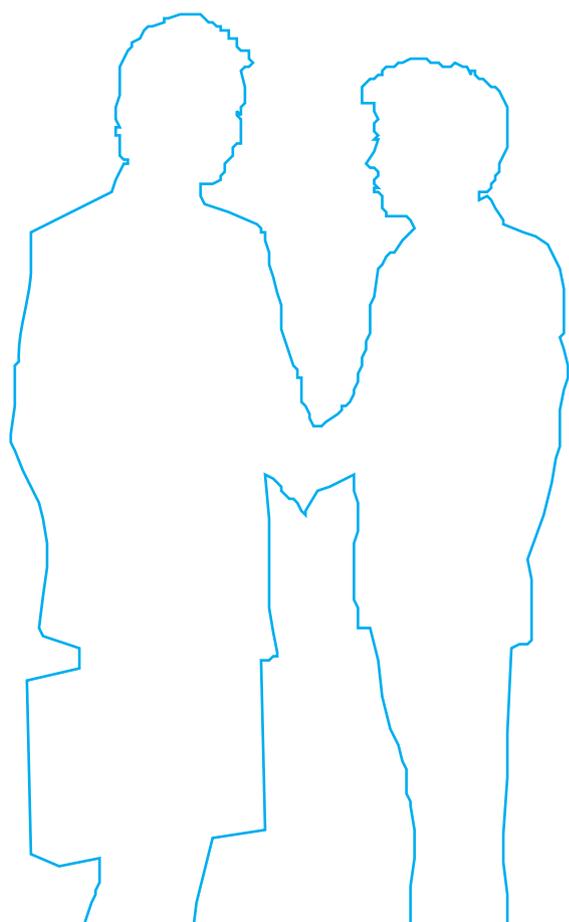
En desarrollo de una de las recomendaciones del estudio anterior, relacionada con la asistencia técnica, en el periodo 2004-2006, el PARS ejecutó el proyecto “Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado de salud” con el CID de la Universidad Nacional, el CENDEX de la Pontificia Universidad Javeriana, la Universidad del Norte y la Unión Temporal Corporación Calidad-Consultoría I Gestio. Este proyecto buscó avanzar en la estructuración y consolidación de las relaciones entre la nación y las entidades territoriales en la operación del régimen subsidiado, a partir de la construcción conjunta desde la experiencia de lo local, utilizando para ello el instrumento de la asistencia técnica.

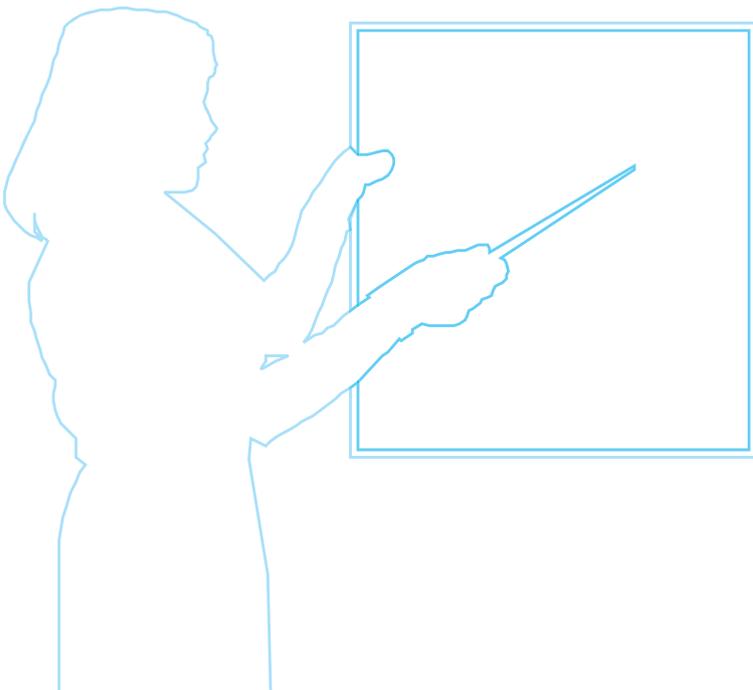
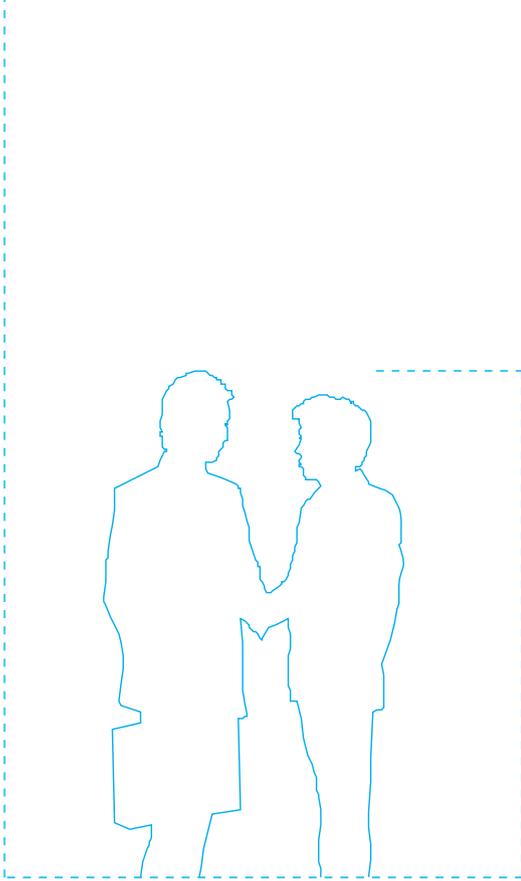
En desarrollo de este propósito, nación, departamentos, municipios y centros académicos vinculados al proyecto trabajaron en la definición e implementación de una propuesta de gestión integral del régimen subsidiado que incluyó la definición de procesos y procedimientos, capacitación formal a los funcionarios encargados del tema, aplicación de la herramienta de asistencia y un esquema de monitoreo y evaluación.

Participaron en el proceso 27 departamentos, 99 municipios representativos de las diferentes categorías y 494 servidores públicos quienes recibieron formación especializada en el manejo del régimen subsidiado mediante 13 diplomados regionales. Los resultados de este esfuerzo son altamente positivos, los avances logrados por los entes municipales fueron significativos como se observa en las evaluaciones posteriores al proceso, razón por la cual su continuidad resulta de gran trascendencia.

La propuesta de asistencia técnica, aquí presentada e implementada por parte de los municipios participantes del proyecto, busca ser un modelo que pueda ser replicado en los restantes municipios del país, con el fin de avanzar hacia una gestión eficiente y transparente del régimen subsidiado, en procura de un mejor acceso a los servicios de salud de la población en condiciones de pobreza y vulnerabilidad del país.

**Teresa Tono Ramírez**





# Introducción

Las políticas públicas están dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos. Para que estas políticas se ejecuten de manera eficiente, eficaz, transparente y sin corrupción, se requiere que el Estado, de un lado, conozca y comprenda las características y el grado de desarrollo de las instituciones y entidades a cargo de las cuales recaerá la responsabilidad de su implementación en los diferentes niveles de gestión y, de otro, que se implementen mecanismos de articulación, de capacitación y formación continua que permitan el desarrollo de las nuevas competencias en los servidores públicos que deben llevar a cabo las funciones directivas, profesionales, técnicas y operativas necesarias para su ejecución.

Una de las políticas sociales más importantes que se ha diseñado en el país en los últimos años es sin duda el régimen subsidiado de salud, creado por la Ley 100 de 1993. Este régimen introdujo cambios importantes en la concepción y gestión del servicio público de salud en el país, en todos los niveles y actores, en el marco del nuevo Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y de las nuevas competencias asignadas a los ámbitos territoriales inicialmente por la Ley 60 de 1993 y posteriormente la 715 de 2001.

El régimen subsidiado de salud se creó con el objetivo de posibilitar la inclusión de los ciudadanos en condiciones de pobreza y vulnerabilidad al Sistema general de seguridad social en salud, mediante la asignación de subsidios a la demanda en salud, previa la aplicación de mecanismos de focalización y de priorización,

cambiando así el antiguo esquema asistencial de la atención brindada por parte de los prestadores públicos.

Asumir los nuevos conceptos de subsidio a la demanda y de focalización de subsidios, así como poner en práctica los mecanismos de identificación de potenciales beneficiarios, aplicar los criterios de priorización y comprender y aceptar el concepto de aseguramiento, que implica la administración del riesgo financiero y de salud, fomentar el papel de agencia de las aseguradoras, asegurar los pagos oportunos entre los diferentes actores, y garantizar el acceso a los servicios, así como desempeñar labores de seguimiento e interventoría y propiciar el control social, han sido tareas difíciles para todos los actores.

El régimen subsidiado cambió la relación entre el sector público y el privado, y de estos con los ciudadanos beneficiarios. La introducción de la función de contratación del aseguramiento con las administradoras del régimen subsidiado (ARS), hoy entidades promotoras de salud del régimen subsidiado (EPS-RS), ha requerido de las entidades territoriales un gran esfuerzo.

Aceptar el rol y la presencia de las EPS-RS como nuevos actores, administrar los recursos mediante contratos de aseguramiento, garantizar su flujo y correcto uso, gestionar la información sobre potenciales beneficiarios y afiliados, incorporar el concepto de plan obligatorio de salud (POS), además de asegurar la calidad en la prestación de los servicios, han sido tareas que han requerido de la adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas en los servidores públicos a lo largo y ancho del país, sin mencionar las otras competencias que cada nivel posee determinadas por la Ley 715 de 2001.

Hoy en día se puede aseverar que los recursos del régimen subsidiado de salud en cualquier municipio categoría 5 ó 6 del país pueden ascender fácilmente a 50 ó 60% del presupuesto anual del municipio, y dado que en su gestión intervienen múltiples actores públicos y privados, se hace complejo el proceso de seguimiento y vigilancia a la aplicación de estos.

## Evolución normativa

El proceso de implementación del régimen subsidiado de salud se ha orientado a través de los años mediante normas emanadas del ámbito nacional, que se han venido modificando y ajustando con el tiempo. Las primeras “reglas de administración del régimen subsidiado de salud” fueron consignadas en el decreto 1895 de 1994; sin embargo, mediante el decreto 249I del mismo año se presentó un retroceso al proponer un régimen de transición que autorizó a las direcciones seccionales y locales de salud para ejercer las funciones de administración del régimen de subsidios. El decreto 249I fue rectificado mediante el 2357 de 1995, y luego el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) —mediante los acuerdos 23 de 1995, 77 de 1997 y 244 de 2003 y sus múltiples acuerdos modificatorios— ha definido “la forma y condiciones de su operación”.

En cumplimiento de las normas y sus cambiantes reglas, los municipios y departamentos han tenido que desarrollar gran iniciativa para implementar los procesos y procedimientos, en concordancia con sus competencias y funciones, acumulando así experiencia y saber. Todo lo anterior en medio de una alta rotación e inestabilidad laboral de los servidores públicos a cargo, de precarias condiciones laborales, locativas y de dotación de equipos y suministros, sumado a una escasa capacitación y seguimiento a los departamentos por parte de la nación y de estos a los municipios, y la falta de coordinación de las entidades encargadas de la inspección, vigilancia y control ha generado grandes problemas en la gestión local del aseguramiento.

En este contexto y con el objeto de fortalecer la función de asistencia técnica como instrumento de mejoramiento de la gestión local y departamental, el Ministerio de la Protección Social, a través del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS), implementó el proyecto “Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado de salud”, financiado con recursos de crédito del

Banco Interamericano de Desarrollo (BID). La etapa de diseño y formulación hasta la contratación fue desarrollada en coordinación con la Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones, y la ejecución se llevó a cabo en coordinación con la Dirección General de Gestión a la Demanda en Salud.

## Diseño de un modelo

Esta publicación presenta los resultados y la experiencia del proyecto, el cual se ejecutó en 99 municipios y 27 entidades departamentales de salud, durante los años 2005 y 2006 bajo la coordinación técnica de los consultores de transferencia del PARS. Contó con la participación de cinco firmas, finalistas del proceso de contratación según los requisitos del BID, del Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo (FONADE) y del Ministerio de la Protección Social.

Cuatro firmas fueron seleccionadas para desarrollar los procesos de asistencia técnica en cuatro zonas del país, así: Universidad Nacional de Colombia-CID, para la zona centro; Pontificia Universidad Javeriana-CENDEX, para la zona suroccidental; Universidad del Norte-Centro de Consultoría y Servicios, para la zona Costa Atlántica y Santanderes, y la UT Corporación Calidad-Consultoría I Gestio, para la zona noroccidental del país. La quinta firma contratada fue Raquel Sofía Amaya Producciones Ltda., encargada del desarrollo de la estrategia comunicativa.

El proyecto tuvo como objetivo el diseño de un modelo de asistencia técnica en el que el ciudadano beneficiario del régimen subsidiado de salud sea considerado el eje del desempeño estatal. A través de la combinación de diferentes estrategias de asistencia técnica utilizadas en forma simultánea, las direcciones locales y departamentales de salud que participaron en el proyecto tuvieron la oportunidad de expresar su problemática, mostrar sus experiencias exitosas y formular propuestas en el ámbito nacional. Por su parte, los contextos nacional y departamental se acercaron al municipio para entender la complejidad de la gestión local y la problemática que prevalece.

El proyecto partió de una definición, estandarización y validación de los cuatro macroprocesos de la gestión municipal del régimen subsidiado de salud, suficientemente precisa y a la vez general, para que cada municipio pudiera ajustarlos a su realidad local y adoptarlos como manuales institucionales. De igual manera se procedió con el ámbito departamental.

Una vez estandarizados los procesos y diseñada la primera versión de la *Caja de herramientas*, que incluyó manuales, documentos conceptuales, videos y afiches, así como el marco normativo, se prestó asistencia técnica a los entes territoriales seleccionados. Este proceso se hizo a través de diferentes estrategias de capacitación, acompañamiento y asesoría a los servidores públicos, que partiendo de la elaboración de un autodiagnóstico formularon e implementaron planes de mejoramiento. En forma simultánea y durante todo el proceso se llevó a cabo la retroalimentación al Ministerio de la Protección Social, de los principales problemas y prácticas exitosas adelantadas por parte de los municipios y departamentos.

## Proceso de construcción colectivo

Fueron muchos los conocimientos, inquietudes, experiencias y recomendaciones que aportaron los 494 servidores públicos que participaron en el proyecto, y de alrededor de 50 profesionales involucrados en calidad de directores, coordinadores, facilitadores y docentes de las firmas contratistas. En general, hay consenso en señalar que un cambio tan innovador requiere que los formuladores de políticas diseñen procesos de asistencia técnica con estrategias para el acompañamiento a los ejecutores en su implementación. A la vez se deben diseñar y llevar a cabo estrategias de apoyo, seguimiento y evaluación que permitan la retroalimentación a los formuladores sobre las dificultades y logros que se presenten en su desarrollo. Se hicieron innumerables recomendaciones orientadas a la revisión de la profusa normatividad y se llevó a cabo una propuesta de consolidación de un nuevo acuerdo marco. De igual manera se enfatizó en la necesidad de fortalecer el sistema de

inspección, vigilancia y control, para lo cual el proyecto aporta la experiencia del sistema de evaluación territorial (SET).

Los servidores públicos que gestionan el régimen subsidiado en las entidades territoriales son individuos con conocimientos, actitudes, valores, experiencias, culturas e historias diferentes —muchas veces sometidos a presiones indebidas de diferentes actores. Se hace necesaria su participación en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas, para ello se requiere generar una comunicación constante entre el nivel formulador y regulador y el ejecutor, al igual que crear incentivos como la capacitación y el mejoramiento, en muchos casos, de sus condiciones laborales.

El servicio público de salud no puede estar condicionado el cambio continuo de sus servidores cada vez que por motivos políticos o burocráticos se requiera, lo que trastorna la continuidad en el mejoramiento y limita su eficacia. Muchos municipios y departamentos deben proveer a sus servidores de las mínimas condiciones locativas y tecnológicas para el adecuado desempeño de sus funciones de acuerdo con su tamaño y categoría.

La formación y el acompañamiento solo persiguen un objetivo: mejorar la prestación del servicio público de salud en general, y del régimen subsidiado de salud en este caso particular. De tal forma que se recobre la credibilidad, el respeto y la confianza de los usuarios en las entidades públicas y privadas que participan en su implementación, se asegure el mejor empleo de los recursos que lo financian y se cumpla con el derecho ciudadano a la salud y la seguridad social en las mejores condiciones de calidad. Para esto se requiere además la renovación de principios éticos que posibiliten generar o fortalecer, si es el caso, una nueva cultura de la administración pública, basada en la responsabilidad, la veracidad, la honestidad, la solidaridad y la participación, y orientada hacia la consecución de resultados y la rendición de cuentas con consecuencias.

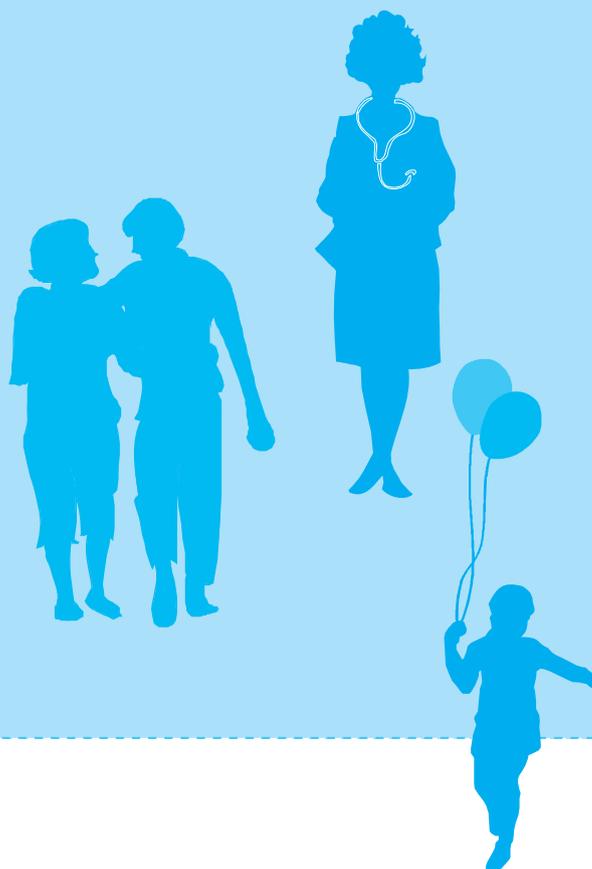
La salud como derecho fundamental no puede seguir siendo entendida como un favor ni como un carné, por lo que la visión del proyecto de asistencia técnica reafirma que: el “régimen subsidiado es un derecho asegurado”.

Como conclusión general podemos decir que, dado el hecho de que la reforma al sistema de salud estuvo acompañada de un proceso descentralizador, los entes territoriales deben prepararse cada día mejor para asumir en toda su magnitud su compleja labor. En este sentido la formación de los servidores públicos se convierte en uno de los temas más importantes, al cual se debe prestar la mayor atención en el marco de los procesos de modernización de la administración pública. El diseño, la implementación y la evaluación de políticas públicas, en este caso de salud, necesita de un acompañamiento constante a sus gestores y de una mejor articulación de los ámbitos nacional, departamental y local, así como de estrategias integradas de vigilancia y control.

La propuesta que surge una vez consolidada esta experiencia es la de adelantar un programa nacional y continuo de asistencia técnica, acorde con la política de formación del recurso humano en salud, más allá de las competencias que exige la gestión del régimen subsidiado, que permita la asunción eficiente de las competencias en salud de las entidades territoriales y nacionales, y propicie la comunicación en doble vía entre los diseñadores, ejecutores y usuarios de la política pública de salud.

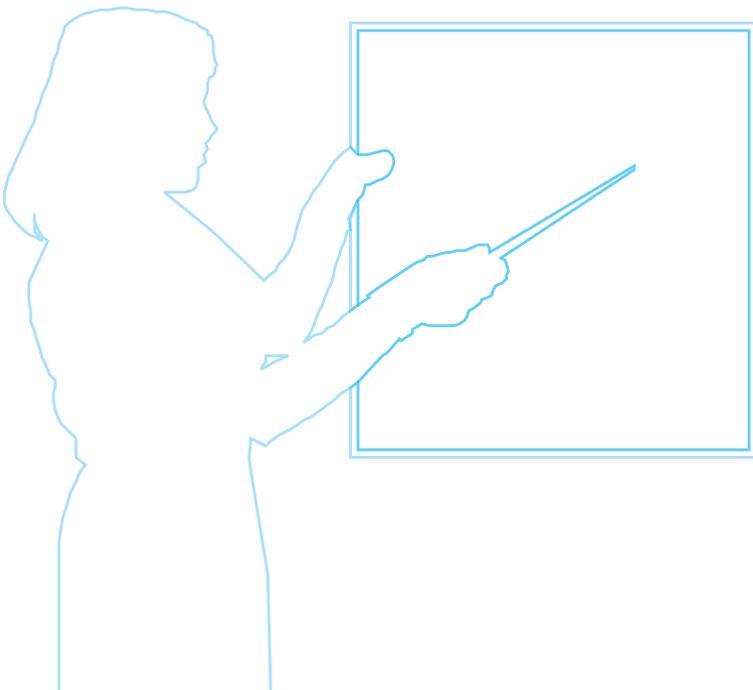
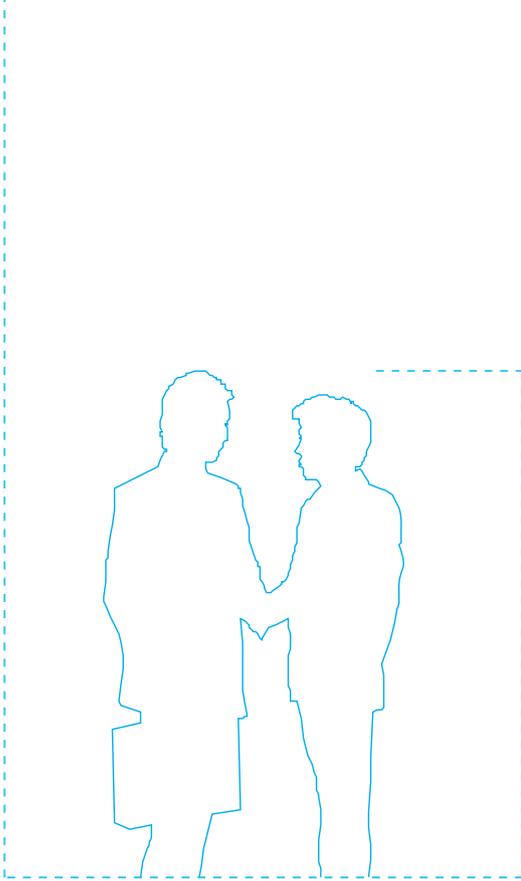
**María Heidi Amaya Valdivieso**





## Capítulo I

# Fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales



## A. Antecedentes

Con el objeto de evaluar la problemática y el avance de los procesos del aseguramiento, y siguiendo las recomendaciones presentadas por la Misión Harvard en 1996 en su informe final *La reforma de salud en Colombia y el plan maestro de implementación*<sup>1</sup>, el Ministerio de Salud, actual Ministerio de la Protección Social (MPS), ejecutó a través del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) desde diciembre de 1999, dos proyectos para la evaluación de la gestión de los regímenes subsidiado y contributivo de salud.

Los proyectos Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el régimen subsidiado, ejecutado con la Universidad Nacional de Colombia-Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), y Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de afiliación, pago y recaudo, con la Unión Temporal Econometría-Bitrán-ESAP, finalizaron en el primer trimestre de 2002 y presentaron a consideración del Ministerio propuestas de ajuste para los regímenes de salud, las cuales fueron insumo importante para el proyecto de Asistencia técnica de fortalecimiento de la gestión del régimen subsidiado.

El proyecto sobre régimen subsidiado (RS) realizó un estudio nacional con una cobertura de 99 municipios, en los cuales

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud - Escuela de salud pública Universidad de Harvard. La reforma de salud en Colombia y el plan maestro de implementación. Proyecto de reforma del sector salud en Colombia. Informe final. 1996.

se evaluaron los procesos de selección de beneficiarios (SISBEN), contratación con administradoras del régimen subsidiado (ARS), situación financiera y tipología de administradoras del régimen subsidiado<sup>2</sup>, fuentes y flujos de recursos, contratación ARS-IPS (instituciones prestadoras de servicios de salud) e inspección, vigilancia y control (IVC). Los problemas identificados en cada uno de los procesos fueron cuantificados en orden de magnitud y clasificados de acuerdo con las causas y los efectos más importantes frente a la aplicación de los principios de equidad y solidaridad en el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).

Entre los problemas identificados se resaltan para este efecto: a) Las limitaciones de cobertura y actualización del SISBEN. b) Las ineficiencias generadas por los contratos tripartitos entre departamentos, municipios y ARS c) Las debilidades de los municipios para la contratación, las cuales resultaban inversamente proporcionales a su tamaño y grado de desarrollo, y afectaban las exigencias a las ARS para el cumplimiento de sus obligaciones, principalmente en relación con la calidad y la oportunidad en el servicio d) La dispersión en la gestión y el flujo de recursos que favorecía los desvíos y moras e) Las diversas formas de detección y tramitación de violaciones de los derechos por los actores institucionales y sociales, unidas a una alta informalidad y falta de transferencia de las quejas y los reclamos a instancias departamentales y nacionales para su resolución. f) Limitaciones en el control social por su dispersión y atomización<sup>3</sup>.

---

2 A partir de la Ley 1122 de 2007, las administradoras del régimen subsidiado pasan a ser llamadas entidades promotoras de salud del régimen subsidiado (EPS-RS).

3 Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Universidad Nacional de Colombia. Proyecto Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios del régimen subsidiado de salud. Colección *La Seguridad Social en la Encrucijada, Tomo I ¿Ha mejorado el acceso en salud?* Evaluación de los procesos del régimen subsidiado. Memoria institucional. Óscar Rodríguez Salazar, 2002.

Las alternativas de solución propuestas, en discusión con el Ministerio, se orientaron a: a) Un ajuste técnico del proceso de selección de beneficiarios b) Eliminación de los contratos tripartitos c) Creación de sistemas descentralizados de recaudo de fuentes de financiamiento en el ámbito municipal d) Pago anticipado de la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado (UPC-s) e) Regionalización de la operación de las ARS, las cuales debían tener los mismos requisitos y obligaciones de las EPS. f) El desarrollo de un sistema de inspección, vigilancia y control organizado sobre la identificación y la protección de los derechos y deberes de los afiliados.

Muchas de las recomendaciones de los proyectos fueron incorporadas por el Ministerio en: a) El proceso de ajuste de la operación del régimen subsidiado b) El mejoramiento de la gestión financiera de los recursos c) La cualificación de los procesos de selección y priorización de beneficiarios del subsidiado d) La contratación entre municipios y ARS e) La operación regional f) La habilitación de ARS. g) El diseño de un nuevo modelo de inspección, vigilancia y control.

Los ajustes mencionados fueron aprobados en los decretos 050 de 2003, por el cual se adoptaron medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado; el decreto 2309 de 2002, que define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, y el acuerdo 244 de 2003, por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones.

En la anterior estructura del Ministerio, la Dirección General de Aseguramiento desarrolló las propuestas normativas de operación del régimen subsidiado para estudio del Consejo Nacio-

Se evidenciaron los problemas de los entes territoriales para abocar en forma adecuada los procesos e instrumentos para la operación del régimen subsidiado, tanto por el continuo cambio de estos y su escasa estandarización, como por las limitaciones de capacidad técnica que presentaban.

nal de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y de las instancias de regulación, lideró la expedición de los acuerdos, resoluciones y decretos respectivos, y participó en las discusiones de la Ley 715 de 2001.

De otro lado, en el diagnóstico también se evidenciaron los problemas de los entes territoriales para abocar en forma adecuada los procesos e instrumentos para la operación del régimen subsidiado, tanto por el continuo cambio de

El proyecto contempló las bases para el diseño de un modelo de asistencia técnica orientado al mejoramiento de la gestión institucional, y de un modelo de evaluación de la inspección, vigilancia y control.

estos y su escasa estandarización, como por las limitaciones de capacidad técnica que presentaban. Lo anterior, unido a dificultades en la articulación de la nación, departamentos y municipios que demandaban un proceso de reconfiguración para la gestión de este régimen, en el cual la asistencia técnica se constituía en un instrumento que aportaría a su fortalecimiento.

## 1. Recomendaciones del proyecto de Evaluación

Con base en las propuestas del proyecto de evaluación del régimen subsidiado sobre asistencia técnica se formularon las bases para el diseño de un modelo de asistencia técnica orientado al mejoramiento de la gestión institucional, y de un modelo de evaluación de la inspección, vigilancia y control sobre procesos reales basados en la concertación, la articulación entre los distintos ámbitos territoriales, la autorregulación y la participación comunitaria, denominado sistema de evaluación territorial (SET). Estas recomendaciones sirvieron de base para la posterior elaboración del proyecto de asistencia técnica.

### a. Asistencia técnica en el sgss

Para la realización del diagnóstico de asistencia técnica<sup>4</sup>, la Universidad Nacional utilizó una encuesta institucional que aplicó a direcciones departamentales y locales de salud, administradoras del régimen subsidiado e instituciones prestadoras de servicios de salud (Cuadro I.I).

**Cuadro 1.1**  
**Observaciones realizadas por categoría de municipio, 2000**

Categorías	Municipios	Encuestas			
		DLS	DSS	ARS	IPS
1	33	33	18	68	86
2	13	13	5	23	18
3	29	29	1	26	33
Total	75	75	24	117	137

Fuente: Ministerio de Salud-Universidad Nacional de Colombia-CID. Proyecto Evaluación del régimen subsidiado de salud.

Los resultados de la encuesta mostraron un bajo grado de desarrollo de los procesos y actividades de asistencia técnica en las diferentes entidades:

La capacidad de ofrecer asistencia técnica es baja y la elección de los temas que se ofrecen responde más directamente a lo que se interpreta como fortalezas propias, o a las percepciones e intuiciones que tienen los funcionarios de las instituciones, antes que a un diagnóstico sistémico o a un análisis situacional del sector.

Según el estudio, lo expresado se reflejaba en:

La falta de conciencia sobre la importancia de esta, como mecanismo cohesionador y como palanca de desarrollo; en ausencia

4 Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Universidad Nacional de Colombia. Proyecto Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios del régimen subsidiado de salud. Colección *La Seguridad Social en la Encrucijada, Tomo I ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado. ¿Qué desarrollo ha logrado la asistencia técnica en el sistema de salud?* Carlos Agudelo, 2002.

de procesos formales de planeación, evaluación y seguimiento a las actividades que se realizan; en la ausencia de sistemas de información incluso elementales y en la ausencia de memoria institucional, registros y acervo documental que permita obtener una información suficiente y confiable sobre tendencias y situaciones<sup>5</sup>.

El modelo prevalente era un

modelo de alta informalidad, de respuesta parcial y sobre la marcha a las demandas y a las muy amplias necesidades inmediatas, de asignación episódica y circunstancial de recursos y de ausencia de una visión estratégica<sup>6</sup>.

#### b. Propuesta del sistema de evaluación territorial

Otra propuesta del proyecto de evaluación del régimen subsidiado, tal como se mencionó fue el sistema de evaluación territorial (SET).

El sistema de evaluación propuesto se basó en tres componentes: a) un sistema de información sobre quejas y reclamos, b) un sistema de indicadores de gestión y c) la evaluación participativa. Estos componentes serían las fuentes para evaluar el comportamiento del régimen subsidiado de salud en el municipio y adelantar las tareas de seguimiento.

La propuesta contenía un sistema de alarmas que alertarían sobre el nivel en el que se encuentran el municipio y cada uno de sus actores, y también establecería un ordenamiento (*ranking*) para observar el desempeño de cada institución con respecto a sus similares. Los resultados de las distintas fuentes deberían ser discutidos por la colectividad y a partir de allí, mediante concertación, se establecerían los compromisos que originarían la autorregulación.

---

5 Ibid.

6 Ibid.

## B. El proyecto de asistencia técnica

Ante las dificultades detectadas en la gestión del régimen subsidiado, a finales de 2003 el PARS diseñó el proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado, dirigido a la capacitación y el reentrenamiento de los servidores públicos encargados de las funciones de aseguramiento en el RS de salud en los ámbitos nacional, departamental y municipal.

Con tal fin se definieron cuatro zonas<sup>7</sup> para la ejecución del proyecto, las cuales se estructuraron de tal forma que tuvieran un promedio similar de departamentos y municipios, con excepción de la Zona Centro, en la cual el contratista tendría como actividad adicional levantar los procesos y procedimientos del flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado en el ámbito nacional.

Los departamentos de Amazonas, Guaviare, Guainía, Vaupés y Vichada no pudieron ser incluidos, dados los costos de desplazamiento a los corregimientos y municipios frente a las restricciones financieras de ese momento. Estos departamentos serían prioritarios para una segunda fase del programa.

Las regiones definidas fueron:

- Zona Centro (incluye el ámbito nacional)
- Zona Noroccidente

Ante las dificultades detectadas en la gestión del régimen subsidiado, a finales de 2003 el PARS diseñó el proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado.

<sup>7</sup> A la fecha de formulación del proyecto no se había terminado el estudio de regionalización del régimen subsidiado de salud, que posteriormente estableció las regiones de operación para las ars (eps-rs), formalizado en la resolución 1013 de 2005.

- Zona Suroccidente
- Zona Costa Atlántica y Santanderes.

Con base en esta zonificación se propuso la realización de cuatro proyectos de asistencia técnica (uno para cada zona) y un proyecto adicional encargado del diseño de la estrategia comunicativa y la elaboración del material educativo unificado.

En el Cuadro 1.2 se observa la distribución por departamentos y el número de municipios que debían cubrir las firmas contratistas.

Además se incluyó el desarrollo de un modelo operativo de inspección, vigilancia y control del régimen subsidiado de salud.

**Cuadro 1.2**  
**Cobertura del proyecto**

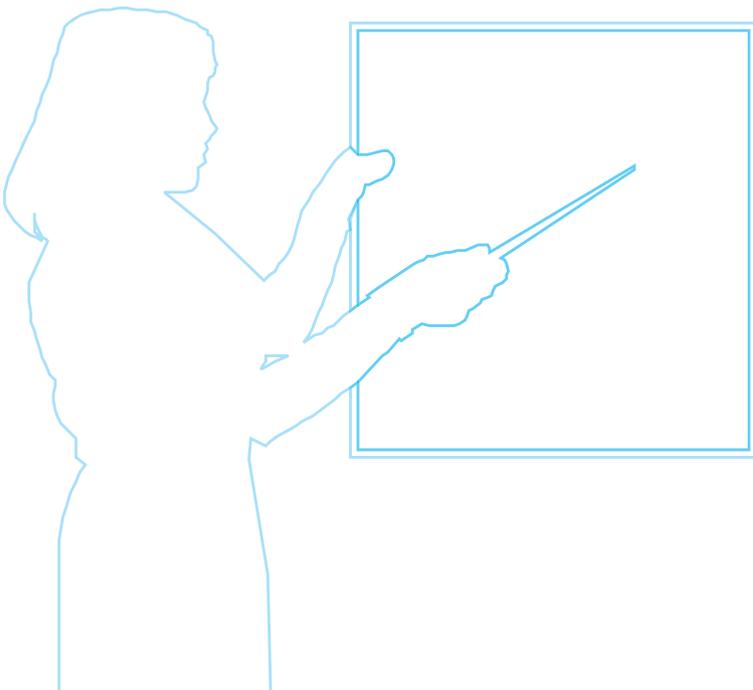
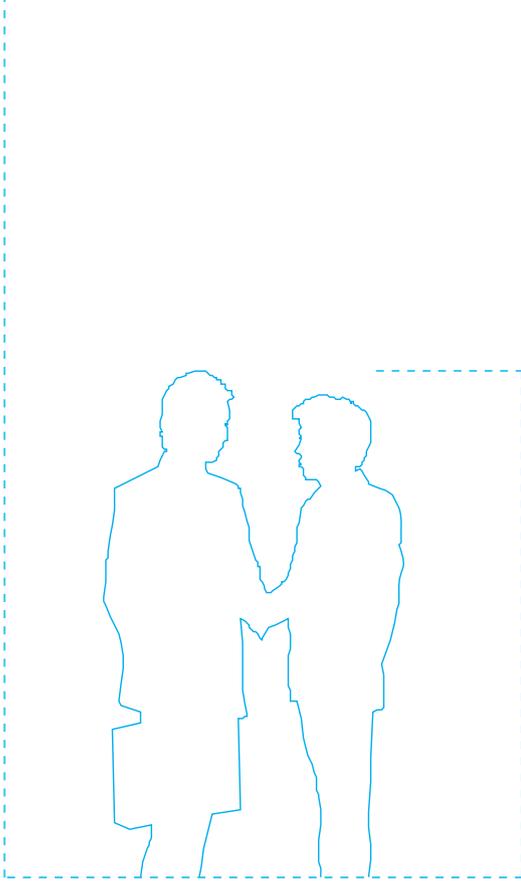
Zona	No.	Departamentos	No. municipios por departamento	Municipios con asistencia técnica
Centro incluye ámbito nacional	5+ Btá.MPS	Bogotá	1	20
		Cundinamarca	116	
		Meta	29	
		Casanare	19	
		Arauca	7	
		Boyacá	123	
<b>Subtotal</b>			<b>295</b>	
Costa Atlántica y Santanderes	8	Atlántico	23	25
		Bolívar	45	
		Cesar	25	
		La Guajira	15	
		Magdalena	30	
		San Andrés	2	
		Norte de Santander	40	
Santander	87			
<b>Subtotal</b>			<b>267</b>	
Noroccidente	7	Antioquia	125	25
		Córdoba	28	
		Chocó	30	
		Risaralda	14	
		Caldas	27	
		Quindío	12	
		Sucre	26	
<b>Subtotal</b>			<b>262</b>	
Suroccidente	7	Valle	42	25
		Cauca	41	
		Huila	37	
		Tolima	47	
		Nariño	64	
		Putumayo	12	
		Caquetá	16	
<b>Subtotal</b>			<b>259</b>	
	<b>Total:</b>	No se incluyen los deptos. de Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada	1.083	95

**Fuente:** Ministerio del Interior, información originada en decretos remitidos por las entidades territoriales y la resolución 576 de 2003 de la Contaduría General de la Nación. El resto corresponde a la categoría informada de la vigencia 2003 y en su defecto corresponde a un ejercicio.





Capítulo 2  
El modelo de asistencia técnica



## A. Metodología para la selección de los municipios

La metodología para seleccionar los municipios tuvo en cuenta su área de influencia, representación por categoría sobre el total de municipios de la zona, factibilidad de cubrir los costos de desplazamiento y posibilidad en el futuro de ser centros de referencia y cooperación con otros municipios de la región. La propuesta metodológica contenía los siguientes criterios:

- Categoría
- Población total
- Población cabecera municipal y resto del municipio
- Población del régimen subsidiado
- Nivel de necesidades básicas insatisfechas
- Cobertura del régimen subsidiado sobre el total de población con NBI
- Distancia en kilómetros de la capital del departamento
- Clasificación de los municipios en grupos nodales, regiones o provincias según cada departamento
- Accesibilidad geográfica desde centro coordinador
- Voluntad política de las autoridades seccionales.

No se tuvieron en cuenta en la selección las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín, por considerar que poseen mayores recursos

y posibilidades de capacitación. Sin embargo, ante la solicitud de las secretarías de salud de Cali y Pasto, estas ciudades fueron incluidas en los diplomados. La única ciudad intermedia capital no seleccionada fue Pereira.

Una vez aplicados los criterios a las diferentes regiones por departamento, se seleccionaron 99 municipios, los cuales fueron visitados y convocados a participar durante dieciséis meses en el proyecto.

El primer grupo de municipios correspondiente a la Zona Centro, a cargo de la Universidad Nacional de Colombia-CID, tuvo como sedes de coordinación y capacitación las ciudades de Tunja y Bogotá (Cuadro 2.1).

**Cuadro 2.1**  
**Cobertura del Proyecto Zona Centro**  
**Universidad Nacional de Colombia**

No.	Departamentos	Municipio	Categoría 2004
1	Arauca	Arauca	4
2	Boyacá	Aquitania	6
3	Boyacá	Belén	6
4	Boyacá	Chiquinquirá	6
5	Boyacá	Moniquirá	6
6	Boyacá	Ramiriquí	6
7	Boyacá	Ráquira	6
8	Boyacá	Sogamoso	4
9	Boyacá	Tunja	2
10	Casanare	Yopal	3
11	Cundinamarca	Cachipay	6
12	Cundinamarca	Facatativá	3
13	Cundinamarca	Girardot	3
14	Cundinamarca	La Mesa	6
15	Cundinamarca	Tabio	6
16	Cundinamarca	Tocaima	6
17	Cundinamarca	Ubaté	6
18	Cundinamarca	Zipaquirá	4
19	Meta	Restrepo	6
20	Meta	Villavicencio	2

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. 2005.

El segundo grupo de municipios de la Zona Costa Atlántica y Santanderes estuvo a cargo de la Universidad del Norte, y tuvo como sedes las ciudades de Barranquilla y Bucaramanga (Cuadro 2.2).

**Cuadro 2.2**  
**Cobertura del Proyecto Zona Costa Atlántica y Santanderes - Universidad del Norte**

No.	Departamentos	Municipio	Categoría 2004
21	Atlántico	Barranquilla	1
22	Atlántico	Repelón	5
23	Atlántico	Sabanalarga	6
24	Atlántico	Tubará	6
25	Bolívar	Arjona	6
26	Bolívar	Cartagena	1
27	Bolívar	Magangue	6
28	Bolívar	San Juan de Nepomuceno	6
29	Bolívar	Santa Rosa	6
30	Cesar	Aguachica	6
31	Cesar	Agustín Codazzi	4
32	Cesar	Valledupar	2
33	Guajira	Barrancas	6
34	Guajira	Maicao	4
35	Guajira	Riohacha	4
36	Magdalena	Fundación	6
37	Magdalena	Santa Marta	2
38	Magdalena	Sitionuevo	4
39	Magdalena	Tenerife	6
40	Norte de Santander	Ábrego	4
41	Norte de Santander	Chinácota	6
42	Norte de Santander	Cúcuta	1
43	Norte de Santander	Pamplona	6
44	San Andrés	San Andrés	3
45	Santander	Barrancabermeja	1
46	Santander	Bucaramanga	1
47	Santander	Lebrija	4
48	Santander	San Gil	5

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. 2005.

En La Zona Noroccidente operó UT Corporación Calidad - Consultoría I Gestio y tuvo como sedes las ciudades de Medellín y Bogotá (Cuadro 2.3).

En esta zona se cambió el municipio de Itsmina inicialmente seleccionado por el de Condoto, debido a la falta de interés de las autoridades en participar en el proyecto.

**Cuadro 2.3**  
**Cobertura del Proyecto Zona Noroccidente -**  
**Corporación Calidad - Consultoría I Gestio**

No.	Departamentos	Municipio	Categoría 2004
49	Antioquia	Apartadó	5
50	Antioquia	Bello	1
51	Antioquia	La Ceja	4
52	Antioquia	San Pedro de los Milagros	6
53	Antioquia	Sopetrán	6
54	Antioquia	Venecia	6
55	Antioquia	Yarumal	6
56	Antioquia	Yolombó	6
57	Caldas	Manizales	1
58	Caldas	Norcasia	6
59	Caldas	Riosucio	4
60	Chocó	Condoto	6
61	Chocó	Nuquí	6
62	Chocó	Quibdó	6
63	Córdoba	Chimá	6
64	Córdoba	Ciénaga de Oro	6
65	Córdoba	Lorica	6
66	Córdoba	Montería	2
67	Quindío	Armenia	2
68	Quindío	Calarcá	4
69	Quindío	Quimbaya	6
70	Risaralda	Belén de Umbría	6
71	Risaralda	Dosquebradas	1
72	Risaralda	La Virginia	4
73	Sucre	Sincelejo	4
74	Sucre	Tolú	6

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. 2005.

El último grupo de municipios de la Zona Suroccidente fue asumido por la Pontificia Universidad Javeriana-CENDEX y tuvo como sedes las ciudades de Cali, Pasto y Neiva. Esta última fue alternada con Bogotá e Ibagué (Cuadro 2.4).

**Cuadro 2.4**  
**Cobertura del Proyecto Zona Suroccidente**  
**Pontificia Universidad Javeriana**

No.	Departamentos	Municipio	Categoría 2004
75	Caquetá	Florencia	3
76	Caquetá	Puerto Rico	6
77	Cauca	Mercaderes	6
78	Cauca	Popayán	2
79	Cauca	Santander de Quilichao	5
80	Cauca	Silvia	6
81	Huila	Gigante	6
82	Huila	Neiva	2
83	Huila	Tello	6
84	Huila	Teruel	6
85	Nariño	Chachaguí	6
86	Nariño	Ipiales	4
87	Nariño	La Florida	6
88	Nariño	San Bernardo	6
89	Nariño	Tumaco	4
90	Nariño	Túquerres	4
91	Putumayo	San Francisco	6
92	Tolima	Espinal	3
93	Tolima	Falán	6
94	Tolima	Ibagué	1
95	Tolima	Venadillo	6
96	Valle	Cartago	5
97	Valle	Dagua	6
98	Valle	Florida	5
99	Valle	Zarzal	4

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. 2005.

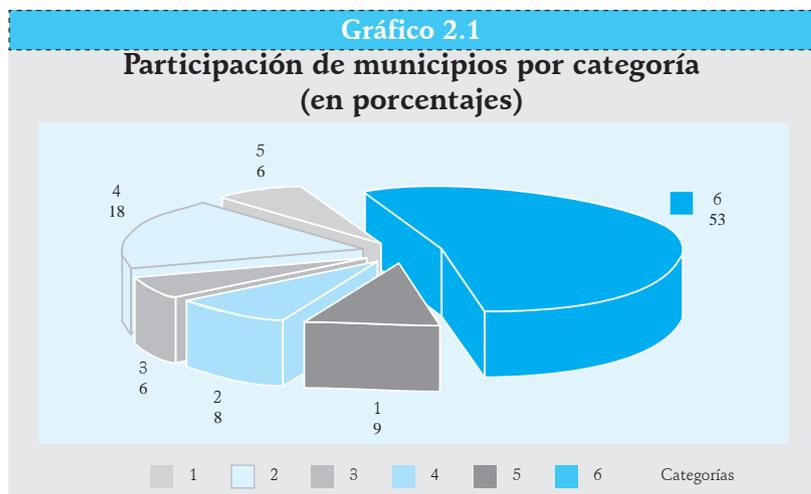
En forma consolidada se puede observar la selección de los municipios objeto del proyecto (Cuadro 2.5).

**Cuadro 2.5**  
**Total municipios por zona y categoría**

Categoría municipios	Total municipios	Zona Centro	Zona Costa Atlántica	Zona Noroccidente	Zona Suroccidente
1	9	0	5	3	1
2	8	2	2	2	2
3	6	3	1	0	2
4	18	3	6	5	4
5	6	0	2	1	3
6	52	12	12	15	13
<b>Total</b>	<b>99</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>25</b>

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. 2005.

Los 99 municipios seleccionados representan 9,1% del total del país, de los cuales los 58 más pequeños equivalen a 5,8% de los 997 existentes en las categorías 5 y 6 en los 27 departamentos elegidos (Gráfico 2.1 y Cuadro 2.6).



**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. 2005.

### Cuadro 2.6

## Participación de los municipios por categoría

Categoría municipios	Total municipios en 27 departamentos	Porcentaje sobre total elegibles	Total elegidos	Porcentaje sobre total elegidos	Participación por grupo del total zonas (%)
Grupo 5 y 6	997	92,06	58	58,59	5,8
Grupo 3 y 4	56	5,17	24	24,24	42,9
Grupo 1 y 2	30	2,77	17	17,17	56,7
<b>Total municipios elegibles</b>	<b>1083</b>	<b>100,00</b>	<b>99</b>	<b>100,00</b>	<b>9,1</b>

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. 2005.

## 1. Municipios adicionales

Durante la fase de inicio se recibieron múltiples solicitudes de municipios que querían ingresar al proyecto, por lo que se acordó recibir unos adicionales que participarían en la estrategia de capacitación de los diplomados. Los municipios adicionales fueron 13, para un total de 112 en el proyecto.

En el Cuadro 2.7 se puede observar el listado de los municipios adicionales, siete de los cuales corresponden a la Zona Su-rocidente, a cargo de la Universidad Javeriana; cuatro, a la Zona Costa Atlántica y Santanderes, a cargo de la Universidad del Norte; uno, a la Zona Centro y uno, a la Zona Noroccidental.

### Cuadro 2.7

## Municipios adicionales participantes en los diplomados

No.	Contratista	Departamentos	Municipio	Categoría 2004
1	Universidad Nacional	Casanare	Támara	6
2	Universidad del Norte	La Guajira	Uribia	6
3	Universidad del Norte	Magdalena	Aracataca	6
4	Universidad del Norte	Antioquia	Barbosa	4
5	Universidad del Norte	Antioquia	Envigado	1
6	UT Corp. Calidad	Risaralda	Quinchía	6
7	Universidad Javeriana	Cauca	El Tambo	6
8	Universidad Javeriana	Cauca	Timbío	6

Continúa en la siguiente página

No.	Contratista	Departamentos	Municipio	Categoría 2004
9	Universidad Javeriana	Nariño	Pasto	2
10	Universidad Javeriana	Nariño	Potosí	6
11	Universidad Javeriana	Nariño	Santacruz	6
12	Universidad Javeriana	Putumayo	Mocoa	6
13	Universidad Javeriana	Valle del Cauca	Cali	E

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. 2005.

## B. Concepto de asistencia técnica

La asistencia técnica como estrategia de acercamiento de las políticas públicas a las instituciones se define como “el conjunto de actividades que permiten transmitir información y conocimientos, así como formar actitudes y desarrollar habilidades en los procesos administrativos y técnicos, para el mejoramiento continuo de los objetivos y la calidad del sistema de seguridad social en salud”, es decir, “saber cómo” y “saber hacer bien las cosas”<sup>1</sup>.

La asistencia técnica también hace referencia a las acciones orientadas a resolver las consultas, inquietudes y dudas de los usuarios de las herramientas e instrumentos del sistema. Estos requerimientos se deben atender a través de distintos medios, que pueden ser verbales, escritos, correo electrónico, fax o consultas presenciales, sobre los distintos aspectos legales y de operación, en relación con los procesos y procedimientos, y la aplicación de estos<sup>2</sup>.

La asistencia técnica se definió como el fortalecimiento de conocimientos, habilidades, destrezas y capacidades presentes en los municipios y departamentos a través de sus servidores, lo que

1 Ministerio de Salud-Programa de Apoyo a la Reforma, Universidad Nacional de Colombia-Centro de Investigación para el Desarrollo (cid). ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado, ¿Qué desarrollo ha logrado la asistencia técnica en el sistema de salud?, noviembre de 2002.

2 Adaptado del Departamento Nacional de Planeación (dnp), componente de capacitación y asistencia técnica, 2005

implica también el intercambio de experiencias y conocimientos entre los entes territoriales. A la par y en consecuencia, acarrea cambios de actitudes de los servidores públicos frente a la gestión<sup>3</sup>.

El Ministerio ha definido por su parte la asistencia técnica como el

Proceso interactivo mediante el cual hay una construcción conjunta de conocimientos, habilidades y destrezas que son analizados y adaptados por agentes del Ministerio de la Protección Social y entidades públicas y privadas, y organizaciones sociales y comunitarias, para el mejor desempeño de sus funciones y adecuado cumplimiento de las políticas, planes, programas y metas del sistema de protección social. Dichos conocimientos y destrezas se configuran en metodologías, documentos y técnicas que son provistos a través de un conjunto de actividades programadas, las cuales incluyen talleres, asesorías, reuniones, conceptos escritos, suministro de tecnología blanda o dura, conferencias, o una combinación de las anteriores, entre otras<sup>4</sup>.

También se señalan las características de la asistencia técnica que contribuyen a su efectividad y validez<sup>5</sup>:

- Cliente: prestar una asesoría y asistencia técnica dirigida a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, partiendo de un conocimiento real y eficaz, con base en el análisis de la información y no simplemente en la intuición

Los 99 municipios seleccionados representan 9,1% del total del país, de los cuales los 58 más pequeños equivalen a 5,8% de los 997 existentes en las categorías 5 y 6 en los 27 departamentos elegidos.

3 Amaya Valdivieso María Heidi, Cobo Ramírez, Carlos Vladimir. Acercamiento conceptual a la asistencia técnica, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - Ministerio de la Protección. Abril de 2005.

4 Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Planeación y Análisis de la Política. Proceso de asistencia técnica. Agosto de 2006.

5 Ibíd.

La asistencia técnica se definió como el fortalecimiento de conocimientos, habilidades, destrezas y capacidades presentes en los municipios y departamentos a través de sus servidores, lo que implica también el intercambio de experiencias y conocimientos entre los entes territoriales.

- Calidad: en cuanto a los contenidos, oportunidad, eficacia y eficiencia
  - Producto: debe contener objetivos específicos definidos claramente, que incluyen seminarios, talleres, mesas de trabajo, servicios de consulta y asesoría, bien sea institucional, sectorial, territorial, regional, nacional o internacional
  - Efectos y orientada al logro de resultados: se debe garantizar el mayor énfasis en el desarrollo de las competencias personales e institucionales sostenibles y perdurables
  - Flexibilidad: la asistencia técnica debe permitir la apertura de los espacios de discusión entre los responsables de los diferentes procesos y entre los niveles de la entidad territorial, de manera que en forma permanente se enriquezcan mutuamente. Por ello, las personas que brinden la asistencia técnica, además de contar con el conocimiento o la información sobre los temas, deberán tener actitud abierta y habilidades tanto para transmitir como para percibir y canalizar los comentarios o apreciaciones de los demás, adaptándose a las particularidades territoriales
- Coordinación y concertación: asesorar con la participación activa y eficiente del otro, para conseguir un resultado que satisfaga ambas partes
  - Cooperación y articulación: trabajo solidario e integrado para dar respuesta a una solicitud, como el aprovechamiento de los recursos
  - Información: las direcciones territoriales o ministeriales deben suministrar la información suficiente y oportuna para el desarrollo del proceso

- **Integralidad:** responder a las necesidades en conjunto, de manera coherente y no fragmentada o parcial
- **Trabajo en equipo:** para la creación de los documentos técnicos y metodologías, así como la preparación permanente de los integrantes del equipo
- **Diálogo de saberes:** ambas partes conocen realidades y tienen diferentes percepciones; el papel del asesor es el de integrar esas dos posiciones, para la construcción conjunta de saberes, partiendo de las necesidades del interlocutor, el análisis y adaptación de las propuestas
- **Cooperación vertical y horizontal:** las entidades territoriales receptoras de la asistencia técnica deben a su vez multiplicar los contenidos temáticos en los demás niveles, así como disponer de la actitud y la voluntad para cooperar con otras instancias de su mismo nivel.

Para los municipios, el ámbito departamental debe ser la primera instancia de apoyo y cooperación tanto para el fortalecimiento del conocimiento en temas relacionados con el marco conceptual y procedimental, como para la adquisición de habilidades, destrezas y capacidades técnicas indispensables en la gestión del régimen subsidiado de salud.

En forma adicional, la asistencia técnica departamental debe aportar las herramientas que conduzcan a la implantación, el fortalecimiento y la consolidación de los procesos de gestión municipal del régimen subsidiado<sup>6</sup>.

Son componentes de la asistencia técnica, la capacitación, el asesoramiento y el acompañamiento, entendidos como un proceso continuo de mutuo apoyo, orientado al logro de resultados concretos que aporten al mejoramiento de la gestión que realizan

---

<sup>6</sup> Adaptado del Departamento Nacional de Planeación (dnp), componente de capacitación y asistencia técnica, 2005, Ley 715 de 2001.

los servidores públicos con el objeto de lograr mayor eficiencia y eficacia en la prestación del servicio público de salud.

- La capacitación tiene como objetivo proporcionar los conocimientos que le permitan al servidor público “fortalecer la capacidad para la innovación y afrontar el cambio, percibir los requerimientos del entorno, tomar decisiones acertadas en situaciones complejas, trabajar en equipo y valorar y respetar lo público”<sup>7</sup>
- El asesoramiento significa opinar, aconsejar y advertir sobre la forma de gestión del régimen subsidiado, en respuesta a las necesidades de los municipios
- El acompañamiento tiene que ver con el apoyo directo orientado a la solución de dificultades a través de distintas estrategias, como la atención en el mismo municipio.

## C. Componentes y estrategias del modelo

Con la definición de los principales componentes y estrategias, se estructuró la propuesta del modelo de asistencia técnica (Cuadros 2.8 y 2.9).

---

<sup>7</sup> Servicio Nacional de Aprendizaje (sena). Políticas de formación para el aprendizaje institucional. Bogotá, 2005.

## Cuadro 2.8

### Componentes del modelo de asistencia técnica

#### 1) Diagnóstico situacional del régimen subsidiado de salud

- Diagnóstico inicial del diseño organizacional en la implementación del régimen subsidiado y de la capacidad instalada disponible
- Elaboración de la ficha de caracterización municipal
- Diagnóstico del grado de desarrollo de los procesos y necesidades de asistencia técnica
  - Diagnóstico de competencias
  - Validación de los resultados de los diagnósticos
  - Identificación de centros de intervención
  - Presentación de los resultados del autodiagnóstico a las autoridades municipales.

#### 2) Formulación y desarrollo del plan de mejoramiento por procesos

- Los planes de mejoramiento se concibieron como el conjunto de estrategias y actividades tendientes a fortalecer las debilidades en estructura y procesos de la gestión territorial del régimen subsidiado, con miras a consolidar un sistema territorial de salud que les permita a los ciudadanos acceder a mejores condiciones de salud y calidad de vida.
- Las cuatro firmas desarrollaron instrumentos e instructivos para esta labor.
- Para la definición de los planes de mejoramiento se contó con los manuales de la Caja de herramientas primera versión, resultado de la estandarización y validación de los procesos municipales y departamentales del régimen subsidiado.

#### 3) Proceso de capacitación

- Las cuatro firmas desarrollaron un programa de capacitación, estructurando un diplomado con el objeto de mejorar conocimientos y habilidades, y que a la vez sirviera de incentivo para los servidores públicos territoriales. El diplomado estuvo dirigido a los servidores públicos, directivos y personal operativo a cargo de la gestión del régimen subsidiado tanto en los municipios como en los departamentos seleccionados
- El diplomado tuvo como objetivo brindar los elementos conceptuales y las herramientas metodológicas para el diseño, el desarrollo y la evaluación de los planes de mejoramiento de la gestión institucional del régimen subsidiado a escala territorial
- Los contenidos temáticos respondieron a los requerimientos del proyecto y a las necesidades identificadas en los diagnósticos municipales, especialmente en los resultados obtenidos en el diagnóstico de competencias (conocimientos, habilidades y destrezas) y en los talleres realizados con los funcionarios
- Para la capacitación se contó con los manuales de procesos estandarizados y validados en la primera fase del proyecto
- Se hizo entrega de la *Caja de herramientas para la gestión municipal del régimen subsidiado de salud*, producto del trabajo integrado de las cinco firmas
- Se certificó a los participantes del diplomado.

#### 4) Acompañamiento directo a municipios y departamentos

- Cada firma contó con facilitadores por departamento, en promedio uno por cada cinco a siete municipios, dependiendo de la dispersión geográfica. Estos estuvieron coordinados por un consultor principal del proyecto
- Los facilitadores acompañaron la elaboración del diagnóstico inicial, el seguimiento a los planes de mejoramiento y la evaluación
- Los facilitadores participaron igualmente en el diplomado
- En muchas de las visitas se contó con la presencia de los interventores, lo que se valoró como positivo por los municipios y departamentos que sentían la presencia del Ministerio.

#### 5) Visitas de seguimiento

El PARS y los interventores del proyecto participaron en las diferentes actividades y realizaron el seguimiento y acompañamiento a las cinco firmas.

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. 2005.

## Cuadro 2.9

### Estrategias del modelo de asistencia técnica

- 1) Estandarización y validación de los procesos municipales y departamentales del régimen subsidiado**
  - Estandarización y validación de los procesos municipales y departamentales bajo la coordinación del PARS
  - Con un grupo de servidores públicos seleccionados de los ámbitos nacional, departamental y municipal, se validaron los manuales, procesos y procedimientos levantados, así como los instrumentos técnicos identificados
  - Los procesos departamentales y nacionales fueron estandarizados y validados en su versión inicial por servidores públicos
  - Se hizo entrega de los contenidos para la producción del material educativo para el proceso de asistencia técnica.
- 2) Producción del material educativo para la capacitación, reentrenamiento y asistencia técnica**
  - Se diseñaron y produjeron 1.200 copias de la *Caja de herramientas para la gestión municipal del régimen subsidiado de salud*, material unificado que se utilizó en la estrategia de capacitación, entregado a los municipios del país
  - Se diseñó una página para difundir los resultados con acceso desde la página web del Ministerio.
- 3) Diplomado en gestión del régimen subsidiado**
  - Su plan académico se fundamentó en la dinámica del desarrollo del Sistema general de seguridad social en salud y en la gestión territorial con base en las competencias (nación, departamentos, distritos y municipios) de los procesos esenciales del régimen subsidiado
  - Los contenidos temáticos respondieron a los requerimientos del proyecto y a las necesidades identificadas en los diagnósticos municipales, especialmente en los resultados obtenidos en el diagnóstico de competencias (conocimientos, habilidades y destrezas) y en los talleres realizados con los servidores públicos
  - El diplomado se utilizó además para agenciar actividades de:
    - Gestión de los procesos esenciales del régimen subsidiado de salud a escala territorial
    - Validación de los diagnósticos situacionales de la gestión territorial del régimen subsidiado en cada uno de los departamentos y municipios seleccionados
    - Formulación de los respectivos planes de mejoramiento
    - Implementación de los procesos y procedimientos esenciales
    - Seguimiento y control de los cambios operados después de la implementación de los planes
  - Se llevaron a cabo trece diplomados en forma simultánea en diferentes ciudades con base en la regionalización definida.
- 4) Asesoría y acompañamiento a municipios y departamentos en el diagnóstico inicial y la formulación y desarrollo del plan de mejoramiento por proceso**
  - Personalizada a través de visitas de acompañamiento y asesoría con un equipo multidisciplinario de profesionales de las firmas y servidores públicos del ámbito departamental, con el fin de facilitar la replicación posterior y continuidad de los procesos de mejoramiento
  - Estrategia tutorial consistente en comunicación virtual, internet, tutoría telefónica.
- 5) Socialización de resultados**
  - A través de la realización de mínimo dos eventos por zona y un evento nacional final, se socializaron los avances y resultados del proyecto, con participación de los municipios seleccionados.
- 6) Metodología para la evaluación del grado de desarrollo alcanzado**
  - La evaluación de los resultados del proyecto en relación con el fortalecimiento de la gestión del régimen subsidiado en las entidades territoriales se llevó a cabo a través de un diagnóstico final con los instrumentos iniciales, lo que permitió realizar un análisis sobre los cambios en las brechas cuantitativas de gestión, comparando la línea base del diagnóstico inicial con la medición final. En los resultados obtenidos se pudo observar cómo en los municipios se lograron cerrar en gran porcentaje la mayoría de las brechas.
- 7) Transferencia de resultados al Ministerio**
  - A través de las reuniones del comité de transferencia, los consultores informaron los avances y resultados del proyecto y se aprobaron los diseños y contenidos de la estrategia de comunicaciones.
  - Las dificultades nacionales en la gestión del régimen subsidiado de salud ocuparon a los servidores del ámbito nacional, lo que imposibilitó una mejor participación en la ejecución del proyecto.

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. 2005.

## 1. Estandarización de los procesos de gestión

La elaboración de los manuales indicativos de los procesos municipales, departamentales y nacionales tuvo como objeto fomentar y fortalecer el establecimiento de métodos, procesos y procedimientos que permitieran articular los diferentes niveles en la gestión eficiente del régimen subsidiado de salud.

Los manuales en su conjunto constituyeron la base fundamental de la *Caja de herramientas para la gestión municipal del régimen subsidiado de salud*.

Los procesos estandarizados fueron la principal guía de trabajo en la capacitación en los diplomados, la elaboración del diagnóstico inicial y el diseño e implementación de los planes de mejoramiento.

Para los municipios, departamentos y nación se estandarizaron los siguientes procesos:

### **Municipio**

- Identificación, selección y priorización de beneficiarios
- Afiliación
- Contratación
- Gestión financiera de recursos.

### **Departamento**

- Asistencia técnica a los municipios en la gestión del régimen subsidiado en los cuatro macroprocesos de gestión municipal

Para cada proceso de gestión municipal se diseñó un instrumento de autoevaluación y seguimiento acorde con los procesos estandarizados y validados que hacen parte de la versión actualizada de la *Caja de herramientas*.

- Gestión del sistema de información del régimen subsidiado
- Gestión financiera departamental
- Inspección, vigilancia y control en los cuatro macroprocesos de gestión municipal.

### Nación

- Gestión financiera del orden nacional
- Gestión de la información
- Asistencia técnica.

## 2. Diagnóstico de la gestión

### a. Instrumentos de autodiagnóstico por proceso

Para cada proceso de gestión municipal se diseñó un instrumento de autoevaluación y seguimiento acorde con los procesos estandarizados y validados que hacen parte de la versión actualizada de la *Caja de herramientas*. En este aparte se presenta el instrumento correspondiente al proceso de identificación, selección y priorización.

Con el propósito de facilitar la posterior estructuración de los planes de mejoramiento y el seguimiento de su ejecución, se plantearon los siguientes instrumentos de aplicación para cada uno de los procesos objeto de intervención en el régimen subsidiado (Cuadro 2.10).

### Cuadro 2.10

## Instrumento de evaluación del proceso de identificación, selección y priorización

LÍNEA DE BASE	X			
FECHA DE APLICACIÓN				
	DD	MM	AA	
MEDICIÓN No.	X			
FECHA DE APLICACIÓN				
	DD	MM	AA	
Departamento:				
Municipio:				
Entidad:				
Nombre responsable del proceso:				
Dependencia:				
Cargo nominal 1:				
Cargo funcional 2:				
1 Cargo nominal: corresponde al nombre del cargo contractual, por ejemplo: profesional universitario, auxiliar 2 2 Cargo funcional: corresponde a la función principal, por ejemplo: coordinador de aseguramiento, administrador de base de datos.				
<b>PROCESO: A. IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE BENEFICIARIOS</b>				
<b>Subproceso a: integración y depuración de la base de datos de potenciales beneficiarios</b>				
Actividades	Puntaje *			Observaciones
	2	1	0	
* Puntaje: 2 = Se realiza y hay evidencia, 1 = Se realiza pero no hay evidencia, y 0 = No se realiza				
1.1	Elabora y remite oficio de solicitud de base de datos a la oficina del SISBEN			
1.2	Recibe y verifica las bases de datos SISBEN recibida			
1.3	Ajusta base de datos SISBEN a la estructura de las normas vigentes			
1.4	Elabora y remite oficio de solicitud de listados censales			
1.5	Recibe y verifica los archivos recibidos en medio magnéticos de los listados censales			
1.6	Transcribe la información recibida en medio físico de los listados censales			
1.7	Ajusta la información de los listados censales en la estructura de las normas vigentes			
1.8	Consolida la base de datos SISBEN y listados censales en un mismo archivo o BDUPB*			
1.9	Identifica y elimina las duplicidades en los registros			
1.10	Identifica y corrige las inconsistencias evidentes de datos en los registros que no requieren verificación en terreno			
1.11	Identifica y corrige las inconsistencias de datos en los registros que requieren verificación en terreno			
<b>SUBTOTAL</b>				

Continúa en la siguiente página

**SUBPROCESO B : ELABORACIÓN BASE DE DATOS INICIAL DE PRIORIZADOS**

**Subproceso a: integración y depuración de la base de datos de potenciales beneficiarios**

Actividades	Puntaje *			Observaciones
	2	1	0	
* Puntaje: 2 = Se realiza y hay evidencia, 1 = Se realiza pero no hay evidencia, y 0 = No se realiza				
2.1	La BDUPB se encuentra ordenada de acuerdo con el puntaje de la encuesta SISBEN, del menor al mayor y de la encuesta más antigua a la más nueva			
2.2	En la BDUPB se identifican los recién nacidos, menores desvinculados del conflicto, población rural, indígena y urbana y otras poblaciones especiales en el municipio, con base en la normatividad			
2.3	En la BDUPB se identifican las mujeres en estado de embarazo, niños menores de 5 años, población en condición de desplazamiento, población con discapacidad, mujer cabeza de familia, población de tercera edad, núcleos de madres comunitarias y población desmovilizada			
2.4	La BDUPB se encuentra numerada en forma consecutiva, acorde con los criterios de priorización			
2.5	Existe registro de publicación del acto administrativo			
2.6	Existe copia de seguridad de la base de datos de priorizados			
<b>SUBTOTAL</b>				

**SUBPROCESO C: ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE BASE DE DATOS ÚNICA DE POTENCIALES BENEFICIARIOS**

3.1	Solicita reportes de novedades a las entidades encargadas de seleccionar beneficiarios con criterios distintos al SISBEN mensualmente			
3.2	Solicita reportes de novedades a la oficina del SISBEN			
3.3	Solicita reportes de novedades a las EPS-RS y organizaciones comunitarias			
3.4	Atiende solicitudes de actualización de datos de los potenciales beneficiarios			
3.5	La BDUPB no presenta inconsistencias evidentes después de haber incorporado novedades			
3.6	Realiza visita de verificación de datos de inconsistencias			
<b>SUBTOTAL</b>			0	
<b>GRAN TOTAL SUBPROCESOS ISP</b>				

■ Cuando los resultados muestran un nivel de desempeño igual o superior a 90%

■ Cuando los resultados se encuentran entre 60% y menor a 90%

■ Cuando los resultados obtenidos se encuentran por debajo de 60%.

\* BDUPB: base de datos única de potenciales beneficiarios.

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. 2005.

## b. Diagnóstico inicial de la gestión y operación

Antes de iniciar los diplomados, las firmas acompañaron a los municipios en la realización del diagnóstico de la situación inicial y el desarrollo de los procesos de identificación, selección y priorización de beneficiarios; afiliación, contratación y gestión financiera de los recursos del régimen subsidiado.

Los instrumentos técnicos se estructuraron de tal forma que permitieran una aproximación en los componentes de conocimientos, habilidades y actitudes, relacionados con la gestión del régimen subsidiado en cada uno de los municipios seleccionados. La Universidad Javeriana realizó además una evaluación con base en el enfoque de procesos y competencias. Estos instrumentos fueron aplicados por el equipo técnico municipal y los servidores públicos encargados de la gestión del régimen subsidiado, para lo que se desarrollaron las siguientes herramientas y actividades:

- Ficha de caracterización municipal
- Instrumento de caracterización del RS por proceso
- Opiniones en relación con la gestión del RS
- Aproximación conceptual al RS por proceso.

A continuación se presentan en forma consolidada y descriptiva los principales problemas de los municipios y departamentos en la gestión del régimen subsidiado de salud por proceso, clasificados y ordenados según su frecuencia de presentación.

### ◆ Problemas municipales

En relación con los municipios el ejecutor principal de los procesos del régimen subsidiado identificó los siguientes problemas:

- **Proceso de identificación, selección y priorización**

En el cuadro 2.II se observan en forma consolidada los principales problemas que afectaban este proceso, según la percepción

de los servidores públicos que participaron en el proyecto. Los resultados corresponden a la evaluación inicial llevada a cabo durante enero y febrero de 2005 como actividad previa al inicio de la asistencia técnica a los municipios y departamentos.

**Cuadro 2.11**  
**Problemas del proceso de identificación, selección y**  
**priorización en municipios del proyecto**  
**Enero - febrero de 2005**

Código	Identificación	Problema	Descripción del problema
1	(ID)	No se ha terminado la aplicación del nuevo SISBEN o este presenta errores e inconsistencias en la información	No se ha terminado en 100% la aplicación del nuevo SISBEN
2		Dificultad con la obtención y problemas de calidad en la información contenida en los listados censales	La dirección territorial de salud solicita la información a los organismos encargados de la identificación de poblaciones especiales mediante listados censales; sin embargo, la información no es reportada oportunamente. La información reportada no cumple con los requerimientos normativos mínimos. No se recibe formalmente la base de datos del SISBEN
3		Dificultades en la integración, organización y depuración de la base de datos única de potenciales beneficiarios (BDUPE)	No se consolida la información proveniente de la encuesta SISBEN y de los listados censales en una base de datos única de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado (BDUPE). No se organiza la base de datos según la estructura de la resolución 1149 de 2006 y demás normas que la adición, modifiquen o sustituyan. No se depura la (BDUPE) realizando los cruces con el SISBEN ni la BDUA con el objeto de identificar duplicidades, inconsistencias, falta de información en los campos, entre otros
4		No se realizan actualizaciones periódicas de la base de datos de potenciales beneficiarios	No se solicitan novedades periódicas al SISBEN ni a los organismos o entidades que intervienen en la identificación de los beneficiarios del régimen subsidiado. No se reportan al SISBEN las novedades de actualización captadas por la dirección territorial de salud
5		No se aplican los criterios de priorización establecidos en las normas para las ampliaciones de cobertura	No se aplican correctamente los criterios de priorización establecidos en las normas. No se aplica el criterio de área (rural/ urbana) para la priorización previo a los procesos de ampliación de cobertura
6		No se publica o no existe listado de priorizados previo a los procesos de libre elección	La base de datos está desactualizada al momento de hacer la priorización. No se publican los listados de priorizados
7		No se conserva información histórica	No existe la cultura de proporcionar información al entregar los cargos las personas que se retiran. No se conserva un histórico de la BDUPE

Continúa en la siguiente página

8	Interferencias políticas en la priorización y administración de la base de datos	No se elabora el listado de priorizados. Existen presiones políticas que afectan el cumplimiento de las normas de priorización. Los criterios de priorización son generados en el ámbito local, de conformidad con las conveniencias de algunos actores políticos
9	Alta rotación e insuficiencia de personal encargado de las bases de datos	Escasez de recurso humano para administrar las bases de datos en el municipio. Excesiva rotación de los cargos

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. 2005.

## • Proceso de afiliación

En el cuadro 2.12 se presentan los problemas identificados en relación con el proceso de afiliación.

**Cuadro 2.12**

### Problemas en el proceso de afiliación Diciembre de 2005 a febrero de 2006

Código Afiliación (AF)	Problema	Descripción del problema
1	Selección e inscripción de EPS-RS: el municipio carece de la información actualizada y completa de las EPS-RS inscritas en el municipio	El municipio no cuenta con un archivo histórico que permita verificar el proceso de inscripción de las EPS-RS en el municipio. No se publica el listado de las EPS-RS inscritas con requisitos mínimos como dirección, teléfono y red de servicios
2	Planeación y promoción de la libre elección de EPS-RS: el municipio no realiza la planeación de la audiencia pública o acto de libre elección	No se lleva a cabo la planeación del acto de libre elección que garantice la disponibilidad de los recursos necesarios para su adecuada ejecución. El municipio no realiza eventos de libre elección para la afiliación de la población. Los afiliados y los cupos se distribuyen en partes iguales a las EPS-RS. Existe dificultad para informar a la población sobre las audiencias públicas de afiliación teniendo que completar los cupos por EPS-RS, en detrimento del principio de libre elección. No se verifica el período mínimo de permanencia para los traslados
3	No existe control ciudadano durante el proceso de libre elección	El proceso de libre elección no cuenta con la participación ni el control ciudadano necesario
4	No se carnetiza durante el proceso de libre elección	La carnetización no se realiza en el mismo momento en que se afilia en el evento de libre elección, por lo que se tienen dificultades con la oportuna carnetización de los afiliados
5	Los eventos de libre elección son realizados por las EPS-RS	El municipio no está realizando la afiliación, se deja en manos de la EPS-RS. El ente territorial posteriormente certifica la afiliación con base en los formularios únicos de afiliación que presenta cada EPS-RS

Continúa en la siguiente página

6	La base de datos única de potenciales beneficiarios priorizada <sup>BDUPB</sup> no se encuentra actualizada para el proceso de libre elección de EPS-RS	Las instituciones responsables de reportar mensualmente las novedades de los potenciales beneficiarios identificados con criterios distintos al SISBEN pueden no reportarlas o hacerlo de manera irregular o extemporánea. Existen dificultades para mantener actualizadas las novedades provenientes del SISBEN. Existen personas afiliadas al RS sin encuesta SISBEN
7	Se realizan afiliaciones fraudulentas a personas que no tienen el derecho	Afiliaciones fraudulentas. Convocatoria y afiliación de personas que no tienen el derecho. No se afilia a la población priorizada
8	Al existir solo una EPS-RS inscrita, no existe competencia para el aseguramiento	Se encuentra inscrita solo una EPS-RS en el municipio y existen presiones indebidas de los órdenes departamental y municipal para evitar el ingreso de nuevas
9	Inequidad en el proceso de afiliación para las ampliaciones de cobertura	Se afilian personas que tienen derecho pero que no estaban priorizadas para el evento de libre elección, porque la población en su mayoría es rural dispersa y quien acude es la población más cercana a la cabecera municipal. Personas que habiendo adquirido el derecho a ser afiliado no se afilian por falta de documento de identidad
10	La base de datos de nuevos afiliados y carnetizados no se depura una vez termina el proceso de afiliación y antes de la contratación	Problemas en la conformación y depuración de la base de datos de nuevos afiliados carnetizados para la contratación con las EPS-RS: no se hace una correcta depuración de las bases de datos para el inicio de la contratación. Las bases de datos entregadas a las EPS-RS presentan errores de digitación, duplicidades o multifiliación. El cruce de bases de datos con el régimen contributivo y con otros municipios no es oportuno. La base de datos del régimen contributivo que puede consultar el municipio está desactualizada, con lo cual se pueden estar identificando múltiples afiliaciones que no son ciertas o no se captan los ya afiliados. La base de datos para la contratación no identifica los afiliados de continuidad y de ampliación, traslados y reemplazos

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. Evaluación por proceso en 99 municipios, 2005.

- **Proceso de contratación**

En el cuadro 2.13 presenta los problemas de contratación:

### Cuadro 2.13

## Problemas del proceso de contratación Diciembre de 2005 a febrero de 2006

Código Contratación (c)	Problema	Descripción del problema
1	Dificultades en la suscripción y la legalización de los contratos de aseguramiento	<p>Suscripción y legalización de contratos: el municipio no solicita a las EPS-RS la presentación de los requisitos para la contratación en forma oportuna.</p> <p>Los contratos se legalizan en forma tardía, no se aportan oportunamente las pólizas de cumplimiento y demás requisitos contractuales, no se define la interventoría o no se anexa la base de datos de afiliados a los contratos.</p> <p>El municipio utiliza la minuta estándar del Ministerio para la contratación con las EPS-RS sin considerar el uso de cláusulas adicionales o anexos técnicos para reglamentar la solución a los problemas más frecuentes con las EPS-RS en cumplimiento de sus obligaciones.</p> <p>No existe planeación de los procesos de ampliación de cobertura en el ámbito nacional, lo que dificulta la planeación en el municipio.</p> <p>Se notifican tardíamente las directrices para la contratación por el Ministerio de la Protección Social</p>
2	Ausencia de interventoría y seguimiento a los contratos de aseguramiento	<p>No existe interventoría de los contratos con las EPS-RS.</p> <p>La interventoría está delegada en un funcionario con una carga laboral muy alta que le impide el cumplimiento de esta actividad.</p> <p>La interventoría la realiza una persona natural sin formación en auditoría/ interventoría en salud. No se cuenta con herramientas de seguimiento y control de los contratos de aseguramiento.</p> <p>La interventoría no reporta informes a la secretaría, o el municipio no verifica y avala los informes de interventoría para la aprobación de las facturas; estas se pagan solo con el aval del interventor.</p> <p>No hay claridad sobre la aplicación de multas por incumplimiento de las EPS-RS</p>
3	La contratación es realizada por la entidad departamental de salud	<p>La contratación parece estar muy influenciada por el ente departamental, que elabora las minutas.</p> <p>El municipio requiere asesoría pero con autonomía para incluir en los contratos cláusulas que aclaren y aseguren el cumplimiento de las obligaciones de las EPS-RS en los aspectos que el municipio considere constantemente vulnerados.</p> <p>No existen funcionarios con conocimientos suficientes en contratación de régimen subsidiado en el orden municipal.</p> <p>Falta de recurso humano con formación en derecho para atender los procesos de contratación y operación del régimen subsidiado. El municipio no cuenta con asesoría en el área jurídica.</p> <p>No existe personal suficiente debido a la aplicación de la Ley 617</p>
4	Dificultad para establecer las fuentes de financiación de los contratos por demora en la expedición de las resoluciones por el Ministerio de la Protección Social	<p>Dificultad para establecer fuentes de financiación.</p> <p>El Ministerio de la Protección Social emite las resoluciones de distribución de los recursos de cofinanciación del POSYCA y los acuerdos de los períodos de contratación con muy poca anticipación al inicio del proceso de contratación.</p> <p>Desconocimiento de las fuentes de financiación del régimen subsidiado</p>
5	No se ha completado la carnetización de los afiliados contratados	<p>Las EPS-RS no han carnetizado en un 100% a sus afiliados.</p> <p>El municipio carece de capacidad para la verificación del proceso de carnetización de afiliados activos de las EPS-RS</p>

Continúa en la siguiente página

Código Contratación (c)	Problema	Descripción del problema
6	Demora e inconsistencias en los reportes de novedades de afiliados por las EPS-RS	Las EPS-RS no reportan oportunamente las novedades y el municipio se demora en presentar el aval o rechazo de estas. Solo reemplazan los fallecimientos que informa la Registraduría Municipal. Los pagos se realizan sobre la población contratada, sin tener en cuenta las novedades. Dificultades para la identificación de todos los fallecimientos en el municipio
7	Contratos sin liquidar	El municipio no se encuentra al día con la liquidación de los contratos Existen contratos de vigencias anteriores sin liquidar y no existen informes de interventoría sobre la ejecución de estos. No se tienen en cuenta los informes de interventoría para liquidar los contratos
8	Barreras de acceso en la prestación de servicios del POS-S a los afiliados	Barreras de acceso a los servicios de salud del POS-S por causas como: las EPS-RS no entregan su base de datos de afiliados a las IPS, la entrega de medicamentos por las EPS-RS no es oportuna, existe incumplimiento de las metas y actividades de promoción y prevención. No se realiza seguimiento y verificación de la calidad en la prestación de los servicios, no se posee información sobre satisfacción del usuario. Escaso conocimiento del POS-S y sus coberturas y formas de contratación. El municipio no descentralizado depende de la entidad de salud departamental para la habilitación de las IPS de su jurisdicción. Problemas en la prestación y calidad de los servicios en la red pública por crisis institucional
9	Dificultades en la contratación del 4,01% para actividades de promoción y prevención*	Se presentan 4,01% de dificultades en la contratación para las actividades de promoción y prevención a cargo del municipio. Asimismo, dificultades con el seguimiento a la prestación de estos servicios. Las EPS-RS desconocen los resultados de la ejecución de los contratos en el 4,01% de los casos. Las EPS-RS contratan con las IPS las actividades de promoción y prevención a cargo de ellas sin verificar su ejecución

\* La Ley 1122/07 determina que las actividades propias del POS-S, incluidas las de promoción y prevención, serán ejecutadas a través de las EPS del régimen subsidiado.

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. Evaluación por proceso en 99 municipios, 2005.

- **Proceso de gestión financiera de recursos**

En el Cuadro 2.I4 se observa la consolidación y descripción de los principales problemas encontrados en la evaluación inicial.

## Cuadro 2.14

## Problemas en el proceso de gestión financiera de recursos Diciembre de 2005 a febrero de 2006

Código Gestión financiera (F)	Problema	Descripción del problema
1	Inexistencia de fondo local de salud o inadecuada administración de este.	La existencia del FLS implica el cumplimiento de tres requisitos: i) Acuerdo de creación actualizado con la Ley 715 de 2001, ii) Creación de un capítulo presupuestal independiente en el ingreso y el gasto denominado fondo local de salud y iii) Existencia de una cuenta bancaria (cuenta maestra) independiente. La inadecuada administración se refiere a circunstancias como: insuficientes subcuentas en el presupuesto para discriminar las fuentes de financiación, y multiplicidad de cuentas bancarias que discriminar dichas fuentes.
2	Debilidades en el proceso de planeación financiera	Este problema se refiere a las dificultades que presentan las áreas de aseguramiento y presupuesto para elaborar de forma conjunta el PAC, participar en la planeación presupuestal y proyectar el flujo de recursos por contrato, sumado a la incapacidad para gestionar recursos de ampliación de cobertura
3	No existe coordinación entre las áreas financiera y aseguramiento en el municipio	Los procesos de estas áreas no se complementan, lo que ocasiona duplicidad de funciones, ausencia de procedimientos de control, desorganización y retraso en las actividades propias del flujo de recursos
4	Falta de oportunidad en la recepción de fuentes nacionales y departamentales que financian el régimen subsidiado	Los giros de FOSYGA y de otras fuentes como recursos propios departamentales y ETESA presentan retraso, ya sea por dificultades del municipio con la entrega oportuna de las bases de datos o por demoras en las entidades para hacer el giro de los recursos
5	Dificultad en la incorporación de los recursos de régimen subsidiado	En ocasiones no es posible adicionar los recursos de ampliación de cobertura debido a la tardanza en la recepción de instrucciones por el Ministerio de la Protección Social. Por otra parte existen dificultades con la apropiación de los recursos para los meses que superan la vigencia fiscal (enero marzo) ante la limitante para establecer reservas de apropiación (Ley 819 de 2003) y el excesivo trámite y concertación política que implica la autorización de vigencias futuras
6	Ineficientes procesos de tesorería y control de pagos por el municipio	Los pagos no se realizan anticipadamente. Existe demora en los pagos a las EPS-RS, ya sea por trámite interno del municipio entre aseguramiento y tesorería, problemas con la interventoría y el manejo de novedades para tramitar los pagos, falta de oportunidad por las EPS-RS en la radicación de facturas o entrega de reportes de novedades
7	Ausencia de control documental	No se tiene un archivo único de las cuentas del régimen subsidiado (facturas, pagos, comprobantes) pues esta documentación está mezclada con los demás pagos de los municipios
8	Debilidades de control interno	Especialmente sobre las cuentas por pagar, las facturas de las EPS-RS no se causan contablemente, no se realiza seguimiento sobre los pagos de cada contrato presupuestal y contablemente
9	Inexistencia de un sistema de información financiera Integrado	Las áreas de presupuesto-contabilidad-tesorería no están integradas, existe diferencia en la información que arrojan estas tres fuentes
10	No se lleva a cabo rendición participativa de cuentas	Ausencia de rendición participativa de cuentas por las administraciones locales

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma, Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. Evaluación por proceso en 99 municipios, 2005.

## ◆ Problemas de los procesos departamentales

Los procesos departamentales de gestión del régimen subsidiado de salud se organizaron en gerenciales, de asistencia técnica a los municipios de su jurisdicción, inspección, vigilancia y control y gestión financiera de recursos.

**Cuadro 2.15**  
**Problemas en los procesos departamentales**  
**Diciembre de 2005 a febrero de 2006**

Proceso	Código	Problema
Gerenciales (G)	1	Talento humano insuficiente para desarrollar las competencias en la gestión del aseguramiento en el régimen subsidiado de salud
	2	Falta de capacitación y entrenamiento del talento humano encargado de las funciones de aseguramiento
	3	Insuficiencia de recursos financieros para desarrollar las competencias
	4	No se cuenta con una plataforma estratégica del área de aseguramiento, ni se dispone de una estructura administrativa adecuada
	5	Los recursos físicos son inadecuados o insuficientes
	6	No existe sistema de información o es inadecuado
	7	No existen manuales de procesos y procedimientos documentados de los procesos departamentales
Asistencia técnica (AT)	1	No hay cooperación o existe un acompañamiento insuficiente del orden nacional, Ministerio de la Protección de Salud
	2	Escasa receptividad de los municipios a la asistencia técnica del departamento.
	3	La asistencia técnica a los municipios, en particular, mediante visitas de campo es escasa
	4	La planeación es inadecuada: no existe un diagnóstico formal para definir prioridades, no se tiene un plan de asistencia técnica que dé respuesta a las debilidades municipales en el régimen subsidiado de salud
	5	No se ha implementado en su totalidad el plan departamental de asistencia técnica
	6	Persisten dificultades en la consolidación de la información en el departamento por las debilidades de los municipios
	7	No se tienen en cuenta las necesidades del municipio en la formulación del plan de asistencia técnica
	8	No se realiza seguimiento al plan
	9	El departamento asume competencias que son del municipio

Continúa en la siguiente página

Proceso	Código	Problema
Inspección, vigilancia y control (IVC)	1	No existe un sistema de IVC como tal o es inadecuado en su conjunto, o no hay proceso formal e instrumentado de IVC
	2	Falta de coordinación de acciones de IVC - proceso fraccionado de IVC
	3	Concentración en procesos de flujo recursos y bases de datos (contratación)
	4	Concentración de funciones de IVC municipales en el departamento
	5	Falta seguimiento y control a las recomendaciones
	6	Concentración en otros procesos como control de prestación de servicios
	7	Solo se tramitan las quejas y reclamos, pero no se tiene un control posterior
	8	No existe control participativo
	9	Baja resolución de problemas o no se lleva a cabo la verificación
Gestión financiera departamental (GF)	1	Pérdida o desviación de recursos por baja capacidad de control sobre estos en departamentos y municipios
	2	Demora en la toma de decisiones por el lento flujo de la información
	3	Lento proceso de incorporación de los recursos
	4	Falta de asistencia técnica a municipios sobre gestión de recursos en salud e inexistencia de controles por estos
	5	Débil control sobre el flujo de los recursos destinados al régimen subsidiado
	6	No existe rendición de cuentas
	7	Falta administración de fondo local de salud

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. Evaluación por proceso en 99 municipios y 27 departamentos del país, 2005.

### c. Diagnóstico del sistema de inspección, vigilancia y control territorial

Los principales problemas en el desarrollo de las funciones de inspección, vigilancia y control de los procesos del régimen subsidiado se relacionan con:

- Municipalización en vez de descentralización. Las violaciones a los derechos de los beneficiarios se captan y se resuelven en el municipio, la cooperación del departamento es escasa, y casi nula la de la nación para detectar problemas y para ayudar a resolverlos. Por tanto, las falencias del sistema, cuya resolución excede las capacidades normativas, institucionales o políticas de los municipios, no tienen posibilidad de resolución, quizás ni de consideración, particularmente en lo que respecta a los derechos violados de los ciudadanos ante el sistema

- Ineficiente formalización. La mayor preocupación de la legislación y de las entidades con diversas responsabilidades de control es hacia el cumplimiento de los procedimientos y formalidades. Estas prácticas no garantizan los derechos de los beneficiarios porque no son capaces de capturar los sinnúmeros de violaciones cotidianas de los derechos, ni tampoco reparar y hacer justicia. Sin embargo, corroborar los procedimientos formales y de procedimiento es una práctica que consume gran parte del esfuerzo de las instituciones del sistema, incluyendo las funciones específicas de control dentro de estas
- Imperio de la informalidad. Como consecuencia, la informalidad gobierna el sistema tanto en la captura como en los mecanismos de trámite y resolución de problemas, lo que posee una ventaja y una desventaja: por una parte, incentiva la flexibilidad, adaptación y recursividad en los funcionarios y las instituciones para resolver problemas. Sin embargo, no tiende a materializar e institucionalizar los derechos de los ciudadanos ante el sistema, sino que los somete a lo aleatorio, circunstancial, cambiante y a transacciones arbitrarias no fundadas en derecho
- Sistema fragmentado y no estratégico. El régimen subsidiado en salud a escala municipal tiende a no funcionar de manera inteligente e integral. Por lo general, los funcionarios de cada entidad, que tienen funciones de control y garantía de derechos de los ciudadanos no conocen lo que acontece antes, ni lo que ocurre después con las quejas recibidas sobre irregularidades. Cada entidad trata y considera, en el mejor de los casos, lo que le corresponde, por lo que para el ciudadano se presenta una fragmentación funcional irresponsable. Es decir, el sistema no se comporta como tal, es incapaz de hacer seguimiento a una queja, desconoce los trámites que se siguen y no acomete la cooperación interinstitucional. De tal manera, no

puede anticipar problemas, adoptar políticas de prevención, ni acometer adecuaciones institucionales sobre la marcha<sup>8</sup>.

### 3. Plan de mejoramiento

Las firmas realizaron intervención y apoyo directo en las entidades territoriales por medio del acompañamiento en la ejecución de los procesos y asesoría en la implementación de los planes de mejoramiento; también evaluaron el desempeño de los servidores en las funciones propias para identificar los procesos que requerían refuerzo en la labor de asistencia.

Con base en los resultados de los instrumentos de autoevaluación aplicados por parte de los servidores públicos de los entes territoriales, y de la evaluación externa realizada por los facilitadores regionales, se recogieron las principales debilidades detectadas en cada uno de los procesos (identificación, selección y priorización de beneficiarios; afiliación de beneficiarios; contratación y gestión de recursos financieros) y se consignaron en la matriz de diagnóstico por proceso.

Luego de analizar las debilidades y fortalezas, se aplicó a cada uno de los procesos objeto de intervención la matriz de formulación y seguimiento del plan de mejoramiento, que contiene el objetivo de mejoramiento, las estrategias, actividades, indicadores, responsables y el tiempo de su ejecución.

Se realizaron talleres de capacitación en cada uno de los departamentos para la formulación de los planes de mejoramiento. Además se realizaron visitas por los facilitadores, con el propósito de acompañar a los servidores públicos en la formulación, el desarrollo y el seguimiento de los respectivos planes.

---

8 Ministerio de la Protección Social - Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia - Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Proyecto Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado - Zona Centro. Bogotá, 2006.

#### a. Instrumentos para la formulación y seguimiento de los planes de mejoramiento

Para cada proceso de gestión municipal se diseñó un plan de mejoramiento y seguimiento acorde con los procesos estandarizados y validados. Se presenta en este aparte el instrumento correspondiente al proceso de identificación, selección y priorización (Cuadro 2.16).

### 4. Estrategia de capacitación

En promedio, en los los diplomados se desarrollaron entre 180 y 240 horas académicas, reforzadas con el trabajo de campo y acompañamiento en los municipios y departamentos. Se realizaron trece diplomados en las sedes que a continuación se describen (Cuadro 2.17).

Los servidores públicos de los municipios y departamentos seleccionados participaron en la capacitación de los diplomados según la zona. Cada grupo concertó los horarios con base en sus necesidades de desplazamiento.

Las firmas ejecutoras durante los meses de marzo a diciembre de 2005 capacitaron a 495 servidores públicos de las direcciones locales y departamentales de salud, hospitales, interventores externos y personal de la Contraloría y Ministerio de la Protección Social. Los contenidos de estos diplomados abarcaban desde la contextualización de los sistemas de salud, el sgsss, hasta un recorrido por las actividades propias de cada uno de los macroprocesos de gestión del régimen subsidiado documentados por las mismas firmas, utilizando herramientas teóricas y prácticas que permitieran a los participantes aplicar lo aprendido en su quehacer diario.

## Cuadro 2.16

## Elabore el plan de mejoramiento para cada actividad en la que obtuvo puntaje 1 ó 0

FECHA DE ELABORACIÓN		D	M	A		
FECHAS DE SEGUIMIENTO		D	M	A		
Departamento:						
Municipio:						
Entidad:						
Nombre responsable del proceso:						
Dependencia:						
Cargo nominal <sup>1</sup> :						
Cargo funcional <sup>2</sup> :						
1 Cargo nominal: corresponde al nombre del cargo contractual, por ejemplo: profesional universitario, auxiliar 2						
2 Cargo funcional: corresponde a la función principal, por ejemplo: coordinador de aseguramiento, administrador de base de datos.						
<b>PROCESO: A. IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE BENEFICIARIOS</b>						
<b>Subproceso a: integración y depuración de la base de datos de potenciales beneficiarios</b>						
Objetivo plan de mejoramiento	Qué	Quién	Periodicidad	Cuándo	Cumplió	
					SÍ	NO
Integrar y depurar en un solo archivo magnético la base de datos única de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado	Elaborar oficio de solicitud de base de datos ala oficina del SISBEN					
	Recibir formalmente la bases de datos SISBEN recibida					
	Ajustar base de datos SISBEN a la estructura de las normas vigentes					
	Elaborar oficio de solicitud de listados censales					
	Recibir formalmente los archivos recibidos en medio magnéticos de los listados censales					
	Transcribir la información recibida en medio físico de los listados censales					
	Ajustarla información de los listados censales a la estructura de las normas vigentes.					
	Consolidar la base de datos SISBEN en un mismo archivo con los listados censales					
	Identificar las duplicidades en los registros					
	Identificar las inconsistencias evidentes de datos en los registros que no requieren verificación en terreno					
Corregir las inconsistencias de datos en los registros que requieren verificación en terreno						

Continúa en la siguiente página

Indicador del subproceso	Estándar	Medición 1	2	3	4	Cumplió	
						SÍ	NO
Porcentaje de inconsistencias detectadas en la BDUPB	0 %						
Porcentaje de inconsistencias detectadas en la BDUPB	0 %						

#### PLAN DE MEJORAMIENTO SUBPROCESO 2 : ELABORACIÓN BASE DE DATOS INICIAL DE PRIORIZADOS

Objetivo plan de mejoramiento	Qué	Quién	Periodicidad	Cuándo	Cumplió	
					SÍ	NO
Aplicar a la BDUPB, los criterios de priorización definidos en las normas, para que las personas en situación de mayor pobreza y/o vulnerabilidad sean susceptibles de recibir los subsidios de salud, de acuerdo con la disponibilidad de recursos del Sistema general de seguridad social en salud.	Ordenar la BDUPB de acuerdo con el puntaje de la encuesta SISBEN, del menor al mayor y de la encuesta más antigua a la más nueva.					
	Identificar en la BDUPB los recién nacidos, menores desvinculados del conflicto, población rural, indígena y urbana y otras poblaciones especiales en su municipio, con base en la normatividad vigente.					
	Identificar en la BDUPB las mujeres en estado de embarazo, niños menores de 5 años, población en condición de desplazamiento, población con discapacidad, mujer cabeza de familia, población de tercera edad, núcleos de madres comunitarias y desmovilizada					
	Numerar en forma consecutiva acorde a los criterios de priorización la BDUPB					
	Realizar publicación del acto administrativo. Realizar copia de seguridad de la base de datos de priorizados.					

Indicador del subproceso	Estándar	Medición 1	2	3	4	Cumplió	
						SI	NO
Disponibilidad de la BDUPB priorizada y de los listados para cada proceso de ampliación	Entre 150 y 120 días antes del proceso de contratación	No la tienen	180				

Continúa en la siguiente página

PLAN DE MEJORAMIENTO SUBPROCESO 3 : ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE LA BD ÚNICA DE POTENCIALES BENEFICIARIOS						
Objetivo plan de mejoramiento	Qué	Quién	Periodicidad	Cuándo	Cumplió	
					SÍ	NO
Mantener actualizada y depurada la base de datos única de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado en salud (BDUPB-RS)	Solicitar reportes de novedades a las entidades encargadas de seleccionar beneficiarios con criterios distintos al SISBEN mensualmente					
	Solicitar reportes de novedades a la oficina del SISBEN					
	Solicitar reportes de novedades a las EPS-RS y organizaciones comunitarias					
	Atender solicitudes de actualización de datos de los potenciales beneficiarios					
	BDUPB sin inconsistencias evidentes después de haber incorporado novedades					
	Realizar visita de verificación de datos de inconsistencias					

Indicador del subproceso	Estándar	Medición 1	2	3	4	Cumplió	
						SÍ	NO
Disponibilidad de la BDUPB priorizada		Entre 150 y 120 días antes del proceso de contratación					
Solicitudes de actualización digitadas oportunamente							

### Cuadro 2.17

## Participación en diplomados por sedes

Zona	Sede diplomado	Departamentos
Zona Centro	1. Bogotá	Cundinamarca
		Arauca
		Meta
		Casanare
		Orden nacional
Zona Costa Atlántica y Santanderes	2. Tunja	Boyacá
		Magdalena
	3. Barranquilla I	Cesar
		La Guajira
	4. Barranquilla II	Bolívar
		Atlántico
5. Bucaramanga	Santander	
	Norte de Santander	
6. San Andrés	San Andrés y Providencia	

Continúa en la siguiente página

Zona	Sede diplomado	Departamentos
<b>Zona Noroccidente</b>	7. Medellín	Antioquia Córdoba
	8. Tolú	Sucre Quindío Risaralda
	9. Pereira	Caldas
	10. Quibdó	Chocó
	11. Cali	Valle del Cauca Cauca Nariño
<b>Zona Suroccidente</b>	12. Pasto	Putumayo
	13. Neiva	Huila Tolima Caquetá

#### a. Contenidos de los diplomados

Si bien cada firma desarrolló el diplomado con diferentes énfasis, instrumentos y ayudas pedagógicas, todos incluyeron elementos de contexto, procesos y el marco normativo general y específico.

Con base en el diseño metodológico de la Universidad de Norte se presenta en el Cuadro 2.18 un consolidado de los contenidos ideales en la capacitación de los servidores públicos que tienen a cargo las competencias y funciones en la gestión del régimen subsidiado en los diferentes niveles.

La estrategia de capacitación se acompañó con asistencia en terreno.

## Cuadro 2.18

### Contenido diplomados en gestión municipal

#### MÓDULO 1. Fundamentos del sistema de protección social

##### Objetivos

1. Conocer la estructura y el funcionamiento del sistema de protección social y del Sistema general de seguridad social en salud, en particular, el régimen subsidiado de salud.

##### Contenidos mínimos

- a. Aspectos teóricos y fundamentos básicos de los sistemas de protección social
- b. Estructura y desarrollo del sistema de protección social
- c. Derechos sociales
- d. Ética y gestión pública
- e. La salud como derecho
- f. La salud como bien público
- g. La salud como servicio público
- h. Gestión descentralizada de los sistemas de protección social y seguridad social en salud
- i. Estructura y desarrollo del Sistema general de seguridad social en salud (scsss)
- j. Política de subsidios
- k. Universalización vs. focalización: el régimen subsidiado de salud
- l. Las funciones básicas de los sistemas de salud y protección social
  - Rectoría
  - Financiamiento
  - Articulación
  - Prestación
- m. El marco normativo general del scsss
- n. El marco normativo general del régimen subsidiado de salud

##### Taller: Las competencias

Analizar conjuntamente la forma como los diferentes actores han asumido sus competencias  
Revisar el marco normativo general que orienta el scsss y el régimen subsidiado de salud.

#### MÓDULO 2. Gestión por procesos

##### Objetivos

1. La Ley 872 del 30 de diciembre de 2003, por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios
2. La gestión de los procesos con calidad
3. La gestión por procesos en el régimen subsidiado de salud
  - a. Marco conceptual sobre calidad y procesos
  - b. Diseño y estandarización de procesos
  - c. Mejoramiento continuo
  - d. Ciclo PHVA
  - e. Modelo de gestión del talento humano basado en competencias.

##### Taller: Identificación de los macroprocesos de gestión municipal, departamental y nacional en el régimen subsidiado de salud

Identificar los macroprocesos de gestión municipal, departamental y nacional del régimen subsidiado de salud y analizar los mecanismos y estrategias para su articulación.

Continúa en la siguiente página

### MÓDULO 3. Gestión del régimen subsidiado de salud

#### Objetivos

1. Conocer y analizar el concepto de aseguramiento en salud y gestión del riesgo en salud en el sgsss y en especial el régimen subsidiado de salud
2. Conocer y analizar las competencias de cada uno de los actores del régimen subsidiado de salud
3. Conocer los procesos esenciales para la gestión del régimen subsidiado de salud en el municipio
4. Capacitar a los participantes en el autodiagnóstico de estructura y de gestión municipal y departamental del RS, al igual que en la formulación de los planes de mejoramiento.

#### Contenidos mínimos

- a. El concepto de aseguramiento en salud
  - La administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud
  - La articulación de los servicios para garantizar el acceso efectivo
  - La garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud
  - La representación del afiliado ante el prestador y los demás actores
  - Aseguramiento mediante modalidad de subsidios total y parcial
- b. Competencias de los departamentos
- c. Competencias de los distritos
- d. Competencias de los municipios: procesos esenciales
  - Proceso de identificación, selección y priorización de potenciales beneficiarios
  - Proceso de afiliación
  - Proceso de contratación
  - Proceso de gestión financiera de recursos
- e. Operación regional
- f. Funciones de las EPS del régimen subsidiado
- g. Obligaciones de los usuarios
- h. Autodiagnóstico
- i. Formulación de planes de mejoramiento.

#### Taller : Autodiagnóstico y formulación del plan de mejoramiento

- a. Autodiagnóstico
  - Autodiagnóstico de la gestión del RS en el municipio y en el departamento
  - Utilización de las guías para la evaluación por proceso
  - Resultado del autodiagnóstico del manejo del RS en el municipio y el departamento
  - Instrumentos
- b. Formulación de planes de mejoramiento
  - Diseño, elaboración y seguimiento a los planes de mejoramiento
  - Directrices del plan de mejoramiento municipal y departamental
  - Instrumentos.

### MÓDULO 4. Proceso de identificación, selección y priorización (ISP) de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud

#### Objetivos

1. Conocer las distintas formas de focalización de subsidios
2. Capacitar a los servidores públicos en los criterios de identificación, priorización y selección de beneficiarios del régimen subsidiado en salud, en el marco normativo
3. Revisar con los servidores públicos el desarrollo del proceso de identificación, priorización y selección de beneficiarios del régimen subsidiado en salud en el municipio y las competencias del departamento.

#### Contenidos mínimos

- a. Focalización de subsidios
- b. El nuevo SISBEN y su implementación
- c. Mecanismos de selección y priorización de beneficiarios del régimen subsidiado de salud
- d. Aplicación de criterios de selección No SISBEN
- e. Aplicación de criterios SISBEN
- f. Mecanismos de coordinación con la oficina SISBEN y manejo de novedades de actualización
- g. Conformación de la base de datos.

#### Taller: Autodiagnóstico del proceso de ISP de beneficiarios del régimen subsidiado

1. Revisar con los servidores públicos el desarrollo del proceso de ISP en su municipio
- a. Autoevaluación de proceso y subprocesos
- b. Autodiagnóstico de recurso humano, estructura, desarrollo tecnológico en el municipio y departamento
- c. Elaboración del plan de mejoramiento.

Continúa en la siguiente página

### MÓDULO 5. Administración de la base de datos única de potenciales beneficiarios <sup>BDUPB</sup>-régimen subsidiado de salud

#### Objetivos

1. Entrenar a los servidores públicos en la conformación, la depuración y la validación de la base de datos única de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud en el marco normativo
2. Entrenar a los servidores públicos en el manejo y auditoría de la <sup>BDUPB</sup>-RS
3. Revisar con los participantes el desarrollo de los procesos de administración de la <sup>BDUPB</sup>
4. Revisar con los participantes el desarrollo del proceso de priorización de potenciales beneficiarios.

#### Contenidos mínimos

- a. Necesidades y grado de desarrollo tecnológico del ente territorial para la administración de la base de datos de afiliados y los reportes de novedades
- b. La base de datos SISBEN
- c. Los listados censales
- d. Proceso de integración de la <sup>BDUPB</sup>-régimen subsidiado de salud
- e. Detección de duplicidades
- f. Detección de inconsistencias
- g. Depuración de duplicidades e inconsistencias
- h. Actualización de datos
- i. Organización de datos para su remisión a las direcciones departamentales y <sup>MPS</sup>.

#### Taller : Revisión de la estructura y procesamiento de las bases de datos de los afiliados al régimen subsidiado

1. Revisar con los participantes el desarrollo del proceso de priorización de potenciales beneficiarios

### MÓDULO 6. Afiliación al régimen subsidiado de salud

#### Objetivos

1. Brindar a los servidores públicos las herramientas básicas para la organización de un proceso de afiliación que garantice el derecho a la libre elección de los usuarios a las <sup>EPS</sup>-RS en los municipios en el marco normativo
2. Revisar con los servidores públicos el desarrollo de los procesos de afiliación en su municipio.

#### Contenidos mínimos

- a. Bases de datos de potenciales beneficiarios priorizada
- b. Inscripción de <sup>EPS</sup>-régimen subsidiado de salud
- c. Divulgación a los beneficiarios
- d. Implementación de mecanismos de vigilancia y control durante el evento de libre elección
- e. Logística del evento de libre elección
- f. Afiliación en circunstancias excepcionales
- f. Consolidación de bases de datos para contratación.

#### Taller: Revisión de la estructura y procesos de afiliación de beneficiarios del RS.

1. Revisar con los servidores públicos el desarrollo del proceso de afiliación en su municipio
  - a. Autoevaluación de procesos y subprocesos
  - b. Autodiagnóstico de recurso humano, estructura y desarrollo tecnológico del municipio
  - c. Elaboración del plan de mejoramiento.

Continúa en la siguiente página

## MÓDULO 7. Contratación del aseguramiento en el régimen subsidiado de salud

### Objetivos

1. Capacitar y entrenar a los servidores públicos en el proceso de contratación del régimen subsidiado en salud en el marco normativo
2. Capacitar a los servidores públicos en los contenidos del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado (POS-S)
3. Conocer las fortalezas y debilidades de las entidades territoriales en el proceso de contratación del régimen subsidiado en salud
4. Revisar con los servidores públicos participantes el desarrollo de los procesos de contratación en su municipio.

### Contenidos mínimos

- a. Elaboración y perfeccionamiento de los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado de salud
- b. Nombramiento del interventor del AS
- c. Evaluación de la red prestadora de servicios de salud
- d. Monitorización del proceso de carnetización
- e. Organización del archivo de régimen subsidiado en el ente territorial.

### Taller: Revisión de la estructura y procesos de contratación en el AS

1. Revisar con los servidores públicos participantes el desarrollo de los procesos de contratación en su municipio
  - a. Autoevaluación de procesos y subprocesos
  - b. Autodiagnóstico de recurso humano, estructura y desarrollo tecnológico en el municipio
  - c. Elaboración del plan de mejoramiento.

## MÓDULO 8. Administración de la base de datos única de afiliados-BDUA y el manejo de novedades

### Objetivos

1. Entrenar a los servidores públicos en el manejo y auditoría de bases de datos del régimen subsidiado en salud, en el marco normativo vigente
2. Revisar con los servidores públicos participantes el desarrollo de los procesos de administración de la base de datos de afiliados y sus novedades en su municipio.

### Contenidos mínimos

- a. Desarrollo tecnológico del ente territorial para la administración de la base de datos de afiliados y los reportes de novedades
- b. Detección de duplicidades
- c. Detección de inconsistencias
- d. Depuración de duplicidades e inconsistencias
- e. Actualización de datos
- f. Organización de datos para su remisión a las EPS-RS, direcciones seccionales y MPS.

### Taller: Revisión de la estructura y el procesamiento de las bases de datos de los afiliados al régimen subsidiado de salud

1. Revisar con los servidores públicos participantes el desarrollo de los procesos de administración de la base de datos de afiliados y sus novedades en su municipio.

Continúa en la siguiente página

**MÓDULO 9. Sistema de información y atención de usuarios en el régimen subsidiado de salud****Objetivos**

1. Capacitar a los servidores públicos en el funcionamiento del sistema de información y atención de usuarios del régimen subsidiado en salud en el marco normativo vigente
2. Revisar con los participantes el desarrollo del sistema de información y atención a los usuarios del régimen subsidiado en su municipio.

**Contenidos mínimos**

- a. Divulgación de deberes y derechos
- b. Contenidos del POS-S
- c. Acceso a los servicios del POS-S a través de la red prestadora de servicios y el sistema de referencia y contrarreferencia
- d. Acceso a los servicios no contenidos en el POS-S
- e. Trámite de quejas y reclamos
- f. Medición del nivel de satisfacción de usuarios
- g. Autorización de servicios de salud
- h. Pagos compartidos (copagos y cuotas de recuperación)
- i. Línea de atención permanente al usuario.

**Taller:** Revisión de la estructura y procesos del sistema de información para la gestión territorial del RS

1. Revisar con los participantes el desarrollo del sistema de información y atención a los usuarios del régimen subsidiado en su municipio

**MÓDULO 10. Interventoría del régimen subsidiado de salud****Objetivos**

1. Capacitar a los servidores públicos participantes en el proceso de interventoría del régimen subsidiado en salud para garantizar el acceso a los servicios de salud con criterios de calidad y oportunidad en el marco normativo
2. Revisar con los servidores públicos participantes el desarrollo de los procesos de interventoría del régimen subsidiado en salud en su municipio
3. Capacitar en terminación y liquidación de contratos del régimen subsidiado en salud
4. Revisar con los servidores públicos participantes el desarrollo de los procesos de terminación y liquidación de contratos del régimen subsidiado en salud en su municipio.

**Contenidos mínimos**

- a. Evaluación de la red de prestadores de las EPS-RS para verificar que garanticen la totalidad de los servicios contenidos en el POS-S
- b. Evaluación del acceso a los servicios de salud
- c. Evaluación del SIAU (Sistema de información)
- d. Terminación unilateral
- e. Terminación bilateral
- f. Caducidad de contratos del régimen subsidiado de salud
- g. Acciones contractuales
- h. Liquidación de contratos (bilateral y unilateral).

**Taller:** Revisión del proceso de interventoría de la gestión territorial del RS

1. Revisar con los servidores públicos participantes el desarrollo de los procesos de interventoría del régimen subsidiado en salud en su municipio

Continúa en la siguiente página

## MÓDULO 11. Gestión financiera de recursos del régimen subsidiado de salud

### Objetivos

1. Capacitar a los servidores públicos participantes en los procesos de gestión financiera del régimen subsidiado
2. Revisar con los servidores públicos participantes el desarrollo de los procesos de gestión financiera del régimen subsidiado en salud en el municipio respectivo

### Contenidos mínimos

- a. Gestión financiera (nación, departamento, distrito y municipio)
- b. Identificación de las fuentes de financiación de los contratos de aseguramiento del rs
- c. Creación y funcionamiento de los fondos locales y departamentales de salud
- d. Incorporación de recursos al presupuesto municipal y al Fondo Local de Salud
- e. Expedición de certificados de disponibilidad presupuestal
- f. Elaboración de actos administrativos para ajustes presupuestales
- g. Liquidación de pagos a las ARS según novedades reportadas.

### Taller : Revisión del proceso de gestión financiera de recursos del régimen subsidiado de salud

1. Revisar con los servidores públicos participantes el desarrollo de los procesos de la gestión financiera del régimen subsidiado en salud en su municipio
  - a. Autoevaluación de procesos y subprocesos
  - b. Autodiagnóstico de recurso humano, estructura, desarrollo tecnológico en el municipio
  - c. Elaboración del plan de mejoramiento.

## MÓDULO 12. Sistema de inspección, vigilancia y control - sistema de evaluación territorial del régimen subsidiado

### Objetivos

1. Capacitar y analizar con los servidores públicos participantes lo referente a los sistemas de inspección, vigilancia y control, diseñados para el scgss y en particular lo concerniente al rs
2. Revisar con los servidores públicos participantes el desarrollo de los procesos de IVC del régimen subsidiado en salud en el municipio respectivo.

### Contenidos mínimos

- a. Fundamentos teóricos de los sistemas de IVC
- b. Marco normativo regulatorio del sistema de IVC
- c. Papel de las direcciones territoriales respecto a IVC
- d. Funcionamiento de los sistemas de IVC a escala municipal
- e. Discusión de experiencias exitosas del IVC
- f. El sistema de evaluación territorial (SET)
- g. Capitulación sobre prueba piloto del sistema de IVC en un municipio de la zona
- h. Fundamentos del sistema de evaluación territorial del rs.

### Taller: Revisión de los resultados del sistema de evaluación territorial del régimen subsidiado

1. Revisar con los servidores públicos participantes el desarrollo de los procesos de IVC del régimen subsidiado en salud en su municipio y su articulación con las entidades departamentales y nacionales

## MÓDULO 13. La gestión departamental del régimen subsidiado de salud

### Objetivos

1. Conocer los procesos esenciales para la gestión del régimen subsidiado de salud en el departamento
2. Identificar los mecanismos de articulación con los procesos de gestión municipal.

### Contenidos mínimos

- a. El proceso de asistencia técnica a los municipios
- b. El proceso de gestión de la información
- c. El proceso de gestión departamental de recursos del régimen subsidiado de salud
- d. Procesos de inspección, vigilancia y control al régimen subsidiado a los cuatro macroprocesos de gestión municipal.

### Taller: autodiagnóstico por procesos y plan de mejoramiento

Continúa en la siguiente página

**MÓDULO 14. Seguimiento a planes de mejoramiento****Objetivos**

1. Revisar con los servidores públicos participantes el desarrollo y grado de avance en la ejecución de los planes de mejoramiento en el municipio y departamento respectivo
  2. Analizar los principales logros y dificultades
  3. Analizar los mecanismos de integración y articulación entre el ámbito municipal y departamental
- Presentación de los planes de mejoramiento
  - Perspectivas del régimen subsidiado
  - Clausura y certificación.

Junto con la capacitación se programaron visitas de seguimiento y se realizaron tutorías técnicas en los municipios según requerimiento.

**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. Evaluación por proceso en 99 municipios y 27 departamentos del país, 2005.

## 5. Asistencia directa a municipios y departamentos

Estrategia orientada a facilitar el flujo de la información requerida y a mantener un mayor contacto entre la secretaría de salud departamental y las secretarías de salud municipales (o las que hagan sus veces) de su jurisdicción. Para obtener resultados eficientes a través de esta estrategia se utilizaron los siguientes mecanismos:

- **Comunicación telefónica:** la secretaría de salud departamental debe definir una línea telefónica de contacto permanente con los municipios, en un horario definido
- **Internet:** con el mismo propósito de la línea telefónica, y también para actualizar e intercambiar la información que requiera envío de documentación
- **Visitas de acompañamiento y seguimiento:** estuvieron a cargo del equipo técnico o del facilitador asignado al municipio, quienes visitaron a los servidores públicos para:
  - Capacitación de los facilitadores de las firmas que prestaron la asistencia técnica.
  - Estandarización de la metodología e instrumentos aplicables en cada uno de los entes territoriales asistidos.

## D. Evaluación del mejoramiento de la gestión

### 1. Línea de base evaluación *ex ante* y *ex post*

Una forma para evaluar el grado de mejoramiento presentado por las entidades territoriales durante el proceso es suministrada por las evaluaciones *ex ante*, autodiagnóstico inicial, y por las *ex post* o segunda medición, realizadas por las firmas, con las que se verifica la realización de aquellas actividades consideradas clave para mejorar el desarrollo de los distintos procesos.

Las evaluaciones realizadas al inicio y al final del proyecto de asistencia técnica dan cuenta de la eficacia de la metodología utilizada para incidir en el cambio de dinámicas presentes en los municipios intervenidos.

En el cuadro 2.19 se presentan los municipios cuya calificación fue inferior al 50% en la medición final:

**Cuadro 2.19**  
**Municipios con calificaciones inferiores al 50% en la evaluación *ex post***

Proceso	Departamento	Municipio	Categoría	Medición inicial%	Medición final%
<b>Identificación</b>					
	Cundinamarca	La Mesa	6	38	33
	Bolívar	Santa Rosa	6	35	40
<b>Afiliación</b>					
	Cundinamarca	Cachipay	6	38	38
	Bolívar	Magangué	6	46	46
	Norte de Santander	Chinácota	6	46	46
	Antioquia	Venecia	6	15	40
	Chocó	Condoto	6	18	17
	Chocó	Quibdó	6	7	44

Continúa en la siguiente página

Proceso	Departamento	Municipio	Categoría	Medición inicial%	Medición final%
<b>Contratación</b>					
	Magdalena	Santa Marta	2	30	46
	Magdalena	Fundación	6	46	46
	Chocó	Condoto	6	14	18
<b>Gestión financiera</b>					
	Cundinamarca	Cachipay	6	13	13
	Magdalena	Santa Marta	2	30	46
	Magdalena	Fundación	6	46	46

**Fuente:** Informes finales presentados por las firmas ejecutoras del proyecto. Evaluación inicial realizada para el periodo diciembre de 2004-febrero de 2005 y evaluación final realizada durante diciembre de 2005-marzo de 2006.

A pesar de los esfuerzos para que cada entidad territorial obtuviese el mejor resultado en el mejoramiento de los procesos producto de la intervención ejercida, se encontró en estos 10 municipios una persistencia en los problemas de gestión asociados con el incumplimiento o desarrollo de actividades inocuas para el logro de los objetivos más relevantes en la gestión de los procesos del régimen subsidiado de salud.

Sin embargo, este resultado contrasta con el obtenido por los municipios cuyo porcentaje de mejoramiento es superior a 70%, al comparar la línea de base de la evaluación de las actividades clave de cada proceso al inicio y al final de la asistencia técnica, como se observa en el Cuadro 2.20:

**Cuadro 2.20**  
**Municipios con mejoramiento según evaluación inicial y final superior a 70%**

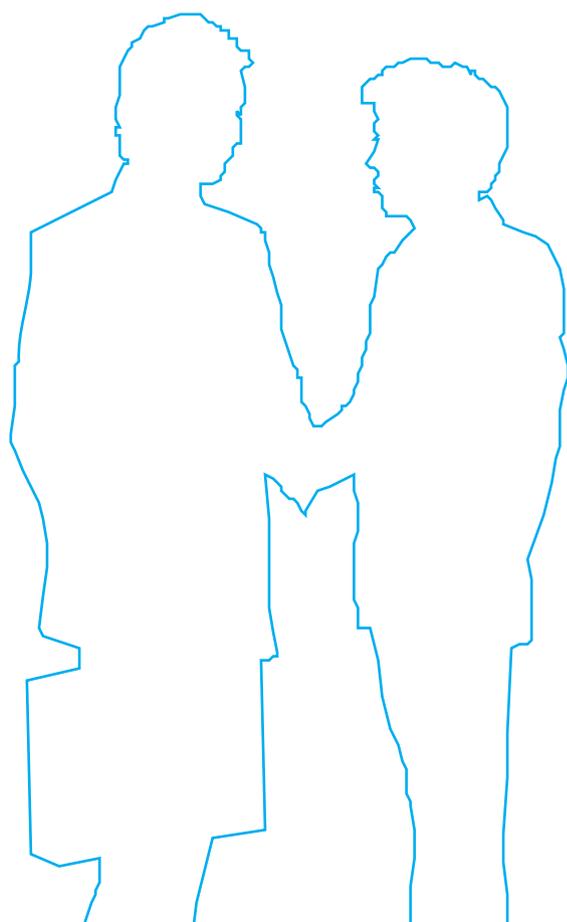
Proceso	Departamento	Municipio	Categoría	Medición inicial (%)	Medición final (%)	% mejora
<b>Identificación</b>						
	Cundinamarca	Tocaima	6	0	67	100
	Cundinamarca	Ubaté	6	0	100	100
	Boyacá	Chiquinquirá	6	0	100	100
	Meta	Villavicencio	2	0	80	100
	Meta	Restrepo	6	10	75	87

Continúa en la siguiente página

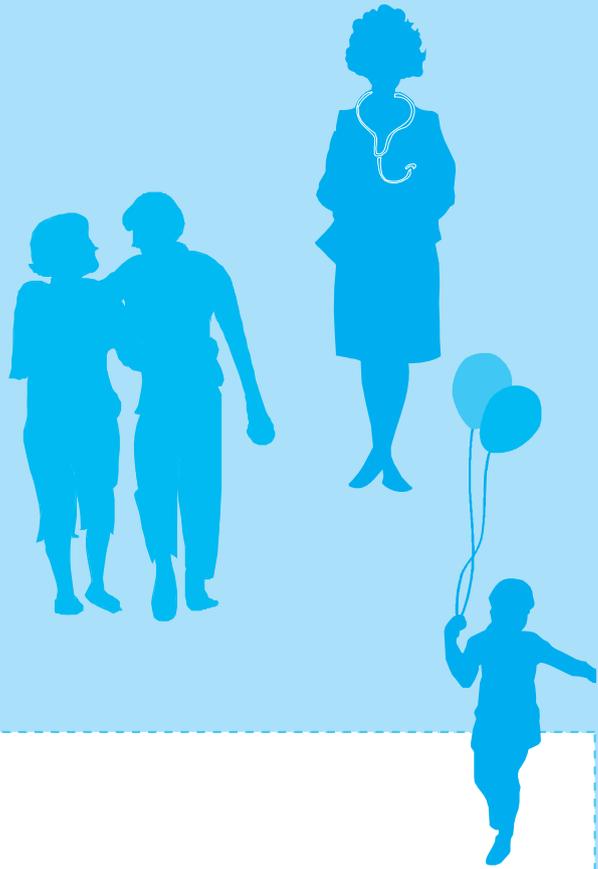
Proceso	Departamento	Municipio	Categoría	Medición inicial (%)	Medición final (%)	% mejora
<b>Identificación</b>						
	Casanare	Támara	6	10	85	88
	Atlántico	Repelón	5	25	85	71
	Antioquia	La Ceja	4	25	100	75
	Antioquia	Yolombó	6	18	86	79
	Córdoba	Ciénaga de Oro	6	21	93	77
	Risaralda	Dos Quebradas	1	14	86	84
	Risaralda	La Virginia	4	18	68	74
	Risaralda	Belén de Umbría	6	25	89	72
	Tolima	Espinal	3	18	63	72
<b>Afiliación</b>						
	Cundinamarca	Tabio	6	0	50	100
	Boyacá	Aquitania	6	25	100	75
	Boyacá	Chiquinquirá	6	13	75	83
	Santander	Lebrija	4	17	83	80
	Antioquia	La Ceja	4	14	76	82
	Antioquia	San Pedro de los Milagros	6	25	85	71
	Antioquia	Yolombó	6	10	82	88
	Chocó	Nuquí	6	7	60	88
	Chocó	Quibdó	6	7	44	84
	Quindío	Quimbaya	6	14	55	75
	Risaralda	La Virginia	4	15	68	78
	Tolima	Espinal	3	20	79	75
	Valle	Zarzal	6	0	80	100
<b>Contratación</b>						
	Cundinamarca	Tabio	6	0	89	100
	Boyacá	Chiquinquirá	6	0	89	100
	Meta	Restrepo	6	20	80	75
	Chocó	Nuquí	6	13	55	76
	chocó	Quibdó	6	13	84	85
<b>Gestión financiera</b>						
	Cundinamarca	La Mesa	6	13	75	83
	Atlántico	Repelón	5	15	60	75
	Atlántico	Tubará	6	15	85	82

**Fuente:** Informes finales presentados por las firmas ejecutoras del proyecto. Evaluación inicial realizada para el periodo diciembre de 2004-febrero de 2005 y evaluación final realizada durante diciembre de 2005-marzo de 2006.

Cabe destacar que existen en un mismo departamento, municipios con resultados muy alentadores, y otros en los que la asistencia parece no producir ningún efecto. Esto puede obedecer a dos causas: la primera, que las transformaciones institucionales dependen en gran medida de las personas y su actitud frente al cambio; la segunda, que las ciudades intermedias no necesariamente están exentas de dificultades.



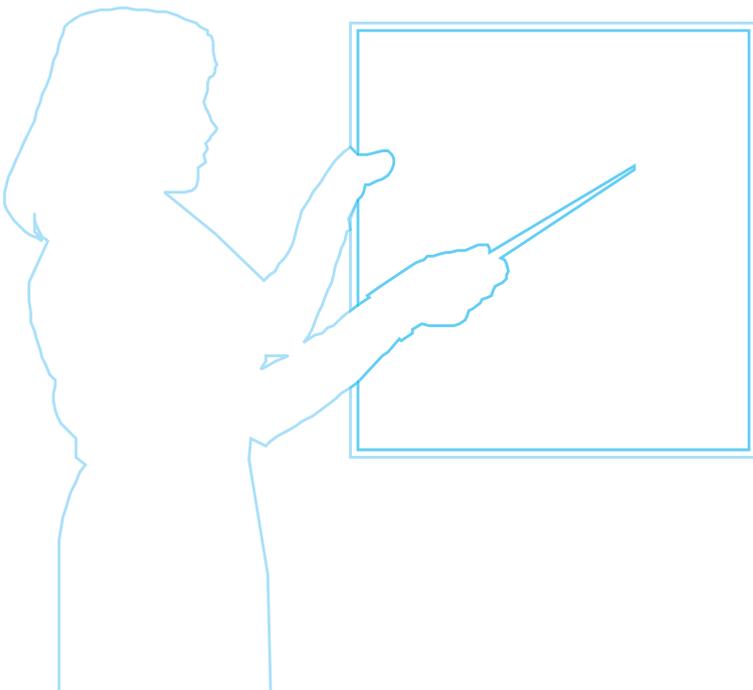
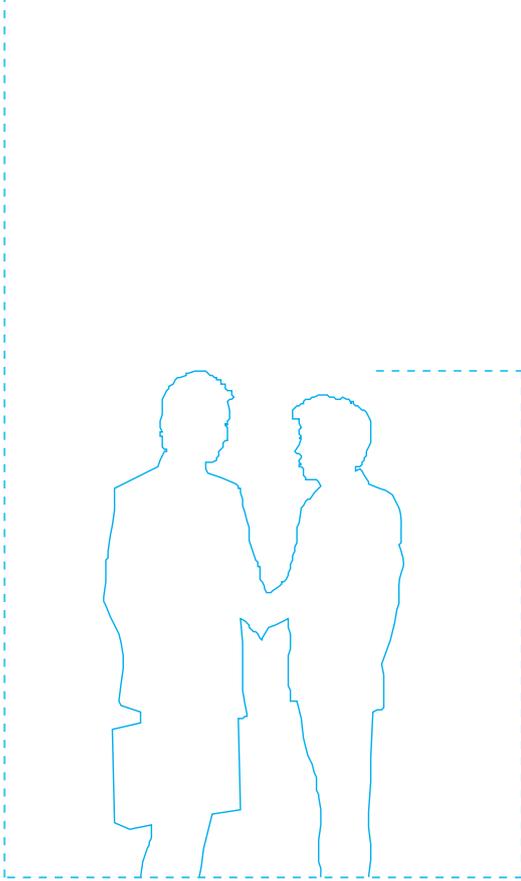




## Capítulo 3

# Sistema de evaluación territorial

Miguel Uprimny Yepes  
Consultor PARS



## A. Introducción

Como modelo operativo de inspección, vigilancia y control se acogió la propuesta del sistema de evaluación territorial del régimen subsidiado de salud (SET)<sup>1</sup>, definido como una metodología de gestión participativa en la que el conjunto de actores locales discuten y pactan soluciones a los problemas que comprometen la calidad de los servicios y del aseguramiento subsidiado.

El sistema de evaluación territorial tiene por objetivo la promoción y el ensanchamiento de los derechos de los beneficiarios, así como la creación de una cultura pública mediante la cual las fallas, correcciones y compromisos de mejoría de las políticas públicas en salud se debatan y se den a conocer públicamente.

El objetivo general del sistema de evaluación territorial (SET) es la autorregulación del sistema en los ámbitos territoriales, definida como la intervención conducente a mejorar la calidad de los procesos y garantizar los derechos de los afiliados al régimen subsidiado.

Como objetivos específicos, el SET persigue por una parte la promoción de la participación comunitaria en la evaluación del régimen subsidiado y la concertación entre actores del sistema en los distintos ámbitos territoriales sobre los ajustes necesarios para mejorar el desempeño del régimen subsidiado en salud; de otra parte, la detección de fallas en el régimen subsidiado que den lugar

---

<sup>1</sup> Esta primera parte retoma lo desarrollado por Darío Restrepo sobre el Sistema de Evaluación territorial en: Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia-Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado - Zona Centro.

Como modelo operativo de inspección, vigilancia y control se acogió la propuesta del sistema de evaluación territorial del régimen subsidiado de salud (SET), definido como una metodología de gestión participativa en la que el conjunto de actores locales discuten y pactan soluciones a los problemas que comprometen la calidad de los servicios y del aseguramiento subsidiado.

a intervenciones oportunas y la calificación del desempeño de las direcciones locales de salud, entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios que tengan consecuencias sobre el funcionamiento del régimen en los ámbitos territoriales.

## B. Principios de política pública

- **Concertación.** Principio que tiende a romper la fragmentación y el aislamiento institucional, a cambio de propiciar la concertación entre los actores del SET en la garantía de los derechos ciudadanos. Más allá de la especialidad funcional y normativa, incentiva la búsqueda de soluciones innovadoras a los problemas reales del sistema en las localidades
- **Integralidad del sistema.** Principio mediante el cual se garantiza la concurrencia del conjunto de actores del sistema en la defensa de los derechos de los ciudadanos ante el régimen subsidiado: prestadores de servicios, administración local, aseguradoras, personeros, usuarios y sus organizaciones
- **Público.** La información sobre violaciones de los derechos de los ciudadanos debe ser de público conocimiento, así como los desempeños de diversas instituciones en la garantía de estos derechos. Públicos también deberán ser los compromisos adquiridos por las instituciones para la promoción, defensa y ampliación de los derechos de ciudadanía ante el sistema
- **Consecuencias.** Los desempeños de las entidades en cuanto al respeto de los derechos de las personas tendrán consecuen-

cias. Por una parte, la divulgación pública de resultados, compromisos y el *ranking* de las empresas; por otra, la contractual, cuando lo amerite, es decir, las advertencias, multas, sanciones o la finalización de la relación contractual.

## C. Componentes funcionales

### 1. Fuentes del sistema

Cuatro son las fuentes del sistema de evaluación territorial: evaluaciones participativas por usuarios (EP), sistematización de las quejas y reclamos (QR), indicadores técnicos de desempeño (ITD) e indicadores básicos de salud municipal (IBS).

- Evaluaciones participativas. Son ejercicios colectivos periódicos animados por los personeros y representantes de organizaciones sociales en salud, mediante los cuales los usuarios califican las diferentes entidades y servicios del sistema
- Sistema de quejas y reclamos. Es la sistematización, a partir de una única hoja de registro de aplicación permanente, del conjunto de quejas y reclamos que los ciudadanos tienen sobre diversas entidades que participan del régimen subsidiado en salud en el ámbito municipal
- Indicadores técnicos de desempeño. Es el seguimiento a las capacidades, destrezas, tiempos y costos en los que incurren diversas entidades del sistema, a partir de registros técnicos
- Indicadores de salud municipal. Es el conjunto de mediciones sobre mortalidad, enfermedad y factores de riesgo respecto de los cuales se evalúa el régimen subsidiado en salud.

## 2. Instancia de concertación y pactos de desempeño

Las cuatro fuentes de información son consideradas por una instancia de concertación municipal (consejo territorial de seguridad social, CTSS, o entidad sustituta), la cual acepta o controvierte las diferentes fuentes, a partir de las cuales se formulan pactos de desempeño y planes de acción, acompañados de mecanismos de seguimiento y medición de resultados.



## 3. Consideraciones metodológicas

### a. Ambientación de la propuesta a escala municipal

El primer paso para implementar el sistema de evaluación territorial es dar a conocer a los diferentes actores la propuesta, mostrando el compromiso de la administración municipal con su implementación y seguimiento, poniendo a consideración las siguientes actividades:

- Convocar (en cabeza del alcalde) las diferentes instancias municipales: EPS-RS, IPS, personería y servidores públicos de las

áreas de planeación, financiera y secretaría de salud, para presentar la propuesta del SET, contenidos, objetivos, importancia, bondades y resultados esperados en su aplicación

- Realizar campaña publicitaria para invitar a la población a participar en la evaluación comunitaria (afiches, folletos, mensajes en medios de comunicación).

#### b. Aprestamiento

Bajo el liderazgo de la secretaría de salud y con la participación de los diferentes actores del sistema se deben realizar las siguientes tareas:

- Diagnóstico preliminar de los principales problemas del régimen subsidiado de salud del municipio (financiero, administrativo, operativo, de información, etcétera)
- Determinar las fuentes de información para cada componente
- Definir la participación y la responsabilidad de cada área de la administración municipal y actores del SGSSS en cada componente:
  - Asignación de responsables
  - Plan de trabajo
  - Tipo de información que se espera recibir
  - Periodicidad de entrega
  - Encargados de evaluar el seguimiento por componente y hacer las modificaciones a que haya lugar sobre la marcha
  - Fecha de inicio de aplicación y fecha tentativa de socialización de resultados e instancia de concertación.

El objetivo general del SET es la autorregulación del sistema en los ámbitos territoriales, definida como la intervención conducente a mejorar la calidad de los procesos y garantizar los derechos de los afiliados al régimen subsidiado.

### c. Ejecución

- Revisión y ajuste de los instrumentos:
  - Analizar los instrumentos propuestos, comparar e integrar, según sea el caso, con otros que posea el municipio para unificar los criterios de evaluación en cada componente del SET
  - Considerar las actividades que viene realizando el municipio que puedan estar relacionadas con el SET y por tanto sean susceptibles de armonizarse con la aplicación de los instrumentos y la concertación de los planes de mejoramiento.

- Adelantar revisiones periódicas de la ejecución del plan
- Realizar reuniones de concertación sobre la marcha entre la secretaría de salud con diferentes actores, tanto para la ejecución de cada uno de los componentes como para adelantar los correctivos a los problemas que ameriten intervención inmediata
- Dar cumplimiento a los cronogramas de aplicación, de conformidad con la metodología escogida
- Tabular la información
- Consolidar los resultados y priorizar los problemas que requieren ser tratados en la concertación
- Preparar la presentación de los hallazgos y resultados.

### d. Instancia de socialización de resultados y concertación

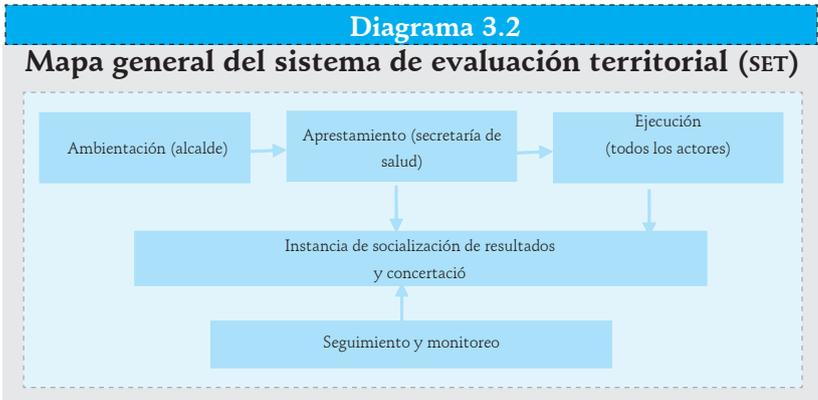
- Determinar la instancia de socialización y los actores que participarán (evaluar si ya existe un espacio creado en el que se

puedan presentar los resultados o si es necesario convocar una instancia específica de socialización)

- Planear el orden del día y los temas acerca de los cuales se quiere hacer énfasis, para no desviarse de las dificultades sobre las cuales se quiere llegar a acuerdos
- Concertar y establecer compromisos y acciones para mejorar las debilidades detectadas, tratando de que la secretaría local de salud no asuma todas las responsabilidades de mejoría, sino que sea un trabajo conjunto de todos los actores del sistema
- Discutir y fijar la periodicidad de la evaluación de resultados y una nueva fecha de reunión para este propósito.

#### e. Seguimiento y monitoreo

- Verificar el cumplimiento de los compromisos adquiridos, ajustar los planes de mejoría, distribuir responsabilidades y definir metas y cronograma
- Determinar consecuencias para renuentes a realizar los compromisos pactados
- Ajustar el instrumento o la metodología en el momento que sea necesario, de acuerdo con los resultados obtenidos, las particularidades presentadas en la aplicación y las sugerencias de la comunidad y de otros actores. La aplicación y el contenido de los instrumentos no pueden ser estáticos, pues deben adaptarse a las situaciones que surjan en el sistema (normatividad, particularidades de los procesos, respuesta de la comunidad frente a los métodos utilizados, etcétera)
- Diseñar mecanismos de publicidad de resultados de cada componente, planes de mejoría y compromisos de cada institución frente a las dificultades encontradas.



## 4. Instrumentos

A continuación se presentan los instrumentos diseñados para la aplicación del sistema de evaluación territorial.

### a. Componente evaluación participativa

**Cuadro 3.1**  
**Componente de evaluación participativa**

Componente	Calificación de los componentes			Observaciones
<b>1.1 Identificación, selección y priorización de potenciales beneficiarios del rs</b>				
1. ¿Usted pertenece al área?	1 Urbana	2 Rural		
2. ¿Conoce usted qué es el SISBEN?	1 No	2 Sí		
3. ¿Le aplicaron la nueva encuesta SISBEN?	1 No	2 Sí		
4. En caso positivo, se la aplicaron a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las familias</li> <li>• En todo el barrio</li> <li>• Porque lo solicitó</li> <li>• Por estratos de servicios públicos</li> <li>• No sabe</li> </ul>				
<b>Verificación del SISBEN</b>				
5. ¿Se publicaron los listados del SISBEN?	1 Sí	2 No		
6. ¿Se publicaron los listados censales de población indígena?	1 Sí	2 No		
7. ¿Se verificaron las listas publicadas?	1 Sí	2 No		
8. ¿Hubo participación ciudadana en la validación de las listas?	1 Si	2 No		
<b>Listados censales –LC– (grupos de población especial)</b>				
9. ¿Conoce la existencia de listados censales? Si la respuesta es afirmativa, indique cuáles	1 No	2 Sí		

Continúa en la siguiente página

Componente	Calificación de los componentes			Observaciones
<b>Listados censales –LC– (grupos de población especial)</b>				
10. ¿Sabe usted de la existencia de algún mecanismo de verificación de los listados censales? SÍ. ¿Cuáles? _____	1 No	2 Sí		
11. ¿Hubo participación ciudadana en la validación de las listas censales?	1 Nunca	2 Algunas veces	3 Muchas veces	
<b>Listados de priorizados (desplazados, menores de 1 año, madres embarazadas, tercera edad, población indígena, madres cabeza de familia, desmovilizados, ICBF)</b>				
12. ¿Conoce la existencia de listado de priorizados?	1 No	2 Sí		
13. ¿Sabe usted de la existencia de algún mecanismo de verificación de los listados de priorizados? 13.1 ¿Cuál? _____	1 No	2 Sí		
14. ¿Hubo participación ciudadana en la validación de las listas de priorizados?	1 Nunca	2 Algunas veces	3 Muchas veces	
<b>1.2 Aseguramiento - EPS-RS</b>				
1. ¿Cree que el régimen subsidiado de salud le garantiza el derecho a la salud? ¿Por qué? _____	1 No	2 Sí		
2. ¿Sabe usted cómo se accede al régimen subsidiado? ¿Cómo? _____	1 No	2 Sí		
3. Usted cree que las personas están en el régimen subsidiado por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porque es un derecho</li> <li>• Por gestión de la alcaldía</li> <li>• Por gestión de la comunidad</li> <li>• Por amiguismo</li> <li>• Favores políticos</li> <li>• Por libre escogencia</li> <li>• Por presiones</li> <li>• Por engaño de las EPS-RS</li> <li>• Por recomendaciones de los representantes de la alcaldía</li> </ul>				
4. En caso de estar afiliado al régimen subsidiado, usted escogió su EPS-RS por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por voluntad propia</li> <li>• Por presiones</li> <li>• Por recomendaciones de los representantes de la alcaldía</li> <li>• Por engaño</li> </ul>				
5. ¿Tiene usted conocimiento sobre los centros de salud (IPS) en los cuales lo pueden atender?	1 Sí	2 No		
6. ¿El núcleo familiar está afiliado a la misma EPS-RS?	1 Sí	2 No		
7. ¿Todos los miembros del núcleo familiar están afiliados?	1 Sí	2 No		
8. ¿Cree usted que los recién nacidos tienen derecho legal a una afiliación automática en el régimen subsidiado?	1 Sí	2 No		
9. ¿Qué tanto defiende la EPS-RS sus derechos?	1 Nunca	Algunas veces	3 Muchas veces	
10. ¿Qué tan fácil es acceder a los servicios de salud?	1 Muy fácil	2 Difícil	3 Imposible	
11. ¿Qué dificulta el acceso al servicio? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distancia de su vivienda</li> <li>• Trámites en la ARS</li> <li>• Copagos</li> <li>• Otros. ¿Cuáles? _____</li> </ul>				
12. ¿Es fácil acceder a los servicios de salud en otro municipio?	1 Muy fácil	2 Difícil	3 Imposible	

Continúa en la siguiente página

Componente	Calificación de los componentes			Observaciones
<b>1.3 Prestación de servicios de salud</b>				
1. ¿La EPS-RS realiza alguna de las siguientes actividades?				
1.1 Evaluación de la satisfacción de los usuarios	1 Nunca	2 Algunas veces	3 Muchas veces	
1.2 Recepción, seguimiento y solución de peticiones, quejas y reclamos	1 Nunca	2 Algunas veces	3 Muchas veces	
1.3 Evaluación de sus actividades con la alcaldía o el departamento	1 Nunca	2 Algunas veces	3 Muchas veces	
2. ¿Es usted atendido a tiempo? (Oportunidad)	1 Nunca	2 Algunas veces	3 Muchas veces	
3. ¿Considera que la atención es buena? (Calidad)	1 Nunca	2 Algunas veces	3 Muchas veces	
4. ¿Conoce usted los programas de promoción y prevención desarrollados por su EPS-ARS?	1 No	2 Sí		
5. En caso afirmativo, califique estos programas	1 Malos	2 Regulares	3 Buenos	
<b>1.4 Autoevaluación comunitaria</b>				
1. ¿Conoce usted casos de múltiples afiliaciones?	1 Ninguno	2 Pocos	3 Algunos	
2. ¿Conoce usted casos de uso fraudulento del carné en el municipio?	1 Ninguno	2 Pocos	3 Algunos	
<b>3. Califique la participación de los afiliados en:</b>				
3.1 Actividades de los centros de salud (IPS)	1 Mala	2 Regular	3 Buena	
3.2 Actividades de las EPS-RS	1 Mala	2 Regular	3 Buena	
3.3 Actividades de las organizaciones comunitarias (liga de usuarios, veedurías)	1 Mala	2 Regular	3 Buena	
3.4 Actividades de la secretaría de salud	1 Mala	2 Regular	3 Buena	
4. ¿Cuál cree usted que es el grado de participación y decisión de la comunidad en:				
4.1 Identificación, selección y priorización	1 Mala	2 Regular	3 Buena	
4.2 Régimen subsidiado de salud	1 Mala	2 Regular	3 Buena	
4.3 Calidad y oportunidad en la atención de las IPS	1 Mala	2 Regular	3 Buena	
4.4 En las ligas de usuarios o asociaciones de usuarios	1 Mala	2 Regular	3 Buena	
4.5 En las veedurías en salud	1 Mala	2 Regular	3 Buena	
4.6 En los servicios de las EPS-RS	1 Mala	2 Regular	3 Buena	
5. ¿Cuál es la entidad que mejor defiende su derecho a la salud? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personero</li> <li>• Secretaría local de salud</li> <li>• Veedor en salud</li> <li>• ARS</li> <li>• Organización comunitaria</li> </ul>				

## b. Componente sistema único de quejas y reclamos

La evaluación de quejas, reclamos y sugerencias implica tres fases y momentos interrelacionados:

- Formalización y divulgación del proceso

- Recepción y caracterización inicial
- Seguimiento y resolución.

El primer momento de formalización y divulgación del proceso implica la sensibilización de los diversos participantes en el sistema de quejas, reclamos y sugerencias, sobre los elementos del sistema responsable y la periodicidad de actividades. Por ejemplo, esta información se puede comunicar a los actores a través de un documento escrito.

Los siguientes dos momentos corresponden a la recolección y el procesamiento de la información.

**Cuadro 3.2**

**Formato único de registro individual de quejas, reclamos o sugerencias**

Número		D	M	A				
<b>1. Datos del solicitante</b>								
Nombre:	Apellido:	Documento de identidad:	Edad	Régimen: contributivo/ subsidiado/ vinculado ARS _____ EPS _____				
Firma:								
Dirección y teléfono:								
Correo electrónico:								
Tipo de solicitud								
Queja	Reclamo		Sugerencia					
<b>2. Datos de institución receptora en primera instancia</b>								
Nombre:								
Tipo de institución:	DLS		DDS		EPS-RS		EPS	
	IPS		ADU		Personería		Otro	
<b>3. Reclamación o sugerencia:</b>								
Descripción:								

Continúa en la siguiente página

3. Reclamación o sugerencia:										
Objeto de la solicitud:	Orientación		Prestación		Aseguramiento		Costos		Instalaciones	
	Oportunidad		Trato		Medicamentos		Otro		Acceso	
Clase de reclamación:	Verbal				Derecho de petición					
	Teléfono		Oficio				Tutela			
4. Trámite institución receptora										
Descripción:										
Tipo de trámite realizado::	Respuesta inmediata		Remisión interna		Remisión externa		Trámite finalizado			
5 . Trámite interno*										
Responsable:										
Respuesta dada (descripción)										
Tipo de respuesta:			Respuesta final			Remisión externa				
6. Trámite externo										
Responsable:										
Institución:										
Tipo de institución:	DLS		DDS		EPS-RS		EPS			
	IFS		ADU		Personería		Otro			
Respuesta dada (descripción)										
Tipo de trámite realizado:	Remisión a institución receptora inicial				Remisión a otra institución					

\* Trámite interno. Respuesta final: registrar en el sistema como “trámite finalizado”. Remisión externa: elaborar oficio remitiendo a otra institución, informar a encargado para el registro de su estado en el sistema.

### ◆ Instrucciones para diligenciar el formato de registro individual de solicitudes, peticiones, quejas o reclamos

- Datos del solicitante: nombres y apellidos completos, indicando el número del documento de identidad, edad, régimen (subsidiado o contributivo), dirección. En caso de actuar con apoderado o representante legal, también deben aparecer los datos de este. El petionario puede guardar silencio o no suministrar esta información, si así lo desea

- Datos institución receptora. Tipo de institución. Dirección local de salud (DLS), dirección departamental de salud (DDS), entidad promotora del régimen subsidiado (EPS-RS), asociaciones de usuarios (ADU), institución prestadora de servicios de salud (IPS), entidad promotora de salud (EPS)
- Reclamación o sugerencia. Se deben aclarar el objeto y las razones de la petición, si se solicita información o copia de documentos, si se trata de una queja o un reclamo, o si se está haciendo una consulta. Una relación de los documentos que se anexan, si fuere el caso
- Trámite institución receptora. Tipo de trámite:
  - Respuesta inmediata
  - Remisión interna: elaborar oficio remitiendo a responsable de preparar respuesta dentro de la institución
  - Remisión externa: elaborar oficio remitiendo a responsable de preparar respuesta por parte de otra institución
  - Trámite finalizado: respuesta mediante oficio para dar solución final al reclamo.

Cuatro son las fuentes del sistema de evaluación territorial: evaluaciones participativas por usuarios (EP), sistematización de las quejas y reclamos (QR), indicadores técnicos de desempeño (ITD) e indicadores básicos de salud municipal (IBS).

## c. Componente indicadores técnicos de desempeño

**Cuadro 3.3**  
**Indicadores técnicos de desempeño**

Denominación	Operacionalización	Significado	Fuente de datos	Estándar	Frecuencia de uso
<b>A. Indicadores de gestión del aseguramiento</b>					
1. Cobertura de aseguramiento RS en salud. Responsable, coordinador local de salud	Número de beneficiarios afiliados/ población NBI Número de beneficiarios del RS afiliados contratados con subsidios plenos/ total potenciales beneficiarios del RS (1 y 2 del SISBEN + listado censal)	Conocer el porcentaje de población pobre y vulnerable, cubierta con aseguramiento en salud	Planeación municipal, dirección local de salud, SISBEN	100%	Semestral y cada vez que se haga ampliación de cobertura
2. Carnetización afiliados al RS. Responsable, coordinador local de salud y coordinación RS	Número de usuarios carnetizados/ total beneficiarios afiliados (contratados) al RS	Conocer la efectividad de la carnetización por parte de las RS	Dirección local de salud	100%	Mensual
3. Recursos propios para ampliación de cobertura en RS. Responsable, coordinador local de salud	Recursos (financieros) por esfuerzo propio en contrato/ total de recursos aplicados en contratos del régimen subsidiado actual	Conocer el esfuerzo propio del municipio para ampliación de cobertura en RS	Planeación municipal, secretaría de hacienda municipal	Mayor que el periodo de contratación anterior	Anual
4. Aplicación de los recursos financieros RS. Responsable, coordinador local de salud	Recursos ejecutados en el RS en contratos/ total de recursos destinados al RS	Conocer la aplicación de los recursos del RS	Secretaría de hacienda municipal, fondo local de salud	100%	Anual o cada vez que se haga un contrato
5. Validación pública de afiliados. Responsable, coordinador local de salud	Número de personas sin derecho a pertenecer al RS y detectadas en lecturas públicas y reemplazadas con el debido proceso/ total de afiliados (contratados) al RS	Conocer la participación de la comunidad y el desempeño del municipio en el proceso de depuración de la base de datos	Dirección local de salud, personería municipal (actas de eventos públicos)	100% de BD validado	Semestral
6. Liquidación de contratos. Responsable, coordinador local de salud	Número de contratos liquidados/ número de contratos ejecutados	Eficacia en liquidación de los contratos que permiten utilizar los recursos oportunamente	Secretaría de hacienda y dirección local de salud	100%	4 meses después de terminado el contrato
7. Priorizados. Responsable, coordinador del régimen subsidiado	Existe o no listado de priorizados actualizado y debidamente actualizado	Gestión para la inclusión de la población más vulnerable	Dirección local de salud	Malo: no lo tiene. Regular: lo tiene, pero no actualizada. Buena: actualizada	120 días antes de la contratación
<b>B. Indicadores de gestión del riesgo (para población afiliada y vinculada)</b>					
1. Cobertura de vacunación PAI (esquema completo) a menores de 1 año, usuarios del RS. Responsable coordinador local de salud	Número de menores de 1 año con esquema completo de PAI/ población menor de un año que se va a vacunar por EPS-RS	Conocer la eficiencia y efectividad de la vacunación en la población menor de 1 año	EPS-RS, secretaría de salud	100%	Semestral
2. Tasa de mortalidad materna en población usuaria del RS. Responsable coordinador local de salud	Número de muertes maternas afiliadas al RS por EPS-RS/ total partos de mujeres afiliadas al RS	Conocer el impacto de la atención institucional en la mortalidad materna	Secretaría de salud, EPS-RS, IPS	Menor al 2%	Semestral

Continúa en la siguiente página

Denominación	Operacionalización	Significado	Fuente de datos	Estándar	Frecuencia de uso
<b>B. Indicadores de gestión del riesgo (para población afiliada y vinculada)</b>					
3. Tasa de mortalidad perinatal en población usuaria del RS. Responsable, coordinador local de salud	Número de muertes perinatales afiliadas al RS/ total partos institucionales	Conocer el impacto de la atención institucional en la mortalidad perinatal	Secretaría de salud, EPS-RS, IPS	Menor al 2%	Semestral
4. Tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años por EDA en población usuaria del RS. Responsable, coordinador local de salud	Número de muertes en menores de 5 años por EDA en afiliados al RS/ total de niños menores de 5 años afiliados al RS. Contratados	Conocer el impacto de la atención institucional en los programas de control de EDA	Secretaría de salud, EPS-RS, IPS	Superior a la línea de base	Semestral
5. Tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años por IRA en población usuaria del RS. Responsable, coordinador local de salud	Número de muertes en menores de 5 años por IRA en afiliados al RS/ total de niños menores de 5 años afiliados al RS	Conocer el impacto de la atención institucional en los programas de control de IRA	Secretaría de salud, EPS-RS, IPS		Semestral
6. Tasa de mortalidad infantil en población usuaria del RS. Responsable, coordinador local de salud	Número de muertes en menores de un año/ nacidos vivos x 1.000	Conocer el impacto de la atención institucional en la mortalidad	Secretaría de salud, EPS-RS, IPS	Menor al 2%	Semestra
7. Programa de control prenatal en el RS. Responsable, coordinador local de salud	Número de maternas en control prenatal del RS/ Total de embarazos esperados en el RS	Conocer la efectividad de los programas de control prenatal	IPS (públicas y privadas), EPS-RS, secretaría de salud	Mayor al 95%	Semestral
8. Oportunidad de atención en el RS. Responsable, coordinador local de salud	Tiempo de espera para la atención en días	Conocer la oportunidad de atención	IPS EPS-RS	Med. general, máximo 24 horas. Gineco-obstetricia y pediatría, máximo 48 horas	Semestral
9. Embarazo en adolescentes. Responsable, coordinador local de salud	Número de embarazadas menores de 18 años/ total de embarazadas	Impacto del programa de salud sexual y reproductiva	IPS, EPS-RS	0%	

#### d. Componente indicadores básicos de salud

Con miras a establecer el sistema de evaluación territorial, en el marco de la consolidación del sistema de inspección, vigilancia y control de la gestión del régimen subsidiado de salud en el ámbito municipal, se propone crear cuatro indicadores básicos de salud que permitan integrar la información necesaria y útil como insumo estratégico, para: a) formular, ajustar y evaluar políticas y programas de salud municipal, b) reorientar los servicios de salud y los sistemas de vigilancia en salud pública, c) programar, monitorear, evaluar y adaptar la cooperación técnica, y d) la movilización de recursos destinados al sector salud.

El primer paso para implementar el sistema de evaluación territorial es dar a conocer a los diferentes actores la propuesta, mostrando el compromiso de la administración municipal con su implementación y seguimiento.

Se hace énfasis en el uso de la epidemiología para que los diferentes niveles de decisión, bajo las visiones políticas, técnicas, administrativas y sociales, mejoren los procesos de gestión en salud, basados en el fortalecimiento de sus capacidades analíticas y con evidencias suficientes para la toma de decisiones políticas, aprovechando los recursos disponibles con miras a reducir la duplicación de esfuerzos y la consolidación de acciones concretas con carácter interinstitucional e intersectorial<sup>2</sup>.

- Indicadores de población

**Cuadro 3.4**  
**Indicadores de población**

Indicador	Fuente	Periodicidad
Población total		
Población urbana	DANE	Anual
Población rural	DANE	
Población femenina	DANE	
Población masculina	DANE	
Población en condición de desplazamiento forzado	Red de Solidaridad	
Población NBI	DANE	
Población SISBEN 1	Oficina SISBEN municipio	
Población SISBEN 2		
Población SISBEN 3		
Listados censales (todas las poblaciones especiales)		
Población cubierta por el régimen contributivo	FOSYGA O FISCALUD	
Población cubierta por el régimen subsidiado - subsidios completos	Municipio	
Población cubierta por el régimen subsidiado - subsidios parciales	Municipio	
Tasa de crecimiento demográfico anual	DANE	
Densidad poblacional (n.º habitantes x kilómetro cuadrado)	DANE	
Tasa cruda de natalidad por mil habitantes		
Tasa general de fecundidad por mil mujeres en edad fértil (mujeres de 10 a 49 años)		

2 Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Proyecto de Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. Evaluación de indicadores básicos de salud, anexo de Metodología para la aplicación del sistema de evaluación territorial (SET). Modelo de gestión participativa del régimen subsidiado. Versión de diciembre de 2005, Bogotá.

- Estructura poblacional por edad y género, y la población indígena en los municipios:

**Cuadro 3.5**  
**Estructura poblacional por edad y género**

Grupo de edad	Hombres	Mujeres
0-4		
5-9		
10-14		
15-19		
20-24		
25-29		
30-34		
35-39		
40-44		
45-49		
50-54		
55-59		
60-64		
65-69		
70-74		
75 +		

- Indicadores de mortalidad municipal

**Cuadro 3.6**  
**Indicadores de mortalidad**

Indicadores
Tasa cruda de mortalidad por 1.000 habitantes
Tasa cruda de mortalidad urbana por 1.000 habitantes
Tasa cruda de mortalidad rural por 1.000 habitantes
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos
Tasa de mortalidad materna
Tasa de mortalidad perinatal
Proporción de muertes en menores de 5 años
Proporción de muertes en mayores de 65 años
Razón de mortalidad en menores de 5 y mayores de 65 años

**Fuente:** Estadísticas vitales del municipio.

**Cuadro 3.7**  
**Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes**

Grupo de edad	Hombres	Mujeres
0-4		
5-9		
10-14		
15-19		
20-24		
25-29		
30-34		
35-39		
40-44		
45-49		
50-54		
55-59		
60-64		
65-69		
70-74		
75 +		

- Indicadores de morbilidad municipal (morbilidad por enfermedades transmisibles)

**Cuadro 3.8**  
**Indicadores de morbilidad**

(Número de casos y tasas por 100.000 habitantes)	Casos	Tasas de incidencia
• Poliomielitis		
• Sarampión		
• Difteria en menores de 5 años		
• Tosferina en menores de 5 años		
• Tétanos neonatal		
• Sífilis congénita		
• Sida		
• Cólera		
• Rabia humana		
• Fiebre amarilla		
• Dengue		
• Malaria		
• Tuberculosis		
• Prevalencia de lepra		

**Fuente:** Secretaría de Salud del municipio.

- Principales causas de egreso hospitalario (por edad y género)

**Cuadro 3.9**  
**Principales causas de egreso hospitalario**

Causa (CIE10)	Casos	Tasas de incidencia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

**Fuente:** Secretaría de Salud del municipio.

- Principales causas de consulta externa (por edad y género)

**Cuadro 3.10**  
**Principales causas de consulta externa**

Causa (CIE10)	Casos	Tasas de incidencia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

**Fuente:** Secretaría de Salud del municipio.

- Factores de riesgo identificados por municipio

**Cuadro 3.11**  
**Factores de riesgo**

Factores de riesgo
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

**Fuente:** Secretaría de Salud del municipio.

- Cobertura de servicios públicos

**Cuadro 3.12**  
**Cobertura de servicios públicos**

Fuente SISBEN	Cobertura urbana %	Cobertura rural %
Energía eléctrica		
Acueducto		
Agua potable		
Alcantarillado		
Recolección de basuras		
Gas domiciliario		
Teléfono		
Vías municipales (km pavimentados)		

Fuente: Secretaría de Planeación Municipal.

- Coberturas de vacunación municipal

**Cuadro 3.13**  
**Coberturas de vacunación**

Coberturas de vacunación	
	DTP
	Antipoliomielítica
Niños menores de 1 año con esquema completo de vacunación	BCG
	Antihepatitis B
	Antihaemophilus influenzae tipo B
Niños de 1 año con esquema completo de triple viral	

Fuente: Secretaría de Salud del municipio.

## 5. Aplicación del SET

### a. Selección de los municipios piloto<sup>3</sup>

La selección de los municipios piloto para el modelo operativo del sistema de inspección, vigilancia y control respondió a la siguiente metodología: a) definición de criterios, b) ponderación de criterios y c) recolección de datos y validación final.

<sup>3</sup> Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Pontificia Universidad Javeriana-cendex. Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado, formato C8. Informe de su desarrollo en el municipio de Santander de Quilichao, Bogotá, enero de 2006.

Entre los criterios a tener en cuenta para la selección del municipio se propusieron aspectos tanto cuantitativos como cualitativos, con el fin de buscar la integración de las diversas características de los municipios y la mayor objetividad en la selección. Estos criterios fueron:

- Grado de participación social
- Grado de participación de las instituciones de fiscalización y control en el régimen subsidiado
- Viabilidad técnica
- Impacto en el sistema de salud
- Factibilidad política.

Las variables para caracterizar los criterios de selección y los instrumentos de recolección o verificación de la información se presentan en el cuadro 3.14.

El primer momento de formalización y divulgación del proceso implica la sensibilización de los diversos participantes en el sistema de quejas, reclamos y sugerencias, sobre los elementos del sistema responsable y la periodicidad de actividades.

**Cuadro 3.14**  
**Criterios de selección del municipio**

Criterio de selección	Variables	Fuentes de información o verificación
Grado de participación social en el municipio	Número de instituciones de participación y control social, como las asociaciones de usuarios y veedurías que funcionan en el municipio	Registros de las direcciones locales de salud o la alcaldía en el municipio
Grado de participación de las instituciones de fiscalización y control del rs en el municipio	Número de instituciones de fiscalización y control que funcionan en el seguimiento al rs del municipio, como las personerías, contraloría	Registros de la alcaldía en el municipio y de las direcciones locales de salud

Continúa en la siguiente página

Criterio de selección	VARIABLES	Fuentes de información o verificación
Viabilidad técnica	Número de servidores públicos responsables de la función de IVC en el municipio	Registros de las direcciones locales de salud que designen los servidores públicos responsables de las actividades relacionadas con el modelo operativo IVC
	Disponibilidad de por lo menos un servidor público responsable de la función de IVC en el departamento	Registros de la secretaría departamental de salud que designen los servidores públicos responsables de las actividades relacionadas con el modelo operativo de IVC
	Funcionamiento de un sistema de peticiones, quejas y reclamos	Existencia de un responsable del sistema. Registros de peticiones, quejas y reclamos
Nivel de impacto en el sistema de salud	Existencia de una cultura de evaluación de desempeño o gestión del RS en el municipio	Existencia de un responsable de evaluación de desempeño o gestión del RS Registros de evaluaciones de desempeño o gestión del RS
	Número de EPS-RS en el municipio	Ficha de caracterización municipal
	Porcentaje de población con NEI	Ficha de caracterización municipal
Factibilidad política	Interés de la entidad territorial municipal en desarrollar un modelo de IVC	Acta de compromiso firmada por la dirección local de salud de la entidad territorial municipal, en la cual se responsabilice del cumplimiento de las actividades relacionadas con el modelo operativo de IVC
	Interés de la entidad territorial departamental y aval del municipio en el que se desarrollará el modelo de IVC	Acta de compromiso firmada por la secretaría departamental de salud, en la cual se avale a la entidad territorial y se responsabilice del cumplimiento de las actividades relacionadas con el modelo operativo de IVC

Se propuso una calificación y ponderación de los criterios de selección del municipio piloto, mediante la aplicación de una escala hasta de diez puntos por cada variable, y un máximo total de 100 puntos, tal como se describe en el Cuadro 3.15.

**Cuadro 3.15**  
**Tabla de ponderación de criterios de selección del municipio piloto**

Criterio de selección	VARIABLES	Ponderación
Grado de participación social en el municipio	Número de asociaciones de usuarios y veedurías que funcionan en el municipio	0-1 instituciones: 1 punto 2-5 instituciones: 5 puntos 6 o más instituciones: 10 puntos
Grado de participación de las instituciones de fiscalización y control en el RS en el municipio	Número de instituciones de fiscalización y control que funcionan en el seguimiento del RS del municipio	0-1 instituciones: 1 punto 2 instituciones: 5 puntos 3 o más instituciones: 10 puntos

Continúa en la siguiente página

criterio de selección	Variables	Ponderación
Viabilidad técnica	Número de servidores públicos responsables de la función de IVC en el municipio	0-1 personas: 1 punto 2-3 personas: 5 puntos 3 o más personas: 10 puntos
	Disponibilidad de por lo menos un servidor público responsable de la función de IVC en el departamento	0-1 personas: 1 punto 2-3 personas: 5 puntos 3 o más personas: 10 puntos
	Funcionamiento de un sistema de peticiones, quejas y reclamos	Existencia de un responsable del sistema: 5 puntos Registros de peticiones, quejas y reclamos: 5 puntos Existencia de un responsable y un registro de peticiones, quejas y reclamos (las dos variables anteriores): 10 puntos
	Existencia de una cultura de evaluación de desempeño o gestión del RS en el municipio	Existencia de un responsable de evaluaciones de desempeño o gestión del RS: 5 puntos Registros de evaluaciones de desempeño o gestión del RS: 5 puntos Existencia de un responsable y un registro de evaluaciones de desempeño o gestión del RS, las dos variables anteriores): 10 puntos
Nivel de impacto en el sistema de salud	Número de EPS-RS en el municipio	0-1 instituciones: 1 punto 2 instituciones: 5 puntos 3 o más instituciones: 10 puntos
	Porcentaje de población con NEI	0-25%: 1 punto 26%-50%: 5 puntos 51% o más personas: 10 puntos
Factibilidad política	Interés de la entidad territorial municipal en desarrollar un modelo de IVC	Acta de compromiso firmada por la dirección local de salud: 10 puntos. Sin acta de compromiso: 0 puntos
	Interés de la entidad territorial departamental y aval del municipio en el que se desarrollará el modelo de IVC	Acta de compromiso firmada por la secretaría departamental de salud: 10 puntos. Sin acta de compromiso: 0 puntos

La experiencia se adelantó en cuatro municipios del proyecto, uno por cada zona, así:

### Cuadro 3.16

## Sistema de evaluación territorial

### Municipios participantes

Zona	Municipio	Departamento
Centro	Sogamoso	Boyacá
Noroccidente	Riosucio	Caldas
Suroccidente	Santander de Quilichao	Cauca
Costa Atlántica y Santanderes	Arjona	Bolívar

**Cuadro 3.17**  
**Características de los municipios seleccionados<sup>a</sup>**

Municipio objeto	Sogamoso	Arjona	Riosucio	Santander de Quilichao
Departamento	Boyacá	Bolívar	Caldas	Cauca
Población total	162.543	64.000	60.845	76.923
Población urbana	128.409	49.452	16.301	38.959
Población rural	34.134	12.268	44.544	36.661
Población NBI	78.433	49.781	29.205	sin dato
SISBEN 1	22.492	38.776	2.614	24.865
SISBEN 2	45.794	10.032	6.467	22.712
SISBEN 3	10.147	973	7.435	11.828
Listados censales	568	64.000	49.413	
P. régimen contributivo	91.093		8.263	20.020
P. régimen subsidiado	46.916 <sup>b</sup>	26.799	31.318	17.734
Institución responsable	Secretaría de salud municipal	Secretaría de salud municipal	Dirección local de salud	Secretaría de salud
Servidores públicos que participaron en el proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratista de unidad de aseguramiento</li> <li>• Coordinadora PAB</li> <li>• Auxiliar administrativo</li> <li>• Contratista de unidad de aseguramiento</li> <li>• Secretario de salud</li> <li>• Jefe de unidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnico vigilancia y control</li> <li>• Secretario de salud</li> <li>• Técnica base de datos</li> <li>• Secretaría seccional de salud de Bolívar</li> <li>• Personero municipal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directora local de salud</li> <li>• Coordinador de aseguramiento</li> <li>• Coordinadora de programas especiales</li> <li>• Coordinador de vigilancia en salud pública</li> <li>• Coordinación PAB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría de salud</li> <li>• Asesora del alcalde</li> <li>• Coordinador aseguramiento</li> <li>• Personero municipal</li> </ul>
EPS-RS comprometidas	Sin dato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutual Ser ARS</li> <li>• Solsalud ARS</li> <li>• Comparta</li> <li>• Coosalud ARS</li> <li>• Emdisalud ARS</li> <li>• Comfamiliar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mallamas</li> <li>• Café Salud EPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asmet Salud</li> <li>• Coosalud</li> <li>• Emsanar</li> <li>• Calisalud</li> </ul>
Prestadores en el proceso	Sin dato	Sin dato	Hospital Departamental San Juan de Dios	Hospital Francisco de Paula Santander. Quilisalud unidad nivel I
Organizaciones comunitarias	Sin dato	Sin dato	Resguardos indígenas, ligas de usuarios de prestadores y ARS, veedores de salud	Ligas de usuarios de prestadores y ARS y la Asociación Indígena del Cauca (AIC)
Ámbito de concertación	CTSSS	CTSSS	CTSSS	CTSSS

a. Ministerio de la Protección Social - Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Proyecto Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado. Informes de resultados de las firmas, implementación SET, indicadores técnicos de desempeño e indicadores básicos de salud

b. Tomado de FOSYGA, corte enero de 2005, porque no estaba referenciado en los documentos soporte de la firma.

## Cuadro 3.18

## Actores municipales comprometidos en el proceso\*

Sogamoso	Arjona	Riosucio	Santander de Quilichao
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretaría local de salud</li> <li>• Interventor del RS</li> <li>• Secretaría de Planeación-SISBEN</li> <li>• Secretaria de Hacienda</li> <li>• Promotoras PAB</li> <li>• ips públicas, EPS-RS</li> <li>• Secretaría departamental de salud</li> <li>• Personero</li> <li>• Liderazgos comunitarios</li> <li>• Veedores comunitarios</li> <li>• Asociaciones de usuarios de ARS e IPS</li> <li>• Consultores</li> <li>• Universidad Nacional</li> <li>• Población en general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejo territorial de seguridad social en salud</li> <li>• Personería municipal</li> <li>• Alianza de usuarios</li> <li>• Secretaría municipal de salud</li> <li>• EPS-RS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcalde municipal</li> <li>• Directora local de salud</li> <li>• Coordinador de aseguramiento</li> <li>• Coordinadora de programas especiales</li> <li>• Coordinador de vigilancia en salud pública</li> <li>• Coordinación PAB municipal</li> <li>• Secretario general sisben</li> <li>• Personero municipal</li> <li>• ars Mallamás, ARS Café Salud</li> <li>• Hospital departamental San Juan de Dios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcalde</li> <li>• Servidores públicos</li> <li>• secretaria de salud</li> <li>• Personero</li> </ul>

\* Ministerio de la Protección Social - Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Proyecto Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del régimen subsidiado, formato B4. Resumen sistema de evaluación territorial. Servidores públicos que participan en el proceso.

## b. Ambientación de la propuesta a escala municipal

Aunque esta fase se ejecutó de distintas formas por las cuatro firmas, a continuación se resumen las principales actividades de sensibilización y concertación, comunes a la mayoría de las intervenciones:

- Presentación de la propuesta al alcalde y discusión de su pertinencia y alcances
- Coordinación y socialización con organizaciones implicadas liderada por secretaria de salud (otras dependencias del municipio, personero municipal, EPS-RS, IPS, gobernadores de resguardos, veedores y organizaciones comunitarias)
- Formalización del proceso que implica la sensibilización de los diferentes actores sobre los elementos del sistema, responsables y periodicidad de actividades
- Difusión oficial por el alcalde de los requerimientos de información a las EPS-RS e IPS

Se hace énfasis en el uso de la epidemiología para que los diferentes niveles de decisión, bajo las visiones políticas, técnicas, administrativas y sociales, mejoren los procesos de gestión en salud, basados en el fortalecimiento de sus capacidades analíticas y con evidencias suficientes para la toma de decisiones políticas.

- Realización de campaña publicitaria a través de distintos medios; se resaltan como favoritos canal y emisora locales
- Establecimiento de liderazgos para cada uno de los componentes del SET, dentro del equipo de trabajo de la secretaría de salud, pero involucrando a personero, IPS, organizaciones comunitarias y grupos indígenas, quienes posteriormente tomarán la vocería del componente de quejas y reclamos e indicadores básicos de salud
- Programación fechas de seguimiento para mostrar a cada actor los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos.

Los actores clave identificados en el municipio además del consejo territorial de seguridad social en salud fueron:

- Asociaciones de usuarios y veedurías
- Personería municipal
- Juntas de acción comunal
- Juntas administradoras locales
- Representación territorial ciudadana (barrios)
- Grupo de mujeres
- Programas de jóvenes
- Comunidad en general
- ONG con enfoques sociales
- Gobernadores de los resguardos indígenas.

### c. Aprestamiento

Esta fase, descrita como tal en el modelo teórico, varía de manera significativa. Se resaltan las situaciones encontradas y las principales acciones realizadas:

- En ningún caso se halló evidencia de la existencia de un diagnóstico preliminar de los principales problemas del régimen subsidiado de salud de los municipios (financieros, administrativos, operativos de información, etcétera)
- Definición de las fuentes de información con participación de los actores de los municipios seleccionados y las firmas ejecutoras<sup>4</sup>
- Definición en todos los casos de los roles para cada actor, pero durante la ejecución, la secretaría de salud terminó asumiendo muchos de ellos
- Participación social en el proceso; se involucraron las organizaciones sociales activamente, aportando en el ajuste del modelo a la situación específica de cada municipio
- Realización del proyecto de capacitación para líderes de salud, entendido como factor crítico de éxito, en particular en Riosucio, Caldas<sup>5</sup>
- Consolidación en esta fase del compromiso de los participantes en el proceso

4 Jornada de validación y socialización de los instrumentos en Sogamoso, 8 de junio de 2005.

5 En el municipio de Riosucio existe una creciente necesidad de capacitación sobre el Sistema general de seguridad social en salud por parte de los diferentes líderes comunitarios indígenas y no indígenas, el cual también es compartido por la comunidad en general, la administración municipal y el Hospital San Juan de Dios. Se capacitan 115 personas entre cabildantes, veedores en salud y líderes comunitarios de la zona rural y la urbana.

- Desarrollo de festivales de la salud en donde se realizaron jornadas de salud, capacitaciones, lecturas públicas de régimen subsidiado, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y se recogieron a través del SAC (servicio de atención a la comunidad) las inquietudes de la comunidad (municipio de Riosucio)
- Realización de programas por el canal local comunitario y por radio sobre educación en salud y debates acerca del sistema, con participación de la comunidad
- Organización y duplicación de los instrumentos que se aplicarán para la obtención de la información
- Definición de la población objeto a encuestar para efecto de la evaluación participativa.

#### d. Ejecución

En esta fase se desarrollaron las siguientes actividades:

- Ajuste de los instrumentos a la realidad municipal desde la óptica de la respectiva administración: se incorporaron los ajustes considerados necesarios por los funcionarios para adecuar los instrumentos a su cultura y realidad municipal (municipio Santander de Quilichao)
- Reunión con los resguardos indígenas y sus respectivas autoridades tradicionales, con el fin de revisar los instrumentos y analizar la inclusión de indicadores y aspectos de medicina tradicional que se consideran no han sido tenidos en cuenta desde el nivel central (municipio de Riosucio)
- Aplicación y ajustes de los instrumentos con todos los entes del municipio con el fin de tener un consolidado municipal
- Definición del cronograma de ejecución

- Aplicación de las encuestas de evaluación participativa para la obtención de la información y el procesamiento, análisis e interpretación de esta. El instrumento se aplicó a la población sin importar su afiliación en distintos puntos como atención al usuario de la secretaría de salud, sala de espera del hospital —a través de las promotoras en desarrollo de sus actividades PAB—, resguardos indígenas y comunidad
- Aplicación de las encuestas en los resguardos indígenas y en el área urbana por parte de la personería
- Implantación del componente de sistema único de quejas y reclamos
- Recolección de la información de indicadores técnicos de desempeño
- Acopio de la información sobre los indicadores básicos de salud para su análisis y presentación
- Realización de reuniones periódicas con todos los entes municipales con el fin de retroalimentar el proceso y dar a conocer sus avances y dificultades
- Desarrollo de reuniones de concertación
- Reanudación de las reuniones con los COPACOS y otras organizaciones sociales.

e. Instancia de socialización de resultados y concertación

En todos los casos, salvo en Arjona, se describe como ámbito de concertación el consejo territorial de seguridad social en salud (CTSS).

- Formalización del CTSS en salud como ámbito de concertación

- Realización de reuniones de socialización y concertación para la aplicación e implementación del SET en los resguardos y en el área urbana, con el CTSS
- Triangulación de la información obtenida y analizada
- Discusión de los resultados en asambleas comunitarias
- Elaboración del informe para la presentación a los diferentes actores comunitarios e institucionales
- Reunión con el CTSS en salud para dar a conocer los objetivos y la importancia de poder desarrollar el SET en el municipio, por ser este el organismo responsable del seguimiento y la vigilancia
- Decisiones de ajuste y propuestas de mejoramiento en las instancias de concertación municipal
- Toma de decisiones y soluciones
- Seguimiento y resolución
- Inclusión de proyectos en los planes de salud y de desarrollo del municipio.

#### f. Seguimiento y monitoreo

La secretaría de salud, junto con las firmas integrantes del sector, propició las herramientas para controlar y monitorear los compromisos establecidos en las reuniones de concertación.

#### g. Evaluaciones participativas

Como fue planteado a través de mecanismos de participación, se buscó que los actores en salud actuaran en forma integral para hallar soluciones benéficas que incluyeran al afiliado, quien hasta el momento era el único afectado por las dificultades en la operación del sgss. Esta búsqueda estuvo basada en instrumentos que

miden los problemas por medio de encuestas y que a su vez permitieron establecer la situación real en cada uno de los procesos de prestación de los servicios de salud.

En el Cuadro 3.19 se muestran algunos aspectos de las encuestas en cada municipio:

**Cuadro 3.19**  
**Evaluación participativa**

Ítem	Municipio	Sogamoso	Arjona	Riosucio	Santander de Quilichao
Encuestados		42	600	372	668
Procesadas		42	600	372	417
Relación encuestados/ PPB (a)		0,0006	0,0053	0,0064	0,0088
Tipo de muestreo		Aleatorio simple	Aleatorio simple	Aleatorio simple	Aleatorio simple
Tipo de población		Afiliados o vinculados	Afiliados o vinculados	Afiliados o vinculados	Afiliados o vinculados
Instrumento utilizado		Diseñado por las firmas	Diseñado por las firmas	Modificado para la población indígena (b)	Diseñado por las firmas
Quién lo aplicó		Sin dato	Equipo de salud	Equipo de salud y líderes acompañados	Equipo de salud y líderes acompañados
N.º de líderes capacitados		Sin dato	Sin dato	115	80
Forma de aplicación		Individual	Individual	Individual en zona urbana y grupal en rural (indígenas)	Individual

a. PPB: Población potencial beneficiaria que corresponde a la sumatoria de población SISBEN 1 y 2 y listados censales.

b. Se aplicaron 191 de las 372 en la zona rural y en resultados indígenas.

Estas encuestas se definieron como aspectos de la operación del régimen subsidiado y los siguientes deben someterse a la evaluación participativa:

- Identificación, selección y priorización de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud
  - SISBEN
  - Listados censales
  - Listado de priorizados

- Aseguramiento EPS-RS:
  - Prestación de servicios de salud
  - Autoevaluación comunitaria.

#### ◆ Identificación, selección y priorización de potenciales beneficiarios

Se describen los aspectos relevantes y comunes en las respuestas:

- Falta de información sobre los procesos de identificación, selección y priorización hacia los usuarios
- Confusión entre los listados censales y SISBEN. Mucho más significativo en las comunidades indígenas
- El grado de desconocimiento de los procesos de identificación, selección y priorización que por normatividad debiera conocer la comunidad ocupa un porcentaje significativo de la población<sup>6</sup>. Como consecuencia de lo anterior, en el momento de identificar posibles casos fraudulentos en el régimen subsidiado las probabilidades son escasas
- La mayoría de las personas del municipio preguntan por los cupos al régimen subsidiado cuando requieren una cirugía costosa o un tratamiento o porque se sienten enfermos. No se dan cuenta del alcance que tiene frente a los niveles de priorización
- Desconocimiento de los usuarios acerca del funcionamiento del sistema y sobre los derechos y deberes, lo que demuestra la necesidad de explicar cada pregunta

---

<sup>6</sup> Por distintas razones, entre 50 y 75% de las personas encuestadas en los municipios desconocen este proceso, que es significativo en el ejercicio de los derechos de los ciudadanos para ingresar al sgsss. En la encuesta de Sogamoso ninguno de los encuestados conocía de la existencia de listados censales.

- Adaptación de la encuesta para poblaciones indígenas
- Poca difusión de los listados censales y la lista de priorizados por parte de las secretarías de salud municipal
- Las ligas de usuarios están centrando la información solo en los voceros, y el usuario común y corriente desconoce tanto el significado del proceso como su existencia.

La selección de los municipios piloto para el modelo operativo del sistema de inspección, vigilancia y control respondió a la siguiente metodología: a) definición de criterios, b) ponderación de criterios y c) recolección de datos y validación final.

A pesar de estas consideraciones, el solo hecho de aplicar la encuesta hace visible el proceso y sirve como mecanismo de divulgación y aprendizaje. Sin embargo, es claro que requiere ajustes y que además esté orientada a comunidades indígenas cuando sea del caso.

#### ◆ Aseguramiento EPS-RS

- A diferencia del proceso anterior, tres cuartas partes de la población considera beneficioso en términos de derechos estar en el régimen subsidiado y además conocen sus derechos
- Los usuarios reconocen las bondades de estar en el régimen subsidiado, pero de la misma forma estiman difícil gozar de dichos beneficios
- La inclusión al régimen subsidiado es percibida como un derecho en una gran proporción de los afiliados, mientras que algunos perciben que las personas están incluidas gracias a la benevolencia de un tercero
- En algunos casos, en el aseguramiento se percibe que los derechos de salud están limitados solo al carné
- Por lo menos la mitad son claros: no están satisfechos con la función de representación y prestación de servicios de las EPS-RS

En ningún caso se halló evidencia de la existencia de un diagnóstico preliminar de los principales problemas del régimen subsidiado de salud de los municipios (financieros, administrativos, operativos de información, etcétera)

- El acceso se dificulta por barreras de responsabilidad de las aseguradoras, como la distancia a la vivienda y la tramitología
- Poco liderazgo y convocatoria frente a la comunidad
- Falta de compromiso social y operativo de las EPS del RS
- Las personas encuestadas no saben cómo acceder al aseguramiento.

#### ◆ Prestación de servicios de salud

- En cuanto a prestación de los servicios, se pregunta cuáles son los mínimos establecidos para catalogar una buena oportunidad
- Las EPS-RS en la mitad de los casos no evalúan la satisfacción de sus afiliados
- La mitad de los encuestados consideran que el servicio no es bueno y tienen dificultades para quejarse
- En general, la mitad de la población percibe que la atención de las EPS-RS no es satisfactoria, y aunque aproximadamente la mitad conocen los programas de promoción y prevención, creen en una gran proporción creen que son malos.

#### ◆ Autoevaluación comunitaria

Hubo participación activa de las organizaciones sociales de diferente índole como COPACOS, veedores de salud, cabildantes y asociaciones de usuarios, y se consideró necesario incorporar en la encuesta algunas preguntas que permitieran visualizarse a sí mismos.

- Más de la mitad de la población considera que la participación es regular o mala, y se evidencia uso inadecuado del sistema en más del 20% de los casos
- En cuanto al grado de participación de la comunidad en los procesos de identificación, selección y priorización, uno de cada tres encuestados prefiere no opinar debido al estado de desconocimiento del tema. Un porcentaje similar (32%) considera regular la participación de la comunidad en estos procesos
- La gente considera que participa más en las actividades de las IPS que en el régimen subsidiado
- La gente tiende a calificar la participación de los afiliados en las EPS-RS como buena. Así mismo mejora la percepción de la calidad de la atención de las EPS-RS
- La percepción de los usuarios facilita el levantamiento del diagnóstico del régimen subsidiado, ya que permite valorar el papel de los distintos actores en el municipio
- Esta fracción de la encuesta es muy relevante, porque la participación social es un componente esencial en el buen desarrollo del SET y su autoevaluación permite identificar situaciones corregibles.

#### h. Sistema único de quejas y reclamos

Se aplicaron formatos con los datos mínimos que deben reportar las IPS y EPS-RS, a partir de sus propios instrumentos, para documentar la información correspondiente a las quejas y reclamaciones de los usuarios:

- Formato de registro individual
- Formato de respuesta individual.

También se aplicó un formato para que las direcciones locales de salud consolidaran esta información.

A partir de diferentes estudios revisados sobre el tema, los factores que se recomienda como parámetros son<sup>7</sup>:

- Garantía: tecnología, confianza, seguridad e información médica
- Atención personalizada: competencia del personal para atender al usuario, con amabilidad y coordinación
- Accesibilidad: transporte, trámites, tiempos de espera
- Capacidad de respuesta: solución a los problemas y coordinación entre los profesionales
- Confortabilidad del servicio: comodidad en salas de espera y de consulta
- Medicamentos: oportunidad y disponibilidad de medicamentos requeridos por parte de los pacientes.

La idea es que los responsables del sistema de evaluación territorial en el municipio puedan analizar la satisfacción de los usuarios con el régimen subsidiado, evaluando a partir de estos instrumentos el desempeño del componente de quejas y reclamos:

Porcentaje de quejas presentadas por institución según la tipología de parámetros:

- Actuación interpersonal
- Calidad técnica
- Accesibilidad/comodidad

---

7 Ministerio de la Protección Social-Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Aplicación del sistema de evaluación territorial en el municipio de Santander de Quilichao.

- Eficacia/resultados
- Entorno físico
- Información
- Financiamiento
- Capacidad de respuesta.

Los indicadores que se deben usar son:

- Porcentaje de quejas resueltas desde la organización receptora y contestadas a los usuarios
- Porcentaje de quejas resueltas y contestadas por la dirección local de salud, la dirección departamental y la Superintendencia Nacional de Salud
- Tipología de reformas o ajustes organizacionales, como repuestas del sistema a las peticiones de los usuarios
- Tipología de propuestas elevadas al ámbito nacional para realizar ajustes, considerando las peticiones de los usuarios.

La filosofía del servicio de atención a la comunidad (SAC) se debe rescatar porque complementa el sentido del componente de quejas y reclamos conformando una verdadera red de participación social agrupada en red de veedores, red de ligas de usuarios y hospital, comité de ética y COPACOS. Al estar presente esta red en el ámbito de concertación permite ampliar el sentido de esta.

Este componente tuvo grandes dificultades operativas por varias razones:

A través de mecanismos de participación, se buscó que los actores en salud actuaran forma integral para hallar soluciones benéficas que incluyeran al afiliado, quien hasta el momento era el único afectado por las dificultades en la operación del SGSSS. Esta búsqueda estuvo basada en instrumentos que miden los problemas por medio de encuestas y que a su vez permitieron establecer la situación real en cada uno de los procesos de prestación de los servicios de salud.

- Las EPS-RS tienen formatos establecidos y son reacias a formato único
- El municipio en sus distintas instancias también tiene formato preestablecido, como en el caso de Riosucio, que decidió utilizar el SAC
- Se continuaron recibiendo quejas verbales en cada uno de los municipios sin la disciplina de utilizar el formato
- No hay cultura del seguimiento a quejas o sugerencias
- Baja capacidad para la resolución y falta de utilización del ámbito de concertación como mecanismo rutinario para su solución
- En ninguno de los municipios se logró rutinizar la captura, consolidación, análisis y solución de quejas.

#### i. Indicadores técnicos de desempeño

Los indicadores técnicos de desempeño dan cuenta de la gestión del aseguramiento y la gestión del riesgo. Los aspectos esenciales son:

- Indicadores de gestión del aseguramiento, que incluyen cobertura de aseguramiento RS, carnetización de afiliados, recursos propios para ampliación de cobertura, aplicación de los recursos financieros, validación pública de afiliados, liquidación de contratos, y priorizados
- Indicadores de gestión del riesgo (para población afiliada y vinculada), que incluyen cobertura de vacunación PAI, tasa de mortalidad materna en población usuaria del RS, tasa de mortalidad perinatal en población usuaria, tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda en población usuaria, tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años por infección respiratoria aguda en población usua-

ria, tasa de mortalidad infantil en población usuaria, programa de control prenatal, oportunidad de atención en el RS, embarazo en adolescentes.

Aun cuando se consideró que era difícil obtener estos indicadores, los resultados fueron muy satisfactorios, como se observa en el Cuadro 3.20.

**Cuadro 3.20**  
**Obtención de datos de indicadores**  
**técnicos de desempeño\***

Tipo de indicadores	Total registrado	Total	%
Indicadores de gestión del aseguramiento	7	7	100%
Indicadores de gestión del riesgo	8	9	88%
Total	15	16	94%

\* Capacidad de obtener los datos e incorporados en los cuadros. Promedio de las cuatro firmas.

Aunque la calidad y el análisis de estos indicadores no siempre fueron los mejores, se demostró que es posible obtenerlos y desarrollar las habilidades de análisis y toma de decisiones a partir de ellos.

#### j. Indicadores básicos de salud

El cuadro de indicadores básicos de salud se creó con base en los indicadores expuestos en el respectivo componente (numeral C.4.d).

Los indicadores que se presentan en el Cuadro 3.21 fueron construidos por los servidores públicos de la secretaría de salud, y en el análisis conjunto que se realizó con ellos se evidenciaron las limitaciones de información (en la obtención, el procesamiento, el análisis y el uso de esta) que tienen los municipios, y se plantearon algunas estrategias para superar esta situación.

La filosofía del servicio de atención a la comunidad (SAC) se debe rescatar porque complementa el sentido del componente de quejas y reclamos conformando una verdadera red de participación social agrupada en red de veedores, red de ligas de usuarios y hospital, comité de ética y COPACOS. Al estar presente esta red en el ámbito de concertación permite ampliar el sentido de esta.

Cuadro 3.21

Obtención de datos indicadores básicos de salud\*

Tipo de indicadores	Total registrado	Total	%
Indicadores de población	18	19	95
Indicadores de mortalidad municipal	7	10	70
Indicadores de morbilidad municipal (morbilidad por enfermedades transmisibles)	14	14	100
Principales causas de egreso hospitalario (por edad y género)	7	7	100
Principales causas de consulta externa (por edad y género)	8	8	100
Factores de riesgo identificados por municipio	1	1	100
Cobertura de servicios públicos	8	16	50
Coberturas de vacunación municipal	6	6	100
Total	69	81	85

\* Capacidad de obtener los datos e incorporados en los cuadros. Promedio de las cuatro firmas.

Aunque en este componente fue mucho más difícil conseguir la información, se lograron estos niveles de obtención, lo que podría facilitar la toma de decisiones si se logra, a conciencia, que sea de uso rutinario.

Prestar atención al sistema de quejas y reclamos, que si bien está soportado en diferentes normas, y en el sector desde 1994 con el decreto 1757, se observó que no opera, lo que resulta preocupante puesto que la medida de satisfacción del usuario es un indicador que muestra cómo las personas perciben a la entidad.

Las dificultades encontradas con más frecuencia fueron:

- No se cuenta con perfiles epidemiológicos reales y actualizados tanto de la población total como de la población afiliada
- Solo el prestador tiene indicadores y difícilmente los da a conocer al municipio
- El municipio tiene dificultades en acceder a las fuentes de información disponibles.

## 6. Análisis de los resultados desde la perspectiva de las firmas

En este apartado se recogen las principales conclusiones y recomendaciones desde la óptica de las firmas, agrupados y consolidados:

### a. Generales

- El sistema de evaluación territorial debe considerarse el elemento esencial para el monitoreo de las acciones de aseguramiento y garantía de la salud por parte del municipio hacia la comunidad, en especial para los más pobres y vulnerables
- En municipios con más de 85% de población NBI y con coberturas cercanas al 100%, como algunos de los municipios del proyecto, el régimen subsidiado de salud es el mecanismo mediante el cual se garantiza la salud de la población más pobre y, por tanto, la existencia de un sistema de evaluación territorial permite conocer y valorar los impactos de la política de subsidios y la estrategia de aseguramiento en salud
- Se demuestra la viabilidad del SET como modelo de gestión participativa del régimen subsidiado
- El SET es una estrategia importante para lograr un mejoramiento de la operación del régimen subsidiado en salud, siempre y cuando se mantenga como una forma de gestión, y los resultados además de ser socializados generen acciones preventivas y correctivas, para recuperar la credibilidad de estos mecanismos en la población.

El SET es una estrategia importante para lograr un mejoramiento de la operación del régimen subsidiado en salud, siempre y cuando se mantenga como una forma de gestión, y los resultados además de ser socializados generen acciones preventivas y correctivas, para recuperar la credibilidad de estos mecanismos en la población.

### b. Soporte legal

- Adoptar por acto administrativo el SET como modelo de gestión en salud

- Darle al SET soporte normativo, en particular asignando la función de dirección al consejo territorial de seguridad social en salud, como ámbito de concertación, análisis y formulación de directrices en el ámbito municipal
- Prestar atención al sistema de quejas y reclamos, que si bien está soportado en diferentes normas, y en el sector desde 1994 con el decreto 1757, se observó que no opera, lo que resulta preocupante puesto que la medida de satisfacción del usuario es un indicador que muestra cómo las personas perciben a la entidad
- Incluir los proyectos en los planes de salud y de desarrollo del municipio.

#### c. Estructura

- Como en los otros procesos, es necesario tener una estructura mínima que soporte dicho modelo
- Para que el SET sea viable, se deben disponer los recursos tanto de talento humano capacitado como financieros, por los costos y tiempo que este ejercicio demanda, lo que puede ser una limitación debido a que los municipios no cuentan con recursos para gestionar el régimen subsidiado de salud
- Aun cuando el personero ha sido actor importante en el suministro de información, es necesario que en el ámbito de concertación se le dé la responsabilidad y competencia de este proceso.

#### d. Participación social

- Utilizar y reforzar las organizaciones comunitarias existentes y formar más la instancia de concertación
- Vincular a estudiantes en la divulgación del funcionamiento del régimen subsidiado

- Aprovechar la cátedra de competencias ciudadanas en los colegios para darles a conocer los deberes y derechos en salud a los alumnos y que ellos sirvan de multiplicadores en sus casas.

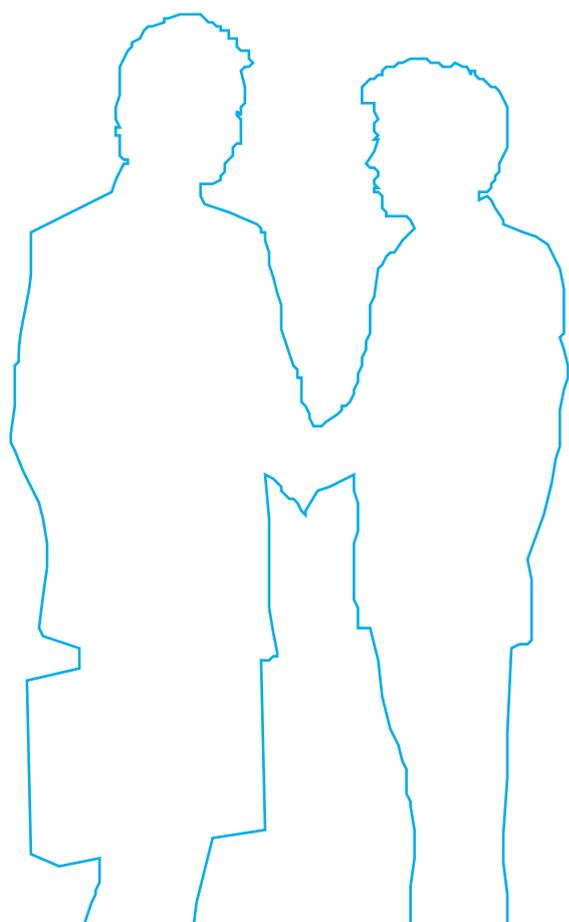
#### e. Aplicación de los instrumentos

- Formación de actores: delegación interinstitucional por equipos la aplicación del instrumento, no dejarlo solo en la secretaría de salud
- Fortalecer los instrumentos que existan en las diferentes organizaciones. Flexibilidad con la realidad local
- Buscar la unificación del instrumento de recolección de quejas y reclamos para todo el municipio
- Indicar los aspectos más importantes (violación de derechos, calidad de los servicios, priorización de población, etcétera), mediante el mecanismo de alarmas
- Diseño de herramientas de captura e informes que faciliten el trabajo, en particular para los componentes de evaluación participativa y de quejas y reclamos
- Ajustar instrumentos para poblaciones indígenas.

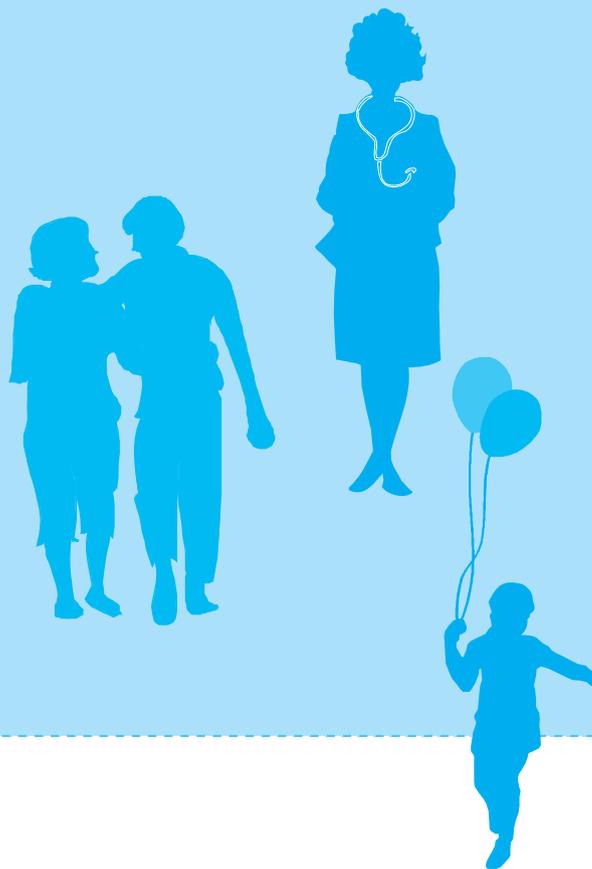
#### f. Ejecución y continuidad

- La ejecución y, más aún, la continuidad del proceso tienen relación directa con:
  - Compromiso del alcalde
  - Impulso de la participación ciudadana
  - Ambientación y aprestamiento dinámicos
  - Seguimiento continuo

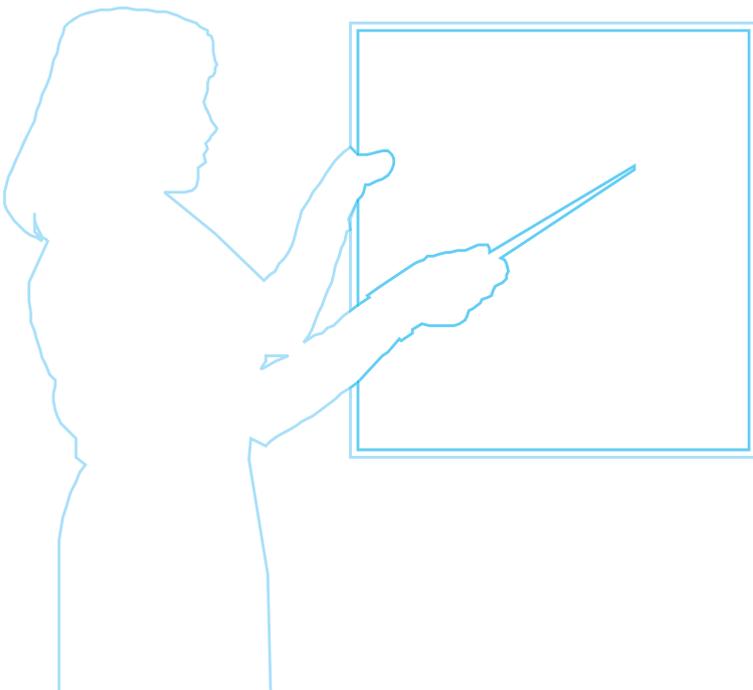
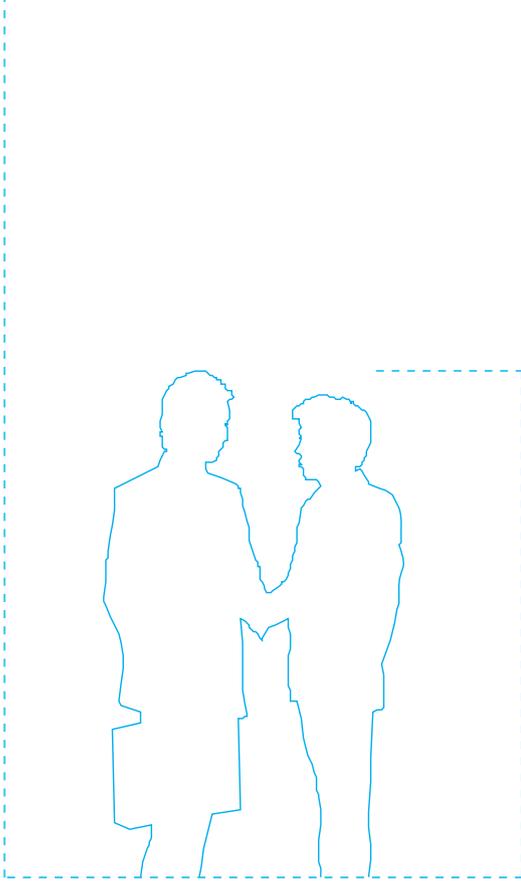
- SET como un modelo de gestión.
- La implantación se centró más en lo instrumental que en el propósito, por lo que es necesario fortalecer aspectos como el funcionamiento del ámbito de concertación (CTSSS) y las decisiones que de allí se deriven. Esto significa que las consecuencias y ajustes deben ser más visibles.







Capítulo 4  
Procesos estandarizados de gestión  
del régimen subsidiado de salud



## A. Introducción

Los municipios y departamentos desarrollan sus competencias con base en las normas, pero carecen de procesos estandarizados que les sirvan de guía a los servidores públicos para la ejecución eficiente de sus actividades y tareas, para mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, generar uniformidad en las labores, facilitar el seguimiento y la evaluación, y servir como punto de referencia de las actividades de autocontrol institucional.

La falta de estas herramientas de gestión pública y la documentación correspondiente impide el desarrollo de una memoria institucional y concentra ésta en individuos aislados que interpretan y aplican cada uno de los procesos a su manera, sin la coordinación y coherencia requeridas para el uso eficiente de los recursos públicos y el logro de mejores condiciones de vida de la población a la que se dirige el actuar de la organización gubernamental.

A continuación se presentan en forma sintética los procesos de gestión del régimen subsidiado de salud en los tres niveles, cuya versión completa junto con los instrumentos de evaluación se pueden consultar en el CD interactivo anexo a la presente publicación<sup>1</sup>.

## B. Procesos municipales de gestión del régimen subsidiado de salud

Los procesos de gestión municipal del régimen subsidiado de salud fueron estandarizados por las firmas en su primera versión

---

<sup>1</sup> Se recomienda consultar la segunda versión de la *Caja de herramientas*.

Los municipios y departamentos desarrollan sus competencias con base en las normas, pero carecen de procesos estandarizados que les sirvan de guía a los servidores públicos para la ejecución eficiente de sus actividades y tareas, para mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, generar uniformidad en las labores, facilitar el seguimiento y la evaluación, y servir como punto de referencia de las actividades de autocontrol institucional.

y validados con servidores públicos de los municipios objeto de la asistencia técnica. La segunda versión fue ajustada y actualizada por los consultores del PARS, de tal forma que incluye los ajustes normativos con corte al 9 de abril de 2007.

La primera tarea consistió en analizar e identificar las principales tareas y responsabilidades que han venido desarrollando los municipios en la implementación del régimen subsidiado de salud en el transcurso de los años de su operación.

En cumplimiento de las normas y de las cambiantes reglas del régimen subsidiado, los municipios y departamentos han tenido que desarrollar gran iniciativa para implementar los procesos y procedimientos, en concordancia con sus competencias y funciones, acumulando así experiencia y saber.

Lo que para el ámbito nacional es un ajuste normativo, para los municipios es un cambio en un proceso, una adecuación de los procedimientos y actividades que crea innumerables problemas en la gestión y administración.

Del análisis anterior, en especial del acuerdo marco vigente, 244 de 2003, se definieron los siguientes macroprocesos municipales:

- Identificación, selección y priorización de beneficiarios
- Afiliación
- Contratación
- Gestión financiera de recursos.

La segunda tarea fue la de definir la metodología para el levantamiento, estandarización y validación de los procesos identificados, con los servidores públicos de los municipios del proyecto. Bajo la coordinación del PARS, las firmas definieron la metodología de trabajo, unificaron los instrumentos técnicos de conformidad con las funciones de cada orden territorial y revisaron las normas<sup>2</sup>.

La tercera tarea fue la entrega de los contenidos aprobados para el diseño del material educativo para la asistencia técnica, la presentación de la propuesta de *Caja de herramientas* para la gestión del régimen subsidiado de salud.

Para cada uno de los macroprocesos municipales y departamentales se desarrollaron los siguientes contenidos:

- Presentación y marco de referencia para cada proceso
- Principales problemas identificados en la gestión del proceso
- Objetivo
- Insumos y productos del proceso
- Descripción de los subprocesos
- Mapa del proceso
- Marco regulatorio específico del proceso.

La falta de herramientas de gestión pública y la documentación correspondiente impide el desarrollo de una memoria institucional y concentra ésta en individuos aislados que interpretan y aplican cada uno de los procesos a su manera, sin la coordinación y coherencia requeridas para el uso eficiente de los recursos públicos.

2 Cada una de las firmas se responsabilizó de un proceso en particular para posteriormente presentar la propuesta validada al grupo de consultores de las diferentes firmas y a los consultores del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, para la discusión y presentación de los resultados finales en un taller de trabajo a la dirección general de Gestión de la Demanda y al viceministerio de Salud.

En cumplimiento de las normas y de sus cambiantes reglas del régimen subsidiado, los municipios y departamentos han tenido que desarrollar gran iniciativa para implementar los procesos y procedimientos, en concordancia con sus competencias y funciones, acumulando así experiencia y saber.

Los subprocesos identificados en el mapa de procesos contemplan los siguientes elementos:

- Objetivo
- Dependencias y cargos que intervienen
- Base documental y de soporte
- Factores de riesgo
- Medidas y políticas de autocontrol
- Procedimiento
- Diagrama de flujo
- Indicadores.

El Manual de procesos está enmarcado en los lineamientos de la Ley 872 de 2003, que crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público, y del decreto 4110 de 2004, por el cual se adopta la norma técnica de calidad en la gestión pública. El sistema de gestión de la calidad de las entidades del Estado es:

Una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social, en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades<sup>3</sup>.

La operación de cualquiera de los procesos o procedimientos definidos requiere, de un lado, que el municipio defina sus metas y objetivos frente a estos, y los recursos físicos, financieros y

---

3 Ley 872 de 2003, artículo 1.o

humanos que sean necesarios, incorporándolos en el plan de desarrollo para garantizar su funcionamiento, seguimiento y mejoramiento a largo plazo y, de otro, que el ámbito nacional comprenda las dificultades operativas que sufren los municipios en su gestión cada vez que se llevan a cabo ajustes normativos, por muy bien intencionados que estos sean. La capacidad de respuesta de los municipios a los cambios normativos es lenta.

A continuación se presenta un resumen de los cuatro procesos municipales.

El Manual de procesos está enmarcado en los lineamientos de la Ley 872 de 2003, que crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público, y del decreto 4110 de 2004, por el cual se adopta la norma técnica de calidad en la gestión pública.

## 1. Proceso de selección y priorización de potenciales beneficiarios

El aseguramiento en salud de la población pobre y vulnerable del país se logra mediante diferentes procesos que se inician con la identificación, selección y priorización, afiliación y contratación.

El proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios se basa en el proceso de focalización. La focalización para la asignación de subsidios se constituye en una herramienta de política pública que los gobiernos pueden utilizar para mejorar la equidad en el acceso a los servicios en los distintos sectores responsables del desarrollo social, entre ellos la salud. La posibilidad de identificar, seleccionar y priorizar adecuadamente a la población beneficiaria de los subsidios en salud, para su aseguramiento a través del régimen subsidiado, es una condición esencial no solo para la asignación adecuada de los recursos y para el logro de los mayores beneficios posibles, sino para corregir las situaciones de inequidad que aún prevalecen.

El Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) define cada tres años los criterios para la identificación y selección

La focalización para la asignación de subsidios se constituye en una herramienta de política pública que los gobiernos pueden utilizar para mejorar la equidad en el acceso a los servicios en los distintos sectores responsables del desarrollo social, entre ellos la salud.

de beneficiarios y para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales. El instrumento utilizado para tal fin es el Sistema de identificación de beneficiarios para programas sociales (SISBEN).

Una vez establecidos los criterios de focalización, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) define mediante acuerdo los mecanismos de priorización de dicha población para su posterior afiliación al régimen subsidiado de salud, así como las excepciones de algunas poblaciones que se identifican mediante listados censales.

El primer mecanismo de priorización fue definido en el acuerdo 23 de 1995, el cual dio prioridad a la población materno infantil y los residentes en áreas rurales clasificados en el nivel I del SISBEN. Luego el acuerdo 77 de 1997 estableció un orden y unos criterios de priorización modificados por diferentes acuerdos hasta la vigente, según el acuerdo 33I de 2006.

Por último la Ley 1122 de 2007, en su artículo 14 relativo a la organización del aseguramiento, define algunas reglas adicionales de operación del sistema, ratificando para el régimen subsidiado de salud que las personas de los niveles 1 y 2 del SISBEN que no estén en el régimen contributivo, o deban estar en él o en otro régimen especial o de excepción, son beneficiarias de subsidios plenos. Así mismo dispone que se promoverá la afiliación de personas que pierden la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo que pertenezcan a los niveles 1 y 2 del SISBEN y que las ampliaciones de cobertura con subsidios parciales se harán únicamente en aquellos municipios en los cuales la cobertura del régimen subsidiado de salud haya alcanzado 90% de los niveles 1 y 2 del SISBEN y aplicará únicamente para las personas clasificadas en el nivel 3.

### a. Objetivo del proceso

El proceso de identificación, selección y priorización de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud tiene por objeto identificar y ordenar, de acuerdo con su situación de pobreza y vulnerabilidad, a los individuos y a las familias pobres sin capacidad de pago del país, quienes de conformidad con los mecanismos y criterios definidos en las normas y los recursos disponibles, adquieren el derecho a recibir por parte del Estado un subsidio total o parcial que les permite su afiliación al régimen subsidiado de salud en el marco del sgsss.

### b. Insumos y productos del proceso

Este proceso tiene tres insumos principales: a) los resultados de la aplicación de la encuesta SISBEN, información que debe estar disponible en cada municipio del país para ser utilizada por la dirección local de salud o entidad que haga sus veces, b) la información recibida por las instituciones responsables de los listados de personas identificadas con criterios “no SISBEN” o listados censales, y c) la base de datos única de afiliados al SGSSS o BDUA.

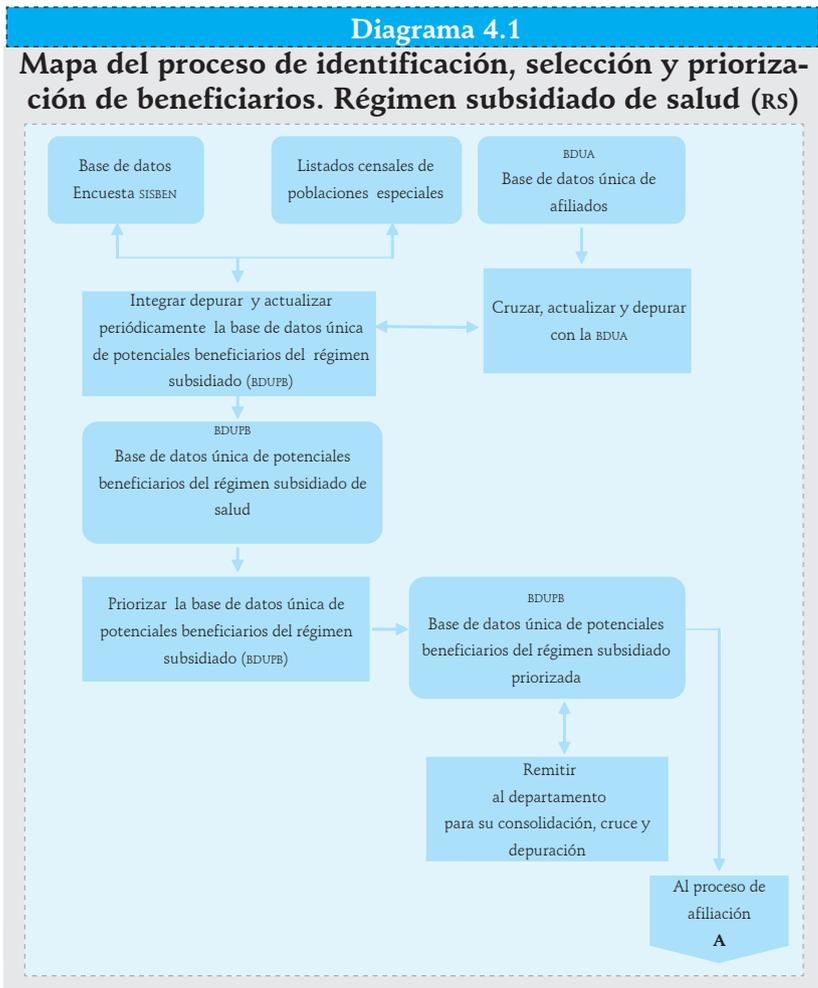
Con base en estos tres insumos se da inicio a la integración, depuración y elaboración de la base de datos única de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado (BDUPB-RS) priorizada, así como su actualización y depuración periódica, producto final e insumo del proceso de afiliación.

### c. Descripción de los subprocesos

Este proceso a su vez consta de tres subprocesos esenciales (Diagrama 4.I):

La posibilidad de identificar, seleccionar y priorizar adecuadamente a la población beneficiaria de los subsidios en salud, para su aseguramiento a través del régimen subsidiado, es una condición esencial no solo para la asignación adecuada de los recursos y para el logro de los mayores beneficios posibles, sino para corregir las situaciones de inequidad que aún prevalecen.

- Integración y depuración de la BDUPB-RS en un solo archivo magnético. Sus tres insumos son: la base de datos del SISBEN, los listados censales para poblaciones especiales y la BDUA. Esta última, con el objeto de evitar la multiafiliación
- Priorización de la (BDUPB-RS. Tiene por objeto aplicar los criterios definidos en las normas para que las personas en situación de mayor pobreza o vulnerabilidad queden habilitadas para recibir los subsidios de salud, de acuerdo con la disponibilidad de recursos del SGSSS en los procesos de ampliación de cobertura
- Actualización y depuración periódica de la BDUPB-RS.



## 2. Proceso de afiliación

Una de las reglas del servicio público de salud, rectora del Sistema general de seguridad social en salud, es la obligatoriedad. Por ella se entiende que la afiliación al sistema es obligatoria para todos los habitantes; en consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores al sistema, así como al Estado, facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador y de capacidad de pago<sup>4</sup>.

El proceso de afiliación es el que más cambios ha tenido durante la operación del régimen subsidiado desde 1995.

Este proceso fue inicialmente de responsabilidad y competencia de las administradoras del régimen subsidiado (actuales entidades promotoras de salud del régimen subsidiado), tal como lo determinaban el decreto 2357 de 1995 y el acuerdo 23 del CNSSS del mismo año. Durante este período y hasta 1997, los potenciales beneficiarios del subsidio eran visitados en sus hogares por “afiliadores” contratados por las diferentes ARS. Los “afiliadores” diligenciaban los formularios de libre elección y traslado, los beneficiarios los suscribían y posteriormente los radicaban ante la entidad municipal de salud respectiva. Esta modalidad de afiliación presentó grandes problemas operativos y se detectaron graves irregularidades durante las actividades de verificación y control por parte de los entes territoriales de los órdenes departamental y municipal.

En el acuerdo 77 de 1997, el CNSSS intentó corregir esta situación determinando que la responsabilidad de la afiliación era compartida entre la entidad territorial del orden municipal y las ARS. Este acuerdo introdujo el concepto de libre escogencia de ARS<sup>5</sup>, avanzó en la obligación de informar a los potenciales beneficiarios de su selección, estableció criterios de priorización y prohibió explícitamente la asignación forzosa. Asimismo, determinó que las

---

4 Ley 100 de 1993, artículo 153 numeral 2.

5 Acuerdo 77 de 1997, artículos 13 y 15.

alcaldías o direcciones locales de salud suministrarían a las administradoras del régimen subsidiado inscritas y autorizadas en su territorio, en una misma fecha y hora<sup>6</sup>, la lista priorizada de las personas seleccionadas para recibir el subsidio. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos por incentivar mejores prácticas en los municipios y establecer acuerdos de competencia leal entre ARS, la afiliación “casa a casa” continuó, así como los casos de asignación de subsidios con impedimentos al derecho a la libre elección de aseguradora.

Solo a partir del acuerdo 244 de 2003, el proceso de afiliación pasa a ser de responsabilidad y competencia del ente territorial del orden municipal en forma exclusiva. Este acuerdo refuerza y define el procedimiento de afiliación y las características para llevarla a cabo, determinando entre otros puntos:

Las entidades territoriales, a través de las direcciones departamentales, municipales o distritales de salud, convocarán a los potenciales beneficiarios de los subsidios a participar del proceso de libre elección, y el período de afiliación se llevará a cabo por acto público, entre los noventa y treinta días calendario antes de iniciarse un nuevo período de contratación o de adición por ampliación de cobertura a los contratos vigentes.

En los últimos dos años se ha realizado un gran esfuerzo para ampliar la cobertura de aseguramiento al régimen subsidiado, y en este sentido se han incrementado los períodos excepcionales de contratación, previa autorización del CNSSS, y se han llevado a cabo actos de libre elección en diferentes fechas del año, procurando en todo caso que los contratos terminen el 31 de marzo del año siguiente al que se suscriben. Los municipios que han avanzado en la conformación y depuración constante de la base de datos de potenciales beneficiarios (BDUPB) logran priorizar en forma oportuna y eficiente los nuevos beneficiarios para los procesos de ampliación (Gráfico 4.I).

---

6 Acuerdo 77 de 1997, artículo 15 numeral 2.



**Fuente:** Ministerio de la Protección Social-DCGD. Cifras con corte a 31-10-2006.

Por último, la Ley 1122 de 2007 introduce a la organización del aseguramiento algunos cambios a este proceso, entre los cuales se encuentran: la denominación de ARS como entidad promotora de salud del régimen subsidiado (EPS-RS); la definición del concepto de aseguramiento y la determinación de afiliar a la población desplazada y desmovilizada cuyo financiamiento esté a cargo del FOSYGA en una entidad promotora de salud de naturaleza pública del orden nacional, sin perjuicio de que preserve el derecho a la libre elección en el siguiente periodo de traslado. La misma ley determina que el gobierno nacional reglamentará la afiliación de esta población cuando en el respectivo municipio no exista dicha oferta<sup>7</sup>. En el parágrafo I del artículo 25 establece:

El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a esa EPS, según reglamentación que para dichos efectos expida el Ministerio de la Protección Social.

#### a. Objetivo

El objetivo del proceso de afiliación es el de realizar la vinculación al aseguramiento en salud de los potenciales beneficiarios priorizados. Con tal fin, la entidad territorial debe asegurar a los

<sup>7</sup> Ley 1122 de 2007, literal i artículo 14.

El Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) define cada tres años los criterios para la identificación y selección de beneficiarios y para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales. El instrumento utilizado para tal fin es el Sistema de identificación de beneficiarios para programas sociales (SISBEN).

potenciales beneficiarios su derecho a la libre y voluntaria escogencia de EPS del régimen subsidiado de su preferencia, la cual deberá cumplir con las condiciones de: estar habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud, seleccionada para operar en la región e inscrita en el municipio.

A través de la libre elección, los beneficiarios del régimen subsidiado de salud y su núcleo familiar escogen la EPS-RS que les garantice la prestación de los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado (POS-s), una vez sean suscritos los contratos de aseguramiento con el ente territorial.

El resultado de este proceso es la vinculación al SGSSS de los potenciales beneficiarios que seleccionaron libremente la EPS-RS de su preferencia y que se encuentran plenamente identificados en la BDUA del municipio, insumo principal para el proceso de contratación del aseguramiento entre el ente territorial y las EPS del régimen subsidiado.

El proceso de afiliación contempla asimismo los procedimientos para llevar a cabo los traslados de EPS-RS y para la afiliación en circunstancias excepcionales, que garantizan la continuidad del aseguramiento de los afiliados cuando se presentan los casos definidos en las normas (actualmente, el acuerdo 297 de 2005).

#### b. Insumos y productos

El principal insumo del proceso de afiliación es la base de datos de potenciales beneficiarios priorizados y el producto final del proceso, la conformación de la BDUA en la estructura establecida para esta base por las resoluciones 5078 de 2006, 812 de 2007 y aquellas que las modifiquen. La afiliación puede realizarse me-

dian­te la modalidad de subsidios plenos (población niveles I y 2 del SISBEN) o parciales para el nivel 3.

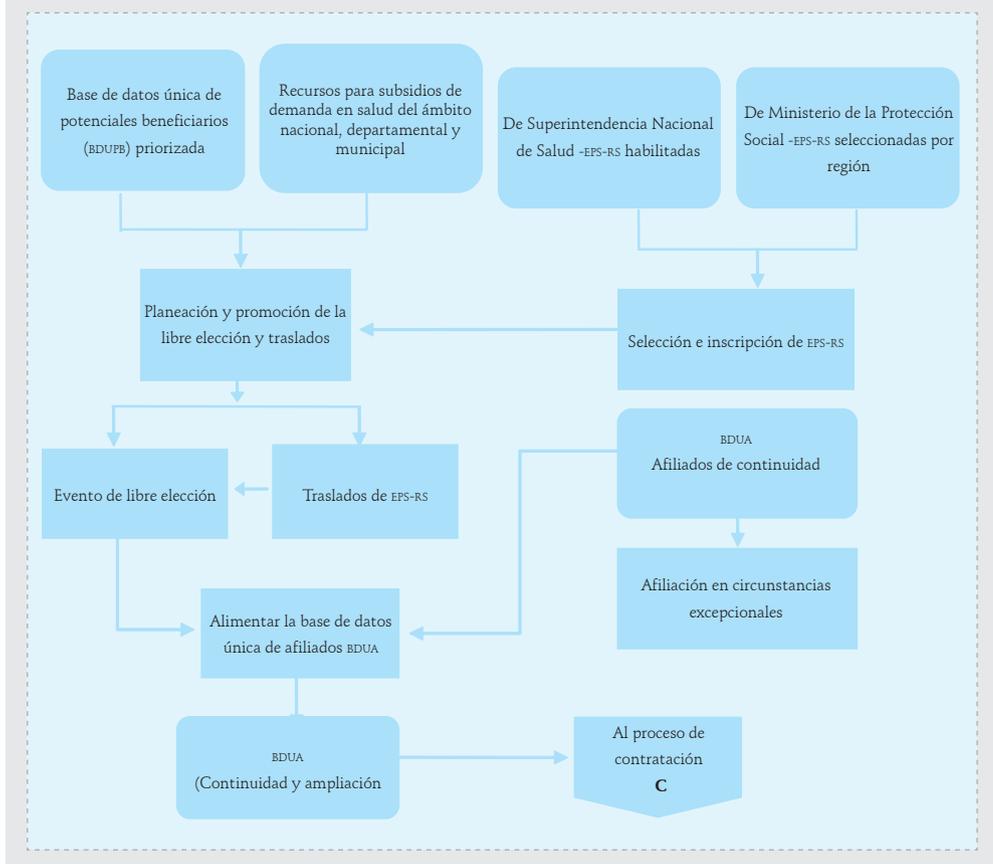
### c. Subprocesos de afiliación de beneficiarios

La afiliación, además de describir el proceso de libre elección para los nuevos afiliados, contempla el subproceso de traslados y el de afiliación en circunstancias excepcionales, y consta de seis subprocesos (Diagrama 4.2):

- Selección e inscripción de EPS del régimen subsidiado, cuyo objetivo es seleccionar, inscribir y calificar a las EPS autorizadas y habilitadas en el municipio, que permitan al potencial beneficiario elegirla como su EPS-RS
- Planeación y promoción de la libre elección, que permite definir y divulgar el proceso para la libre elección de EPS-RS y disponer de los recursos necesarios para su ejecución
- Libre elección, que garantiza que el potencial beneficiario priorizado escoja libremente la EPS-RS de su preferencia, mediante un acto público transparente
- Traslados de una EPS-RS a otra. En igual forma se debe garantizar el efectivo traslado de los afiliados al régimen subsidiado que así lo soliciten, si tienen derecho según la normatividad
- Excepcionalidades para la afiliación, que garantiza la continuidad del aseguramiento de la población afiliada en circunstancias excepcionales, ya sea por retiro o suspensión de una o más EPS-RS en el municipio
- Conformación de bases de datos de afiliados para contratación, que valida la base de datos de afiliados por EPS-RS, tipo de contrato y modalidad del subsidio, como insumo del proceso de contratación que legaliza y hace efectiva la afiliación.

Diagrama 4.2

### Mapa general del proceso de afiliación de beneficiarios RS



### 3. Proceso de contratación

En la operación del régimen subsidiado, la contratación del aseguramiento es el mecanismo mediante el cual las entidades territoriales garantizan a los beneficiarios su aseguramiento en el marco del Sistema general de seguridad social en salud que hace parte del sistema de protección social.

El aseguramiento en salud, dentro del marco de la protección social, es la estrategia o mecanismo estructurado y formal por el cual una persona o familia es protegida o amparada de unos

riesgos en salud específicos, a través de un plan de beneficios que se encuentra financiado por una unidad de pago por capitación (UPC).

El concepto de aseguramiento implica entonces la gestión del riesgo en salud de los afiliados, la cual puede definirse como la determinación de la probabilidad de ocurrencia de un hecho o daño, que es incierto, afecta la salud o requiere de un servicio y que, en consecuencia, puede vulnerar la economía familiar.

Previo a la contratación del aseguramiento, los potenciales beneficiarios debidamente identificados, seleccionados y priorizados han elegido a través de un proceso de libre elección a una EPS, inscrita en el municipio de su residencia. Las EPS-RS administrarán el riesgo financiero y de salud de sus afiliados, garantizarán la articulación de los servicios para suministrar acceso efectivo y la calidad en la prestación de los servicios de salud y representarán al afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario.

La contratación como proceso de la gestión municipal del régimen subsidiado en salud formaliza la relación del ente territorial y las EPS-RS y contempla los subprocesos de suscripción y legalización, interventoría y manejo de novedades, certificación de pagos y finalmente la liquidación.

Con la expedición de la Ley 1122 de 2007 se establece que el valor de la UPC-s será definido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), y si a 31 de diciembre de cada año la comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.

Una vez establecidos los criterios de focalización, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) define mediante acuerdo los mecanismos de priorización de dicha población para su posterior afiliación al régimen subsidiado de salud, así como las excepciones de algunas poblaciones que se identifican mediante listados censales.

El plan de beneficios del régimen subsidiado de salud (POS-S) expresa la cobertura de un conjunto de prestaciones, servicios o reconocimientos a que tienen derecho los afiliados y beneficiarios y que tienden a cubrir los riesgos en salud, de acuerdo con el grupo objeto de cada plan. Este plan deberá ser integral y permitir la gestión del riesgo en salud por parte de las aseguradoras, desde la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades hasta la rehabilitación. En este sentido, en el régimen subsidiado, las entidades territoriales contratarán, con empresas sociales del Estado (ESES) debidamente habilitadas, la atención de los servicios no cubiertos por subsidios a la demanda<sup>8</sup>.

#### a. Contrato de aseguramiento

Para administrar los recursos de este y proveer el aseguramiento de la población afiliada a este régimen, las entidades territoriales suscriben contratos de aseguramiento con cada EPS-RS.

El objeto del contrato para la administración de estos recursos establecido en la minuta adoptada por la resolución 838 de 2004 del Ministerio de la Protección Social es:

La administración de los recursos del régimen subsidiado en salud y el aseguramiento de los beneficiarios del Sistema general de seguridad social en salud al régimen subsidiado, identificados mediante listado anexo y que libremente hayan seleccionado a esta EPS-RS, con el fin de garantizar a los mismos, la prestación de los servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud subsidiado vigente al momento de la prestación de servicios y de conformidad con la Ley 100 de 1993, sus decretos reglamentarios, los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las determinaciones que adopte el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud y demás normas que lo adicionen, modifiquen o complementen.

---

8 Ministerio de la Protección Social, viceministerio Técnico. “El concepto de la protección social”, Cuaderno n.º 3, junio de 2006.

La normatividad dispone que se deberá firmar un solo contrato por el número de afiliados de continuidad y de traslados, discriminando los afiliados de poblaciones especiales como desmovilizados, indígenas, población rural no migratoria menores a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), población rom y raizal de San Andrés y otros. Para la continuidad de la población desplazada se suscribe un contrato nuevo por cada EPS-RS. Para la contratación de afiliados de ampliación de cobertura se suscriben contratos nuevos cada año.

Los municipios solo pueden contratar el régimen subsidiado con las EPS-RS que estén habilitadas por la Superintendencia, que hayan sido seleccionadas para operar en la respectiva región o estén autorizadas para contratar en departamentos excepcionales y que en últimas se encuentren inscritas en el municipio.

#### b. Periodos de contratación

El período de contratación es de un año, comprendido entre el 1° de abril y el 31 de marzo, prorrogable anualmente hasta por dos años más, previo el trámite presupuestal pertinente.

Sin embargo, para los procesos de ampliación de cobertura el Ministerio de la Protección Social define mediante resoluciones los periodos de ampliación de cobertura procurando en todo caso que dichos contratos terminen por lo general, el 31 de marzo del año siguiente al que se suscriben.

#### c. Operación regional

A partir de octubre de 2005 se inició en el país la operación regional del régimen subsidiado, la cual tiene por objeto garantizar la gestión eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación del servicio a los afiliados, fortaleciendo la capacidad resolutive y la estabilidad financiera de las EPS del régimen subsidiado de salud habilitadas y seleccionadas en cada región y mejorar la capacidad de vigilancia y control de las mismas por parte del Sistema<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 294 de 2005, artículo 1.º

El país se dividió entonces en cinco regiones conformadas por los departamentos y sus respectivos municipios de la siguiente manera:

- Región norte: departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Atlántico, Magdalena y La Guajira
- Región noroccidental: Antioquia, San Andrés y Providencia, Chocó, Caldas, Risaralda, Quindío y Tolima
- Región nororiental: Norte de Santander, Santander, Cesar, Boyacá, Arauca y Casanare
- Región centroriental: Bogotá D. C., Huila, Cundinamarca, Meta, Guaviare, Guainía, Vaupés y Vichada
- Región sur: Valle, Cauca, Nariño, Putumayo, Caquetá y Amazonas<sup>10</sup>.

De manera excepcional, las EPS-RS podrán operar en hasta dos departamentos de regiones diferentes a aquellas en las que fueron seleccionadas.

En el Gráfico 4.2 se observa la participación por tipo de EPS-RS en la contratación del régimen subsidiado de salud, con corte a octubre de 2006, así: las empresas solidarias de salud (ESS) aseguran el 40% de los beneficiarios del régimen subsidiado; las EPS, ya sean de carácter público, privado o mixto, el 42% y las cajas de compensación familiar (CCF) el 18%.

#### d. Objetivo

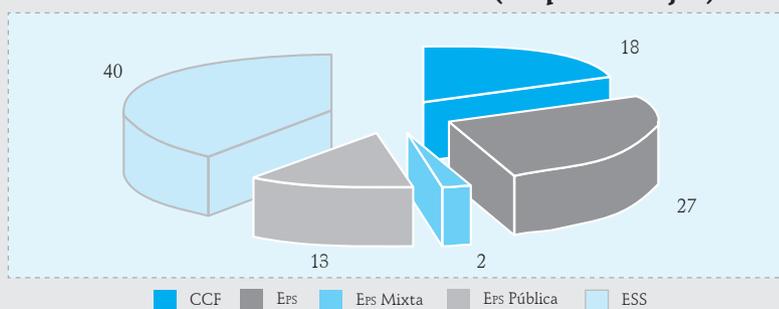
La contratación del aseguramiento tiene el objetivo social de materializar la garantía de prestación de servicios de salud del plan obligatorio de salud (POS-S) para la población pobre y vulnerable, delegando en un tercer actor del sistema de salud la administración

---

<sup>10</sup> Resolución 1013 de 2005.

Gráfico 4.2

### Participación por tipo de EPS-RS en la contratación 2006 RS-S. Corte a octubre de 2006 (en porcentajes)



Fuente: Ministerio de la Protección Social - DGGD.

del riesgo de los afiliados y la organización de la prestación de los servicios para este grupo poblacional.

En consecuencia, este trascendental proceso comprende múltiples procedimientos y actividades interrelacionadas, las cuales incluyen: la suscripción de contratos, la verificación del cumplimiento de requisitos de contratación de las EPS-RS, el seguimiento del cumplimiento de las obligaciones contractuales, la certificación de pagos y la liquidación de contratos con las EPS-RS.

En esta forma se delega en un tercer actor del sistema de seguridad social, el asegurador o EPS-RS en este caso, la administración del riesgo en salud de los afiliados y, por tanto, la garantía de la prestación de los servicios contenidos en el POS-S.

Los contratos pueden ser de continuidad o de ampliación de cobertura y para cada caso se suscriben en forma independiente. Los contratos de afiliados mediante subsidios parciales y de población desplazada se suscriben también en forma separada. Se suscribe un solo contrato por EPS-RS para los afiliados de continuidad.

#### e. Insumos y productos

Los insumos de este proceso son la base de datos de afiliados nuevos y de continuidad, los recursos que financiarán cada uno de los contratos y la debida inscripción de las EPS-RS. El produc-

to será el informe final de interventoría en el cual se certifique el cumplimiento del objeto contractual, que incluye el seguimiento al cumplimiento de las metas de cobertura pactadas para los servicios de promoción y prevención y la verificación de las condiciones de calidad en la prestación de los servicios, para finalmente proceder a su liquidación.

#### f. Subprocesos de contratación

El macro-proceso de contratación del aseguramiento entre las entidades territoriales y las EPS-RS comprende seis subprocesos y múltiples procedimientos y actividades interrelacionadas, las cuales incluyen la suscripción de contratos, la verificación del cumplimiento de requisitos de contratación por las EPS-RS, el seguimiento del cumplimiento de las obligaciones contractuales, la certificación de pagos y la liquidación de contratos con las EPS-RS (Diagrama 4.3).

Los subprocesos mencionados son los siguientes:

- Suscripción y legalización de contratos: se diligencian las minutas de contratos de acuerdo con el tipo de contrato (ampliación y continuidad) y la modalidad de subsidio (total o parcial). Con base en el número de afiliados de cada EPS-RS y la duración del contrato se establece el valor (el cual se obtiene de multiplicar el número de afiliados por la UPC-s aplicable para cada periodo contractual), se discrimina por fuente de financiación de conformidad con la disponibilidad de recursos, se firma por las partes, se anexan la pólizas. Asimismo se ingresa en el aplicativo de contratos del administrador fiduciario y se radica en la entidad departamental para que allí se realicen las actividades que le son pertinentes (véase Manual departamental). Por último se archiva en el municipio con sus correspondientes soportes para su seguimiento, entre otras actividades

El contrato se suscribe para asegurar a un número de afiliados debidamente identificados en la BDUA, por lo que el munic-

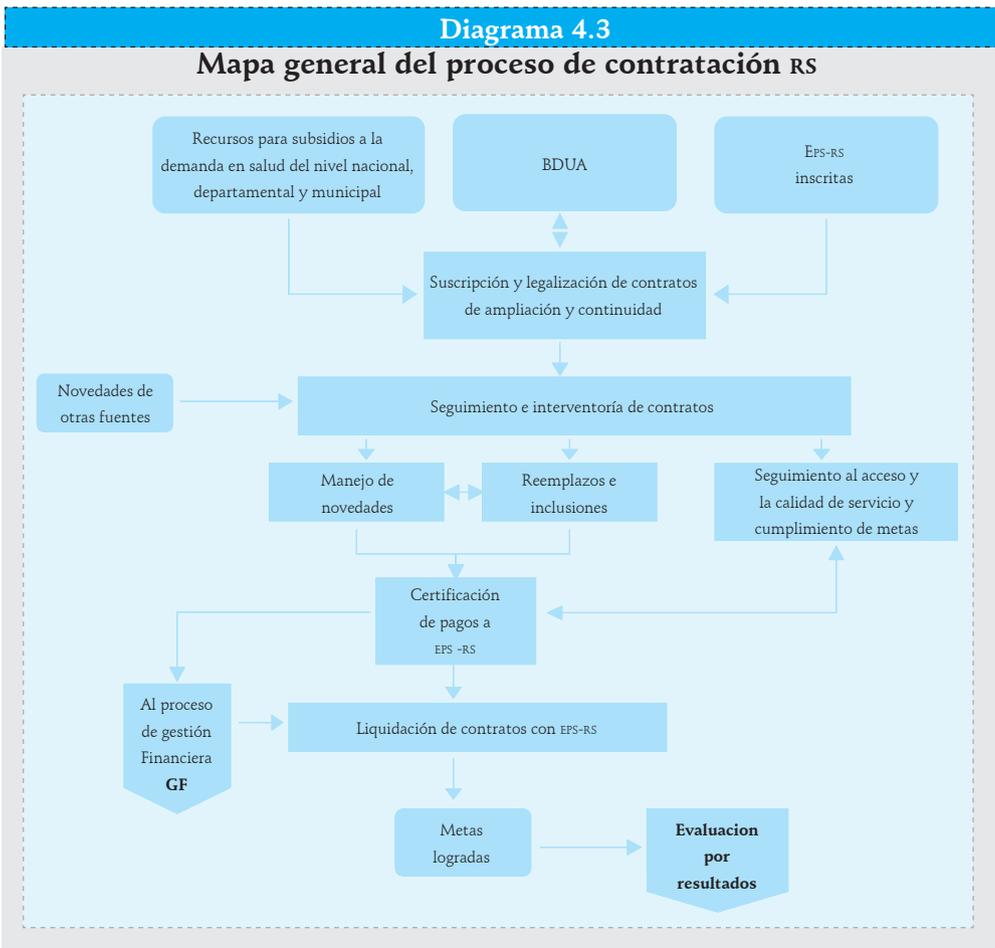
pio debe hacer entrega en el momento de su suscripción, de la base de datos de afiliados inicial de cada contrato

- Administración de la base de datos BDUa, que a su vez incluye:
  - Manejo de novedades: se identifican y validan los diferentes cambios en la información de afiliación, especialmente los que implican modificaciones en los valores a pagar a las EPS-RS. Es importante resaltar que las novedades deben ser validadas por el interventor del contrato en la periodicidad que se defina en este (mensual o bimensual). Incluyen los cambios por nacimientos, fallecimientos, traslados, múltiples afiliaciones
  - Realización de inclusiones y reemplazos: se hacen efectivas las inclusiones y reemplazos identificados en el subproceso de manejo de novedades, conservando los criterios de priorización vigentes
  - Interventoría y seguimiento a contratos: corresponde a la verificación del cumplimiento de los compromisos contractuales adquiridos entre la EPS-RS y el ente territorial. Para cumplir con estas actividades se debe establecer una interventoría permanente de carácter interno o externo que podrá ser desarrollada en el ámbito regional o municipal, y que deberá elaborar como mínimo dos informes anuales y remitir el resultado a los departamentos para su consolidación. De manera adicional (véase Ley 1122 de 2007 artículo 13 literal e).
- Certificación de pagos: se realizan las actividades para determinar y certificar el valor del pago bimestral a cada EPS-RS. Implica confrontar las novedades reportadas por las EPS-RS, verificar sus soportes, avalarlas o rechazarlas, verificar los informes de la interventoría, las facturas de las EPS-RS y el trámite de tesorería correspondiente a cada entidad territorial

- Liquidación de contratos: se da por concluida la relación contractual y se determinan los saldos a favor o en contra del municipio, si es el caso
- Evaluación y *ranking* de EPS-RS: la entidad territorial lleva a cabo evaluaciones sobre su desempeño con el objeto de brindar información a los usuarios para que la libre escogencia y toma de decisiones se haga con base en la calidad de los servicios y demás información relevante para el ejercicio de los derechos de los usuarios contemplados en el sgsss.

Diagrama 4.3

Mapa general del proceso de contratación RS



## 4. Proceso de gestión financiera municipal de recursos

El proceso de gestión financiera municipal es parte integral del flujo de recursos en todo el Sistema general de seguridad social en salud, en el cual el papel del municipio no se limita a la recepción y giro de fuentes hacia las EPS-RS, ya que involucra los demás procesos misionales del régimen subsidiado de salud dada su naturaleza transversal; es así como mediante el proceso de identificación, selección y priorización se realiza la determinación de necesidades de financiación; a través del proceso de afiliación y contratación se enmarca la legalidad de los pagos y el giro de los recursos a las EPS-RS, y la evaluación y rendición de cuentas mediante el proceso de inspección, vigilancia y control (Diagrama 4.4).

El proceso de identificación, selección y priorización de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud tiene por objeto identificar y ordenar, de acuerdo con su situación de pobreza y vulnerabilidad, a los individuos y a las familias pobres sin capacidad de pago del país, quienes adquieren el derecho a recibir por parte del Estado un subsidio total o parcial que les permite su afiliación.

Uno de los principios del sgss es la universalidad. Por eso, la sostenibilidad financiera del sistema cobra gran importancia ya que la financiación del régimen subsidiado depende en mayor medida del comportamiento macroeconómico y de mecanismos institucionales eficientes para la administración de recursos, lo que hace necesario la introducción de mejoras en la aplicación de los procesos que garanticen la transparencia y el uso eficiente de los recursos y de la información disponible para la toma de decisiones financieras.

### a. Origen de los recursos de financiamiento

El régimen subsidiado se financia con recursos de las entidades territoriales, del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y otros recursos de origen fiscal y parafiscal (como es el caso de los recursos de las cajas de compensación familiar CCF).

Desde la creación del sgsss mediante la Ley 100 de 1993, el esquema de financiación de subsidios a la demanda se ha mantenido, combinando recursos del presupuesto nacional, recursos propios de las entidades territoriales y recursos parafiscales provenientes de FOSYGA. Sin embargo, como consecuencia de reformas al régimen de transferencias de recursos de la nación a las entidades territoriales, la metodología para el cálculo de la participación de los municipios y departamentos en los ingresos corrientes de la nación ha sido modificada, desligando las transferencias del comportamiento del recaudo corriente y fijando un monto inicial que aumentaría en un porcentaje fijo (2% entre 2002 y 2005 y 2,5% entre 2006 y 2008) más la inflación causada. Lo anterior se ejecutó mediante el acto legislativo 01 del 2001 y Ley 715 de 2001, que modificó los artículos 356 y 357 de la Constitución Nacional, unificando el situado fiscal y la participación territorial en los ingresos corrientes de la nación en el llamado sistema general de participaciones, con lo que se liberaron las rentas cedidas que se invertían en el régimen subsidiado, las cuales se dedicarían en lo sucesivo en forma exclusiva a cumplir funciones de las direcciones departamentales y cubrir los subsidios a la oferta para atender a la población no cubierta con subsidios a la demanda (vinculados).

Con posterioridad a la expedición de la Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, se establece el logro de cobertura universal de aseguramiento en los niveles 1, 2 y 3 de SISBEN para los próximos tres años. Esto implica el incremento de los recursos provenientes de las cotizaciones para salud del régimen contributivo, mediante la modificación del inciso primero del artículo 204 de la Ley 100 de 1993, en el cual se fija el monto y la distribución de las cotizaciones así:

La cotización al régimen contributivo de salud será, a partir del primero de enero del año 2007, del 12,5% del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del 8,5% y

a cargo empleado, del 4%. Uno punto cinco (1,5) de la cotización serán trasladados a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. Las cotizaciones que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementarán en cero punto cinco por ciento (0,5%), a cargo del empleador, que será destinado a la subcuenta de solidaridad para completar el uno punto cinco a los que hace referencia el presente artículo. El cero punto cinco por ciento (0,5%) adicional reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la Ley 797 de 2003, el cual solo será incrementado por el Gobierno Nacional en cero punto cinco por ciento (0,5%)<sup>11</sup>.

A su vez, la citada ley modificó el artículo 214 de la Ley 100 y estableció los recursos financiadores del régimen subsidiado<sup>12</sup>.

En el momento de la expedición de la Ley 1122 de 2007, algunas de las circunstancias que retrasaban el flujo de los recursos habían sido superadas. Sin embargo, el déficit de información actualizada y completa en todo el sistema continúa afectando la eficiencia en el uso de los recursos; entre las causas atribuibles al retraso en el flujo de los recursos se encuentran: a) dificultad de las entidades territoriales en el cumplimiento de los requisitos de contratación y bases de datos con el registro de afiliados, que el Ministerio a través del consorcio fiduciario de FOSYGA establecía para el giro de esta fuente; b) desconocimiento por parte de los servidores de municipios y distritos del manejo financiero de las fuentes que financian el régimen subsidiado y c) reglamentación desactualizada de los fondos locales de salud.

Ante estas dificultades y con el propósito de optimizar el flujo de los recursos entre los diferentes actores del sistema (FOSYGA, entidades territoriales, EPS-RS e IPS), se expidieron los decretos

<sup>11</sup> Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Artículo 10.

<sup>12</sup> Ley 1122 de 2007, artículo 11.

1281 de 2002, 050 de 2003 y 3260 de 2004, estableciendo de nuevo el giro trimestre anticipado de los recursos de FOSYGA, así como la posibilidad de realizar giro directo de los recursos del Sistema general de participaciones y del FOSYGA a las EPS-RS —en los municipios donde se realice el pago habiendo recibido los recursos de la nación—. Esto es mediante acto administrativo debidamente motivado informando a la entidad territorial y a la Superintendencia Nacional de Salud. Además, con la expedición de la Ley 1122 de 2007 se sujetó el giro trimestral<sup>13</sup> de los recursos de FOSYGA, previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de las cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados sin que sean exigibles otros requisitos.

En el mismo sentido y con el fin de actualizar el funcionamiento de los fondos locales de salud (FLC), el Ministerio expidió en diciembre de 2005 el Decreto 4693, crea “cuentas maestras” y centralizan la recepción y giro de los recursos de salud en una sola cuenta bancaria acreditada ante los ministerios de la Protección Social y de Hacienda, de la que solamente podrán ser beneficiarios mediante operaciones electrónicas débito las ARS e IPS que tengan contrato con el municipio. El concepto de cuenta maestra es retomado a su vez por la Ley 1122 de 2007, artículo 13, flujo de recursos.

#### b. Evolución de los recursos

Tal como se mencionó, las fuentes financiadoras del régimen subsidiado son diversas y ante la necesidad apremiante de alcanzar una cobertura universal del sgss, la composición y evolución de los recursos presenta un comportamiento dinámico, especialmente para los provenientes del esfuerzo propio de las entidades territoriales. Este esfuerzo implica el recaudo y la destinación de los recursos locales tributarios y no tributarios, así como los provenientes de la contraprestación económica por la explotación de los recursos naturales no renovables.

---

**13** Ley 1122 de 2007, artículo 13, numeral a)

En el Cuadro 4.I, con corte a noviembre de 2006, se resume la participación de los recursos del régimen subsidiado por fuente.

### Cuadro 4.1

#### Evolución de los recursos por fuente de financiación en la contratación. RS\*

(Cifras en millones de pesos)

Vigencia	SGP	FOSYGA	Esfuerzo Propio	CCF	Otros	Cafeteros	Total
2002	1.254.238	594.204	7.533	15.743	38.118	-	1.909.836
2003	1.398.263	625.665	42.141	37.731	10.039	-	2.113.840
2004	1.541.516	843.624	141.036	45.393	28.717	1.582	2.601.868
2005	1.760.691	1.135.172	336.128	50.272	-	-	3.282.262
2006	1.884.678	1.386.326	462.354	53.486	49.972	5.243	3.842.059

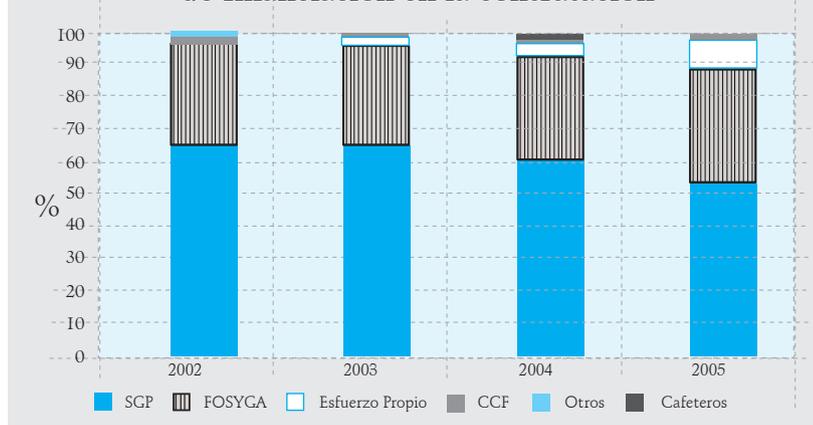
\* Incluye contratación octubre 2006 - marzo 2007

Fuente: Ministerio de la Protección Social-DGCDs, 2006.

La participación porcentual de cada una de estas fuentes en la financiación del régimen subsidiado entre 2002 y 2005 ha variado su importancia relativa; es así como durante el último año se observó un considerable incremento en el aporte de las entidades territoriales.

### Gráfico 4.3

#### Evolución del porcentaje de participación de las fuentes de financiación en la contratación



Fuente: Ministerio de la Protección Social-DGCDs 2002-2005.

### c. Objetivo del proceso

Consiste en garantizar el adecuado y oportuno manejo de cada una de las fuentes de recursos que financian el subsidio a la demanda en salud en los municipios, desde su origen hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población beneficiaria a los servicios de salud que cubre el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado.

### d. Insumos y productos

El proceso de gestión municipal de recursos del régimen subsidiado tiene como insumos iniciales el establecimiento de metas y objetivos en el plan local de salud que deben ser acordes con el plan de desarrollo municipal, la identificación de los recursos que financian los subsidios, ya sean estos del orden nacional, departamental o municipal, y la verificación del cumplimiento de los requisitos del Fondo Local de Salud (FLS) en el cual se manejarán la totalidad de las fuentes de financiación.

A renglón seguido, mediante los subprocesos de elaboración y administración del presupuesto y administración de tesorería, se efectúa el recaudo, registro y giro de los recursos.

Dado que este proceso es transversal a los de gestión municipal del régimen subsidiado, existen varios productos que a su vez pueden ser insumos de otros procesos:

- Plan financiero anual
- Ejecución presupuestal del FLS
- PAC o flujo de caja mensual que contenga los ingresos y egresos del FLS discriminado por fuente
- Reporte de pagos realizados a las EPS-RS de conformidad con las certificaciones de pago recibidas del proceso de contratación

- Informe de gestión que debe ser presentado por el alcalde en su función de rendición de cuentas a la comunidad.

En general se puede afirmar que el producto de dicho proceso es la financiación de las UPC-s de la población pobre y vulnerable incluida en los contratos de administración de recursos firmados entre las entidades territoriales y las EPS-RS.

La asistencia técnica al proceso financiero del régimen subsidiado en el municipio deberá permitir incrementar el valor y la oportunidad en el recaudo de los recursos, mejorar la asignación y focalización de los recursos financieros y acelerar el flujo de estos, al igual que evitar su desviación o retención indebida.

#### e. Subprocesos

Se toman como referentes los procesos de planificación, presupuestación y evaluación municipales enmarcados en las leyes del presupuesto nacional, de la administración municipal y de los fondos locales de salud. Lo anterior ha permitido establecer cuatro subprocesos del flujo financiero del régimen subsidiado, cuya estandarización incluye: a) la identificación de objetivos y los responsables de llevarlos a cabo; b) las normas que son aplicables, la información y la documentación que son pertinentes, los factores de riesgo, las formas de control interno y los procedimientos; c) diagrama de flujo; d) y la aplicación de unos indicadores de gestión sobre los resultados de cada uno de los siguientes subprocesos:

- Planeación de la gestión financiera. Comprende las actividades que se llevan a cabo con el objeto de elaborar el plan financiero anual del municipio, acorde con los objetivos y metas planteadas en el plan de desarrollo y plan local de salud. Implica la identificación de las fuentes y el monto de los recursos que se aplicarán a pago de la UPC-s, para la población beneficiaria a través de la identificación de esta y de la focalización del gasto social

A través de la libre elección, los beneficiarios del régimen subsidiado de salud y su núcleo familiar escogen la EPS que les garantice la prestación de los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado (POS-S), una vez sean suscritos los contratos de aseguramiento con el ente territorial.

- Al mismo tiempo este subproceso involucra la verificación de los requisitos normativos y de procedimiento que debe cumplir el fondo local de salud para garantizar la transparencia y eficiencia en la administración de los recursos

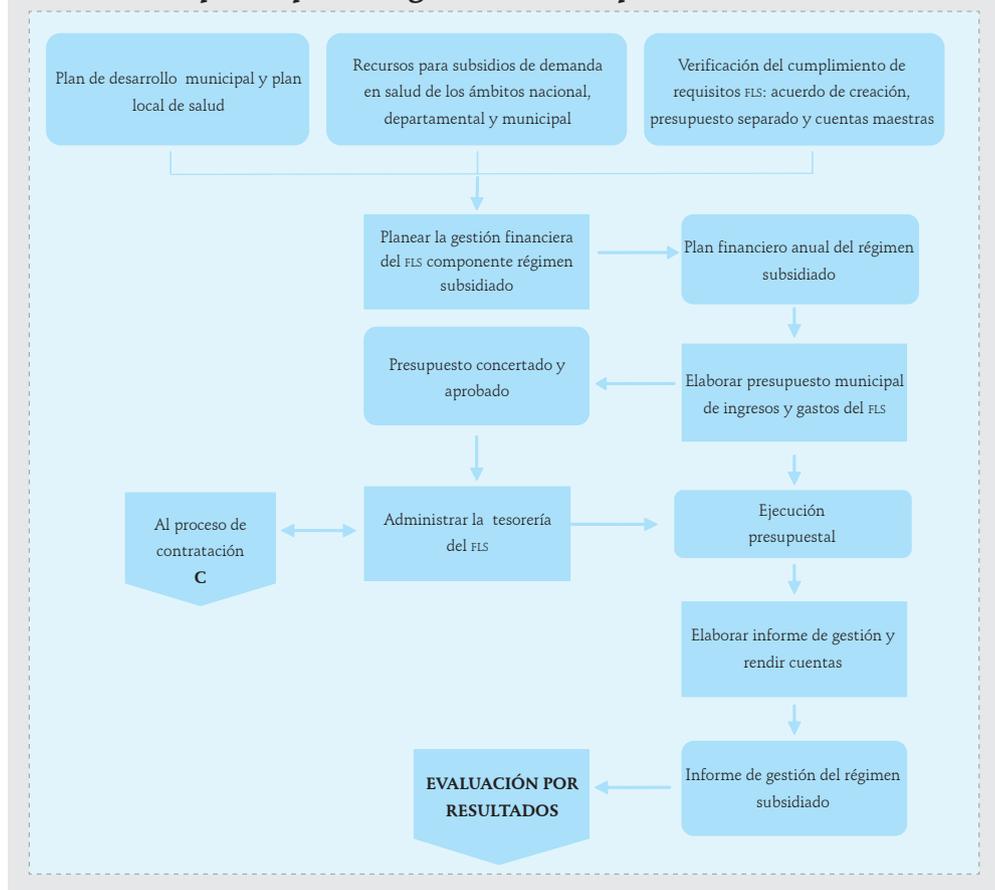
- Elaboración y administración del presupuesto municipal de ingresos y gastos. Con base en el plan financiero anual se describen las actividades para elaborar y ejecutar el presupuesto del FLS. La elaboración del presupuesto implica concertación, discusión y modificación, y la ejecución requiere el registro de la recepción de los ingresos y

el giro de estos amparado principalmente en la ley de apropiaciones y en el conjunto de valores máximos autorizados por cada rubro

- Administración de la tesorería. Permite la protección y garantía del flujo oportuno de los recursos mediante el recaudo, la gestión, el giro y el pago según el programa anual mensualizado de caja (PAC)
- Rendición de cuentas y evaluación participativa. Contiene las actividades de elaboración del informe de gestión que será presentado por el alcalde y la convocatoria de la comunidad y de los organismos de participación existentes en el municipio para la rendición de cuentas sobre el uso de los recursos del régimen subsidiado. Al mismo tiempo este subproceso contiene la actividad de control y seguimiento al flujo de los recursos que pueden ejercer las comunidades a través de las veedurías.

Diagrama 4.4

## Mapa del proceso gestión municipal de recursos. RS



## C. Procesos departamentales de gestión

Al igual que los procesos de gestión municipal del régimen subsidiado de salud, los procesos departamentales fueron estandarizados por las firmas que hicieron parte del proyecto en su primera versión y validados con servidores públicos de los municipios objeto de la asistencia técnica. En coincidencia con lo señalado en el diagnóstico del CONPES 3248 sobre renovación de la administración pública, esta tarea fue más difícil:

El deficiente grado de articulación de los diferentes niveles del Estado se evidencia igualmente en cuanto a los departamentos.

El incremento de la autonomía municipal y de su capacidad de gestión pública, sin que simultáneamente se haya establecido un marco coherente y consistente para las instancias departamentales, provocó que estas quedaran con un mandato funcional poco claro y con muy precarias fuentes de financiamiento, por lo cual su capacidad de agregar valor en la cadena de la administración pública se redujo drásticamente. En consecuencia, el proceso de renovación deberá tener en cuenta dicha circunstancia y prestar a la articulación de los niveles del Estado la importancia que le corresponde<sup>14</sup>.

En la administración del régimen subsidiado de salud confluyen la nación y las entidades departamentales y municipales de acuerdo con las reglas básicas que define la Ley 100 de 1993 y las competencias y funciones asignadas a las entidades por la Ley 715 del 2001 en el sector<sup>15</sup>, por lo cual se puede aseverar que se cumplen las mismas condiciones del diagnóstico anterior.

Como competencias, las entidades departamentales deben dirigir, coordinar, vigilar y controlar el sector salud y el Sistema general de seguridad social en salud en el territorio de su jurisdicción y para tal efecto, llevar a cabo las funciones de dirección del sector en el ámbito departamental, de prestación de servicios, de salud pública y de aseguramiento de la población al SGSS.

El *Manual indicativo de procesos departamentales*, busca identificar y establecer la participación y responsabilidades que le competen al ámbito departamental en la operación del régimen subsidiado, en concordancia con los procesos de gestión municipal descritos en el *Manual indicativo de procesos para la gestión municipal del régimen subsidiado de salud*.

---

14 Departamento Nacional de Planeación (DNP), CONPES 3248. Renovación de la Administración Pública. Bogotá, 2003.

15 Ley 100 de 1993, artículos 215 y 216, y Ley 715 de 2001 artículo 43.

El Manual departamental pretende fomentar y fortalecer el establecimiento de métodos, procesos y procedimientos en las entidades territoriales e incluye para cada uno de los procesos y los subprocesos que lo conforman: el objetivo, las dependencias y cargos que intervienen, la base documental y de soporte, los factores de riesgo, las políticas y medidas de autocontrol, la descripción de actividades, el diagrama de flujo y los indicadores de gestión.

Esta propuesta debe ser entendida como el inicio o línea de partida para que en un trabajo conjunto de mejoramiento continuo y modernización, los servidores públicos y las dependencias a las que pertenecen realicen un análisis crítico y definan los ajustes requeridos a las particularidades locales, logrando un manual estructurado, flexible, ágil y útil para lograr la finalidad última de brindar una gestión pública de óptima calidad en sus respectivos territorios que redunde en el logro de mejores condiciones de vida de la población.

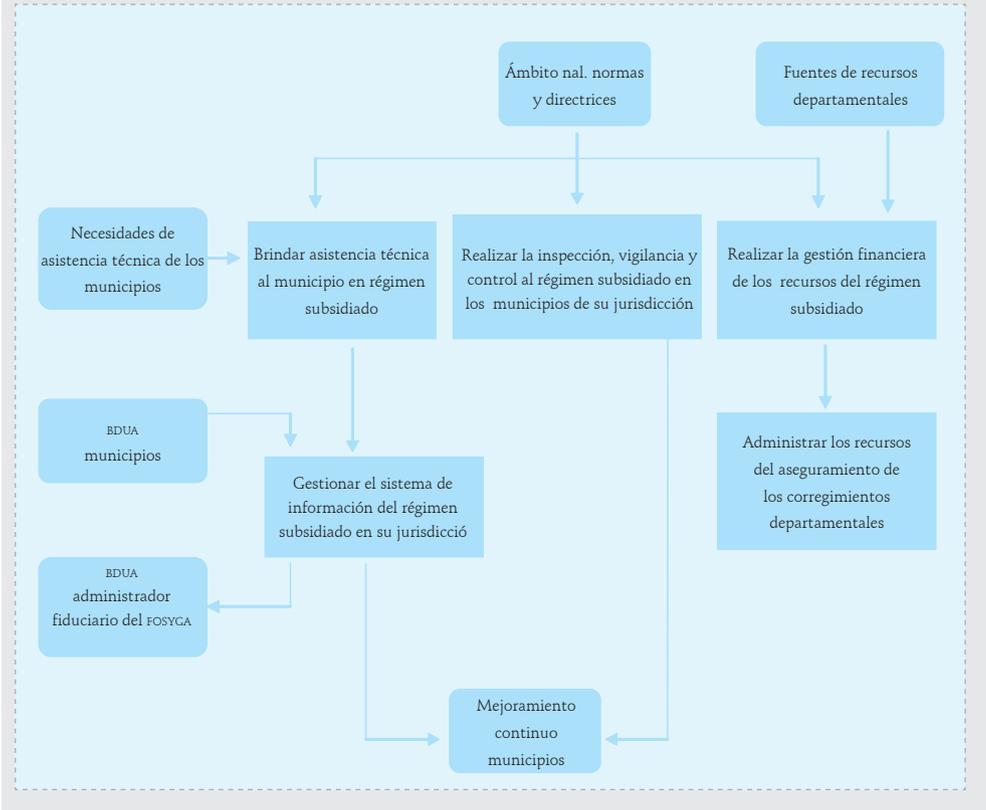
## 1. Papel del departamento en la operación territorial

La Ley 715 de 2001 confiere a los departamentos una serie de competencias en el sector salud en general y en el Sistema general de seguridad social en salud, en las cuales define sus funciones y responsabilidades de dirección, vigilancia y control, prestación de servicios, salud pública y aseguramiento de la población al sistema.

Para asumir tales funciones el departamento deberá adoptar la estructura requerida y definir los procesos y procedimientos con los cuales se desarrollarán sus competencias y funciones. Para el caso del régimen subsidiado y por su sentido complementario, las funciones se definen alrededor de los cuatro macroprocesos definidos para los municipios en el *Manual indicativo de procesos para la gestión municipal del régimen subsidiado de salud* (Diagrama 4.5).

Diagrama 4.5

Mapa general de los procesos departamentales. RS-S



La operación de cualquiera de los procesos o procedimientos definidos requiere que el departamento determine sus metas y objetivos frente a estos y los recursos físicos, financieros y humanos que sean necesarios para incorporarlos en el plan de desarrollo y garantizar su funcionamiento, seguimiento y mejoramiento a largo plazo.

## 2. Principales procesos departamentales

En la operación territorial departamental del régimen subsidiado de salud se identifican como procesos operativos, correspondientes a funciones estratégicas de estas entidades en la gestión del RS, los siguientes:

- Asistencia técnica a los municipios en los cuatro macroprocesos de gestión municipal
- Gestión del sistema de información del régimen subsidiado
- Gestión financiera departamental
- Inspección, vigilancia y control al régimen subsidiado en los cuatro macroprocesos de gestión municipal.

A continuación se presenta un resumen de los cuatro procesos departamentales:

#### a. Proceso de asistencia técnica a municipios

Es el proceso mediante el cual el departamento identifica, conjuntamente con los municipios de su jurisdicción, las necesidades específicas de capacitación, entrenamiento y orientación en la gestión de los cuatro procesos municipales del régimen subsidiado de salud, en el marco de las normas, directrices y políticas definidas desde el ámbito nacional, y apoya la implementación y seguimiento a los planes de mejoramiento formulados (Diagrama 4.6).

#### ◆ Objetivo del proceso

La asistencia técnica de los departamentos tiene como propósito brindar capacitación, asesoría y acompañamiento a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud en su jurisdicción, mediante el desarrollo de los componentes descritos en este documento que permitan el funcionamiento eficiente del régimen subsidiado, la ejecución efectiva de los procesos y el desarrollo e impulso de las competencias necesarias del talento humano responsable de su gestión.

Mediante la asistencia técnica se trata de generar valor público y de impulsar una nueva cultura de gestión, a partir del conocimiento, la adquisición de habilidades y la modificación de actitudes, de manera que posibiliten espacios de reflexión y el trabajo en equipo, que amplíen la visión y perspectivas de los servidores públicos, frente la importancia de su actuar ante el ciudadano.

### ◆ Insumos y productos

Los principales insumos del proceso de asistencia técnica son: las necesidades de la nación, el análisis de las solicitudes y la identificación de las necesidades de asistencia técnica a través del autodiagnóstico o línea de base y de los hallazgos del proceso de inspección, vigilancia y control. Los productos del proceso son el plan o proyecto de asistencia técnica, los planes de mejoramiento y el seguimiento continuo al proceso que debe tener como resultado final el mejoramiento continuo de la gestión del régimen subsidiado de salud en los municipios de su jurisdicción.

### ◆ Subprocesos

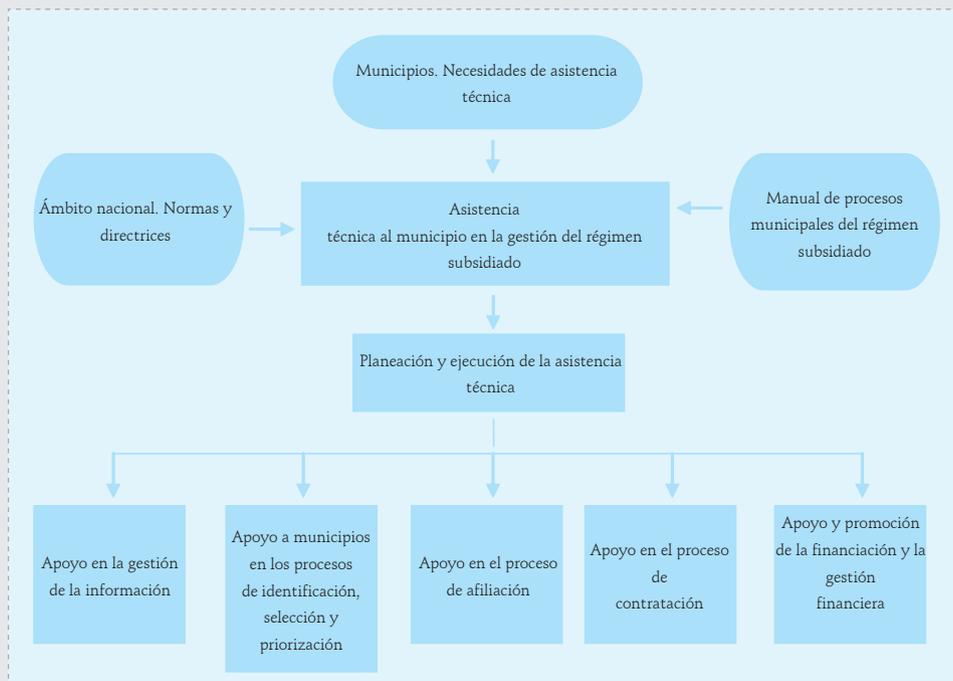
Los seis subprocesos que conforman y garantizan el proceso de asistencia técnica al municipio son los siguientes:

- Planeación y ejecución de la asistencia técnica. El departamento identifica las necesidades específicas de capacitación, orientación y apoyo a los municipios, de manera independiente de su participación específica en los procesos de operación de régimen subsidiado (la cual se encuentra definida de antemano), y elabora el plan
- Apoyo en la gestión de información. Ofrece soporte técnico a los municipios en el manejo de las bases de datos y consolida y valida las bases de datos de afiliados y de novedades de los municipios de la jurisdicción del departamento
- Apoyo al proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios. Consiste en actualizar y orientar al municipio en la aplicación de las normas, y apoyar su ejecución para la obtención de la base única de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado en los municipios de su jurisdicción
- Apoyo al proceso de afiliación. Se trata de orientar y apoyar al municipio en este proceso, en particular en los subprocesos de libre elección y en las situaciones excepcionales

- Apoyo a municipios en el proceso de contratación del aseguramiento con las EPS-RS. La participación del departamento en la suscripción y legalización de contratos, se refiere a la consolidación y validación de estos, el registro en el sistema dispuesto para tal fin por parte del Ministerio de la Protección Social y su sustentación ante dicho ente, y el apoyo al municipio en la interventoría y seguimiento de contratos con las EPS-RS
- Apoyo en el proceso de gestión financiera y seguimiento al flujo de recursos. Se trata de apalancar al municipio en la gestión financiera del régimen subsidiado y de relacionar las actividades que desarrolla el departamento en la cofinanciación, giro y control de recursos asignados a los municipios como parte del esfuerzo propio departamental y en la gestión financiera.

Diagrama 4.6

### Mapa general del proceso de asistencia técnica a municipios Gestión RS



La contratación del aseguramiento tiene el objetivo social de materializar la garantía de prestación de servicios de salud del plan obligatorio de salud (POS-S) para la población pobre y vulnerable, delegando en un tercer actor del sistema de salud la administración del riesgo de los afiliados y la organización de la prestación de los servicios para este grupo poblacional.

## b. Proceso de gestión del sistema de información

Este proceso hace parte de la obligación del departamento de “adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como de generar y reportar la información requerida por el sistema”, tal como lo dispone la Ley 715 de 2001. El proceso tiene como objetivo consolidar la base de datos única de afiliados (BDUA) de los municipios de su jurisdicción, mantenerla consolidada, actualizada y depurada y remitirla al administrador fiduciario del FOSYGA (Diagrama 4.7).

### ◆ Objetivo

El proceso de gestión de la información del régimen subsidiado que les compete realizar a los departamentos se ejercerá para garantizar el cumplimiento de las normas legales que rigen para este régimen, con los siguientes objetivos:

- Garantizar la consolidación de la información de su territorio de los afiliados
- Tener una base de datos depurada
- Evitar las duplicidades de afiliados en su jurisdicción
- Tener los elementos técnicos para dar la asistencia técnica a los municipios en el manejo de las bases de datos
- Aportar para que los municipios centren su actividad en la evolución y los desarrollos tecnológicos que aseguren la gestión de la información de manera adecuada.

## ◆ Suprocesos

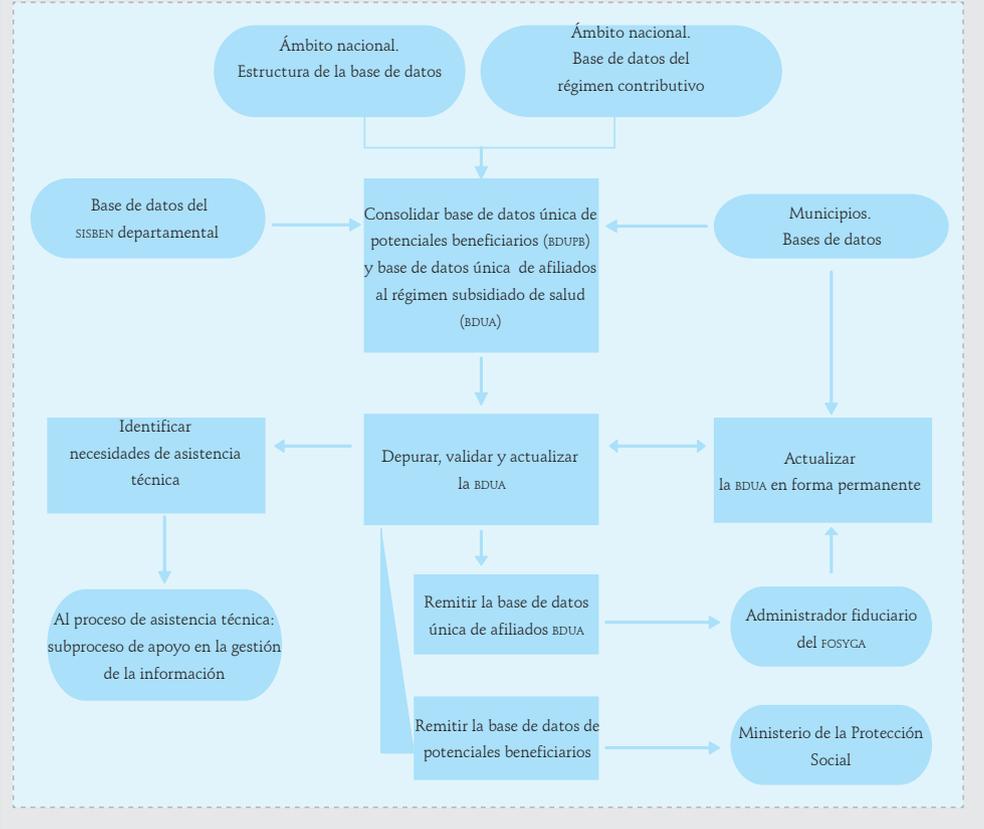
El proceso de gestión del sistema de información del régimen subsidiado departamental es complementario y necesario para la ejecución de los procesos de asistencia técnica y de inspección vigilancia y control. Cuenta con los siguientes subprocesos:

- Consolidación de la base de datos única de afiliados (BDUA) de los municipios de su jurisdicción y de potenciales beneficiarios (BDUPB)
- Depuración de la base de datos (BDUA) de los municipios de su jurisdicción. El departamento identifica inconsistencias y duplicidades entre sus municipios y con el régimen contributivo y regímenes especiales a través del administrador fiduciario del FOSYGA.
- Actualización permanente de la base de datos
- Remisión de archivos de ingresos y novedades al Ministerio de la Protección Social como lo determina el acuerdo 244 de 2003
- Identificación de necesidades de asistencia técnica por parte del departamento con relación a la información de afiliados de los respectivos municipios.

Mediante la asistencia técnica se trata de generar valor público y de impulsar una nueva cultura de gestión, a partir del conocimiento, la adquisición de habilidades y la modificación de actitudes, de manera que posibiliten espacios de reflexión y el trabajo en equipo, que amplíen la visión y perspectivas de los servidores públicos, frente la importancia de su actuar ante el ciudadano.

Diagrama 4.7

### Mapa general del proceso de gestión del sistema de información departamental del régimen subsidiado de salud. RS-S



#### c. Proceso de gestión financiera departamental

Este proceso identifica las actividades que desarrolla el departamento para evaluar su propia gestión financiera, así como su papel frente a los municipios de su jurisdicción en lo concerniente al régimen subsidiado de salud (Diagrama 4.8).

#### ◆ Objetivo

Garantizar el adecuado y oportuno manejo de cada una de las fuentes de financiación destinadas para subsidios a la demanda en salud de los municipios de su jurisdicción, desde su origen hasta la transferencia municipal de estas, de forma que se garantice el

acceso efectivo de la población beneficiaria a los servicios del POS-s.

En el caso de gestionar el régimen subsidiado de salud de corregimientos, deberá administrar los recursos tal como lo hace el municipio (*Caja de herramientas para la gestión municipal del régimen subsidiado*).

#### ◆ Subprocesos

Se han tomado como referentes los procesos de planificación, presupuestación y evaluación departamental enmarcados en las leyes del presupuesto nacional, de la administración departamental y de los fondos departamentales de salud. Lo anterior ha permitido establecer cinco subprocesos para la administración departamental de recursos del régimen subsidiado:

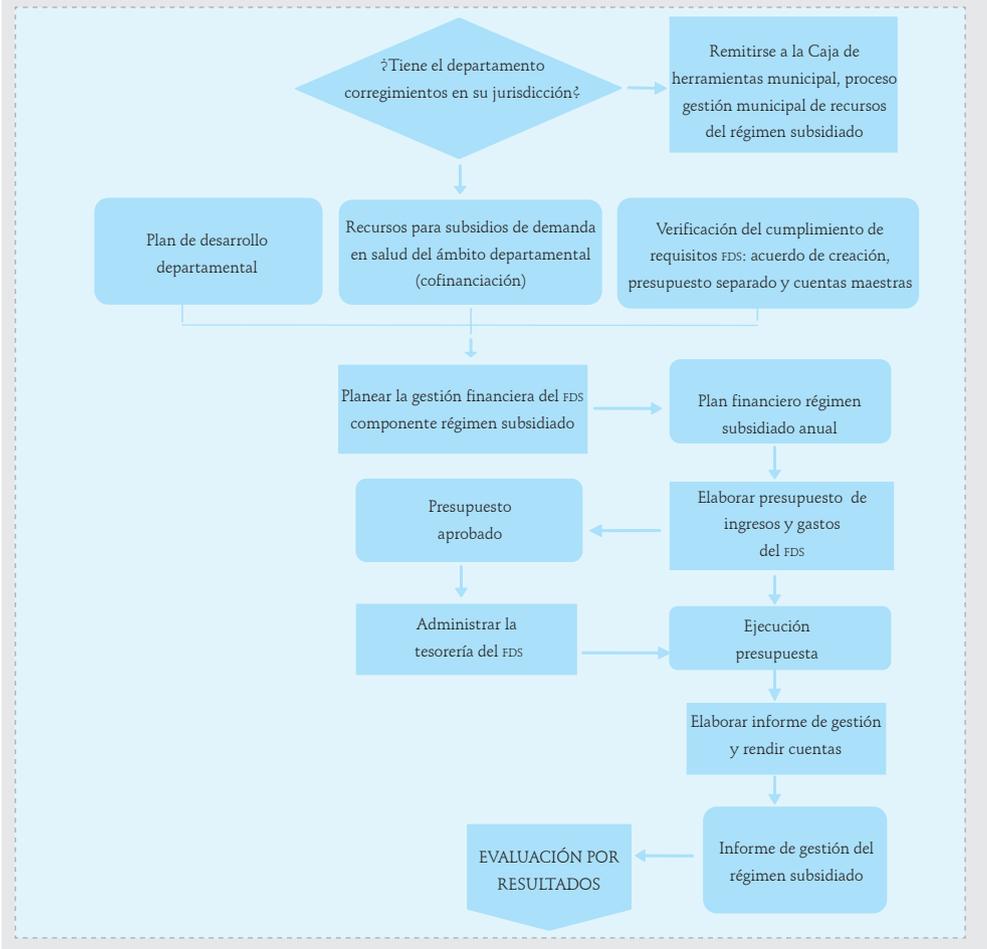
- Administración del fondo seccional de salud. Involucra la verificación de los requisitos que debe cumplir el fondo departamental de salud, para garantizar la transparencia y eficiencia en la administración de los recursos
- Planeación financiera anual. Este subproceso resume de manera sucinta las actividades necesarias para identificar los recursos departamentales que se incluyen en el presupuesto de ingresos y gastos del fondo seccional de salud, de conformidad con los objetivos y metas planteados en el plan de desarrollo departamental
- Presupuesto departamental de ingresos y gastos. Incluye la ejecución presupuestal de los anteriores recursos, mediante la distribución de estos a los municipios de su jurisdicción, con el objeto de cofinanciar el pago de las UPC-s, para la población beneficiaria

Según el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, la intervención tiene la finalidad de garantizar la consecución de los principios del sistema (eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación), así como los fundamentos del servicio público (equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa).

- Manejo de tesorería y flujo de recursos. Permite la protección y garantía del flujo oportuno de los recursos, mediante recaudo, gestión, giro y pago según el programa anual mensualizado de caja (PAC)
- Rendición de cuentas y evaluación participativa. Incluye las actividades relacionadas con la rendición de cuentas al gobernador o el director seccional de salud y el control y seguimiento al flujo de los recursos que puede ejercer la comunidad a través de las veedurías.

**Diagrama 4.8**

**Mapa general del proceso financiero departamental RS-S**



#### d. Proceso de inspección, vigilancia y control

Comprende las actividades que el departamento realiza para el seguimiento, vigilancia y control integral a la gestión del régimen subsidiado de salud en su jurisdicción, en las competencias definidas para tal fin por la respectiva normatividad.

##### ◆ Objetivo

El proceso de inspección, vigilancia y control que les compete realizar a los departamentos se ejercerá para garantizar el cumplimiento de las normas que rigen para el régimen subsidiado, con los siguientes objetivos en concordancia con la respectiva reglamentación:

- Promover la existencia de condiciones para el ejercicio de la competencia regulada en el régimen subsidiado y el desarrollo de los mecanismos de participación social, en aras de proteger los derechos de los usuarios
- Proteger los derechos de los usuarios e impulsar el desarrollo de los mecanismos de participación social
- Evitar que los recursos destinados al régimen subsidiado se utilicen para fines diferentes a los señalados por la ley
- Lograr que el aseguramiento sea la garantía del acceso a los servicios de salud y a la satisfacción de los usuarios, y que se dé con calidad, oportunidad y dignidad humana en la atención en salud en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud

La Ley 715 de 2001 determinó que los recursos con que cuenta el Estado para que la afiliación de la población pobre y vulnerable se acerque cada vez más a la universalidad que inspira todo el sistema son aquellos producto del crecimiento adicional a la inflación del Sistema general de participaciones en salud (los recursos producto del crecimiento adicional a la inflación equivalen a 82.352 millones de pesos en 2006), aplicando el criterio de equidad (artículo 48 de la Ley 715 de 2001)

- Que la generación y el flujo de recursos financieros con destino al régimen subsidiado tengan una utilización oportuna y eficiente, y se expresen en la estabilidad financiera del sgss
- Promover el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud, con base en la institucionalización de la autorregulación y el autocontrol del sector
- Que los entes vigilados centren su actividad en la evolución de sanas prácticas y desarrollos tecnológicos que aseguren un crecimiento adecuado de estas
- Lograr la ampliación de la cobertura en el acceso a los servicios de salud
- Fortalecer la capacidad técnica, financiera, administrativa y operativa de las entidades de la red de controladores con el concurso de los diferentes niveles territoriales, mediante la estandarización de procesos críticos e indicadores para evaluar la gestión de las entidades vigiladas y de las propias integrantes del sistema.

#### ◆ Subprocesos

El proceso de inspección, vigilancia y control territorial de la gestión del régimen subsidiado cuenta con los siguientes cuatro subprocesos:

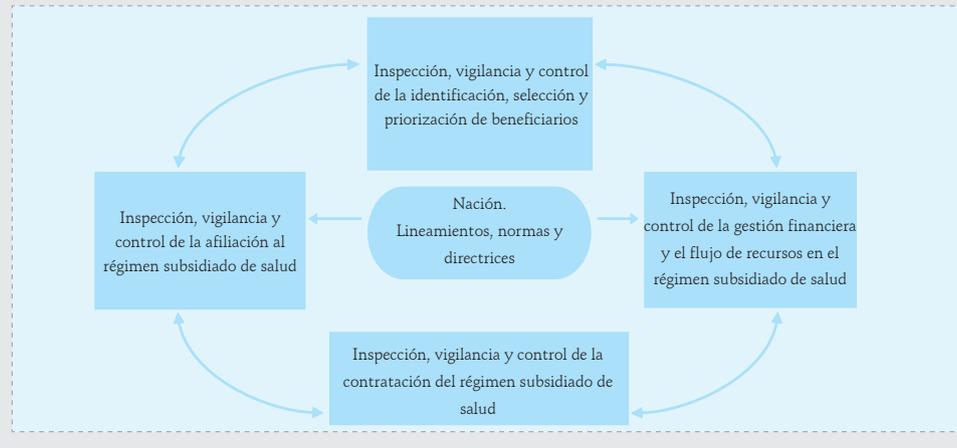
- De la identificación, selección y priorización de beneficiarios. Verificar y asegurar la correcta aplicación de las normas que rigen estos procesos
- De la afiliación. Se centra en vigilar la garantía del ejercicio del derecho a la libre elección de EPS-RS por parte de los beneficiarios seleccionados para ingresar a este régimen
- De la contratación. Corresponde a la verificación del perfeccionamiento, ejecución, interventoría y liquidación de los

contratos de gestión de los municipios de la jurisdicción del departamento

- De la gestión financiera municipal y al flujo de recursos en el régimen subsidiado, orientado a verificar la correcta aplicación de los recursos de financiación de modo que cumplan con las respectivas normas.

**Diagrama 4.9**

**Mapa general del proceso de inspección, vigilancia y control gestión municipal RS-S**



## D. Procesos nacionales de gestión

El levantamiento de los procesos nacionales del régimen subsidiado estuvo a cargo de la Universidad Nacional y su desarrollo estuvo asociado al ajuste de los procesos que debería cumplir el nuevo administrador fiduciario del FOSYGA para la gestión de las diferentes subcuentas. En consecuencia, este manual debe ser entendido como un aporte metodológico adicional en el contexto del desarrollo del proyecto de asistencia técnica, mas no pretende reemplazar el manual del consorcio.

Resulta pertinente de nuevo citar el documento CONPES 3248 cuando asegura que “el gobierno central siguió creciendo tanto en número y en tipo de entidades como en gasto. La articulación al-

Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema general de participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se distribuirán dentro de los municipios y distritos con criterio de equidad territorial. En todo caso, se garantizará la continuidad del aseguramiento de quienes lo han adquirido, siempre y cuando cumplan con los requisitos para estar en el régimen subsidiado.

canzada con las reformas fue baja y la duplicación funcional se mantuvo”<sup>16</sup>. Un ejemplo claro se da en la contratación y el flujo de recursos del régimen subsidiado de salud, en los que el Ministerio de la Protección Social realizó por mucho tiempo la función de consolidar los contratos de aseguramiento, mientras que el consorcio por su lado lo hacía con la base de datos de afiliados. Aunque en la actualidad ambas competencias las asumió el consorcio, el Ministerio continúa realizando funciones relativas a la contratación.

La presente versión sobre la estandarización de los procesos nacionales de gestión del régimen subsidiado de salud se actualizó de acuerdo con la nueva normatividad.

## 1. Acciones de regulación y rectoría del sistema

El artículo 4 de la Ley 100 de 1993 estipula:

La seguridad social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por la entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.

Este enunciado implica que se instaura un sistema formal de regulación que tiene como propósito garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos por la reforma a la seguridad social en salud e instaurar regulaciones o prohibiciones de los agentes que desempeñan alguna función en el mercado de la salud.

Según el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, la intervención tiene la finalidad de garantizar la consecución de los principios

<sup>16</sup> Departamento Nacional de Planeación (DNP), CONPES 3248. Renovación de la administración pública. Bogotá, 2003.

del sistema (eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación), así como los fundamentos del servicio público (equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa). Además de estos elementos esenciales, se afirma que a través de la regulación estatal se debe:

- Asegurar el carácter obligatorio de la seguridad social en salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia
- Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la seguridad social en salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios
- Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la seguridad social en salud permitiendo el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud de los habitantes del país
- Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la ley
- Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad
- Evitar que los recursos destinados a la seguridad social en salud se destinen a fines diferentes
- Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de seguridad social en salud, como parte fundamental del gasto público social.

Los organismos de dirección, vigilancia y control del sistema son: el Ministerio de la Protección Social, el CNSSS y la Superintendencia Nacional de Salud. En tanto el sgsss mediante el artículo 170 queda como se señala a continuación:

Bajo la regulación, supervisión, vigilancia y control del gobierno nacional y del Ministerio de la Protección Social y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del gobierno en la lucha contra las enfermedades y en el mantenimiento y educación, información y fomento de la salud, de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales de que tratan los artículos 13 y 14 de la Ley 60 de 1993.

El artículo 171 creó el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) adscrito al Ministerio de la Protección Social, como organismo de dirección del SGSSS de carácter permanente y estableció su conformación.

Con la expedición de la Ley 1122 de 2007 se crea un sistema de “evaluación por resultados” que atañe a todas las entidades del SGSSS y una comisión de regulación en salud en calidad de unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. El Consejo tendrá un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del CNSSS.

La operación de régimen subsidiado implica la participación, coordinación y sincronización de diferentes actores en la realización de las actividades y procesos que lo conforman. Es así como se encuentran diferentes niveles de responsabilidad:

- Nacional
- Departamental
- Municipal.

El *Manual de procesos nacionales* pretende establecer y describir las operaciones del orden nacional en el funcionamiento del régimen subsidiado, de conformidad con lo descrito en los *Manuales indicativos de procesos municipales y departamentales* de dicho régimen, con el

objeto de alcanzar mayor integralidad y optimización en las actividades, incentivando mayores beneficios para la población pobre y vulnerable.

En el manual se relacionan los procesos nacionales y contiene un marco conceptual, una descripción general, las fuentes nacionales de financiación, el marco legal, el mapa de procesos y el respectivo manual.

Para cada uno de los procesos y los subprocesos que lo conforman se establecen: el objetivo, las dependencias y los cargos que intervienen, base documental y de soporte, factores de riesgo, políticas y medidas de autocontrol, descripción de actividades, diagrama de flujo e indicadores.

El manual se elaboró con base en el análisis del marco legal vigente, recolección de información correspondiente a manuales existentes en el Ministerio de la Protección Social y documentos temáticos y de operación del sistema general de participaciones (SGP) en el Departamento Nacional de Planeación.

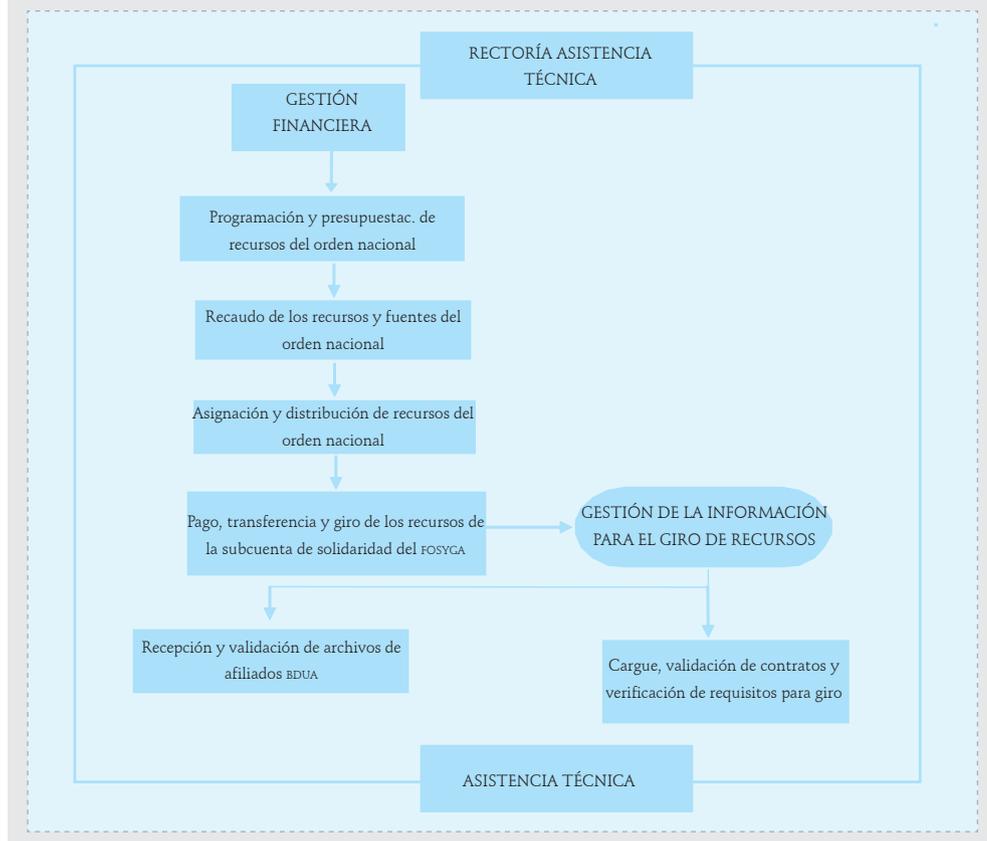
## 2. Principales procesos nacionales

En la operación nacional del régimen subsidiado se identifican como procesos operativos, correspondientes a funciones estratégicas que las diferentes instituciones del orden nacional deben desarrollar con el objeto de alcanzar el aseguramiento de la población pobre y vulnerable al sgss los siguientes:

- Gestión financiera del orden nacional
- Gestión de la información
- Asistencia técnica.

Diagrama 4.10

Mapa general de los procesos nacionales. RS-S



a. Proceso de gestión financiera

◆ Origen de los recursos<sup>17</sup>

- Recursos del Sistema general de participaciones

La Ley 715 de 2001 dictó normas en materias de recursos y competencias, estableció la distribución, la asignación y el giro de los recursos del Sistema general de participaciones en salud (SGP) y otros recursos destinados al sector salud.

17 Ley 1122 de 2007.

Luego la Ley 1122 de 2007 estipuló que los recursos del SGP en salud se destinarán, previo concepto del CONPES y en forma progresiva, al régimen subsidiado en salud: en el año 2007, el 56%; en 2008, el 61% y a partir de 2009, el 65%, porcentaje que no podrá ser superado. El porcentaje restante se destinará, de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional, para financiar la atención de la población pobre no asegurada, las actividades no cubiertas por subsidio a la demanda y las acciones en salud pública.

El monto que se distribuyó como participación para salud (11/12) en 2006 ascendió a 3.536.178 millones de pesos, los cuales de acuerdo con el artículo 47 de la Ley 715 de 2001 financiaron tres componentes de gasto:

- Continuidad y ampliación de coberturas de afiliación en el régimen subsidiado (subsidios a la demanda)
- Prestación del servicio de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda
- Acciones en salud pública.

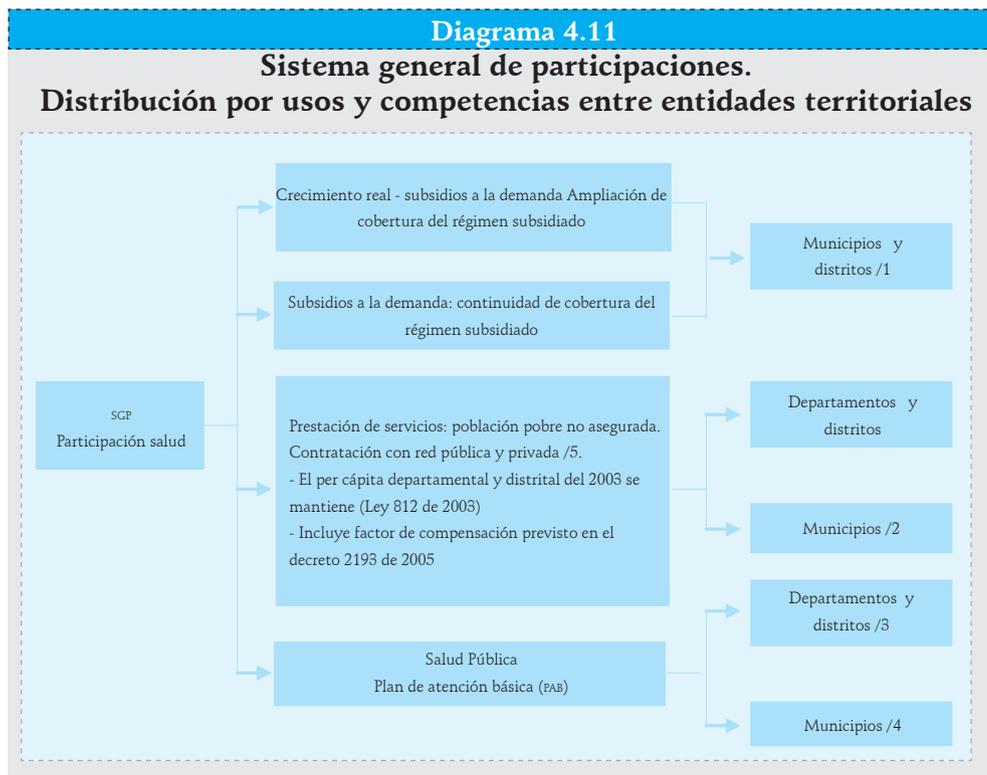
Los recursos producto del crecimiento adicional a la inflación<sup>18</sup> del SGP para el sector salud, de conformidad con el artículo 48 de la Ley 715 de 2001, se destinan a la ampliación de cobertura mediante subsidios a la demanda. Los montos de los componentes de salud pública y subsidios a la demanda de la continuidad 2006 corresponden a lo asignado a cada uno en la vigencia 2005, incrementados por la inflación causada<sup>19</sup>, y el monto de los recursos del componente para la prestación de los servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a

---

18 Es el monto equivalente al 2,5% de crecimiento real para 2006 que corresponde al sector salud, establecido por el acto legislativo 01 de 2001, destinado a cofinanciar la ampliación de cobertura en el régimen subsidiado.

19 Inflación causada en 2005 de 4,85%, según DANE.

la demanda se determina una vez liquidados los recursos de los componentes antes señalados<sup>20</sup>.



- *Subsidios a la demanda - ampliación de cobertura*

La Ley 715 de 2001 determinó que los recursos con que cuenta el Estado para que la afiliación de la población pobre y vulnerable se acerque cada vez más a la universalidad que inspira todo el sistema son aquellos producto del crecimiento adicional a la inflación del Sistema general de participaciones en salud (los recursos producto del crecimiento adicional a la inflación equivalen a 82.352 millones de pesos en 2006), aplicando el criterio de equidad (artículo 48 de la Ley 715 de 2001).

20 Artículo 49 de la Ley 715 de 2001.

Este indicador pondera el déficit de cobertura del régimen subsidiado en la entidad territorial (población pobre no asegurada) y su proporción de población por atender a escala nacional (su participación de población pobre aún sin afiliar en el país). De esta manera se busca reducir la brecha existente en los niveles de cobertura entre las entidades territoriales.

Una vez calculado el indicador, este se normaliza, es decir, se estima la participación del valor obtenido para cada municipio, distrito o corregimiento departamental, sobre la suma total. Esta participación se multiplica por el total de los recursos y se obtiene el monto que se transferirá a cada entidad territorial.

La ampliación de cobertura de la población pobre mediante subsidios a la demanda se financia también con recursos propios de las entidades territoriales de libre destinación, específica para salud o de capital, cuando en este último caso se garantice su continuidad como mínimo por cinco años. Los giros del Sistema general de participaciones se deberán efectuar en los diez primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia, a los fondos que para el efecto deben crear y organizar las entidades territoriales.

- *Subsidios a la demanda - continuidad de cobertura*

Los recursos para este componente son aquellos que el Estado gira a las entidades territoriales para garantizar la continuidad de la atención en salud a la población pobre y vulnerable, mediante subsidios a la demanda de conformidad con lo dispuesto en las leyes 715 de 2001 y 812 de 2003.

Los recursos que forman parte del Sistema general de participaciones asignados a este componente son distribuidos entre distritos, municipios y corregimientos departamentales pertenecientes a los departamentos creados por la Constitución de 1991. Para estos últimos, los recursos son administrados por el departamento correspondiente.

La información base para establecer la población afiliada de cada entidad territorial a la que se garantizará la continuidad en el régimen subsidiado se obtiene por medio de la certificación de afiliados de la vigencia fiscal anterior, suministrada por el Ministerio de la Protección Social en el mes de diciembre de cada vigencia.

La distribución de recursos la hace el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), de acuerdo con criterios establecidos legalmente. Su giro se hace directamente a los fondos locales de salud de cada ente territorial bimestre anticipado y representa 55% del total del monto global.

Los recursos para este componente ascendieron en 2005 a 1.709.685 millones de pesos. Este monto se divide por la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda en la vigencia<sup>21</sup>. El per cápita resultante se multiplica por la población afiliada de cada entidad territorial para encontrar el valor asignado por este componente.

Los recursos distribuidos de esta manera serán ejecutados por cada municipio y distrito. Los departamentos ejecutarán recursos de este tipo solo en el caso de los corregimientos departamentales<sup>22</sup>. La distribución resultante en 2006 para el total de municipios, distritos y corregimientos departamentales fue la siguiente:

- *Directrices para la ejecución de la participación del SGP para salud*

De conformidad con el artículo 42 de la Ley 715 de 2001, le corresponde a la nación la dirección del sector salud y del Sistema general de seguridad social en salud en el territorio nacional; esta facultad le permite orientar el uso de los recursos destinados al sector con el fin de alcanzar las metas de interés para el país. Para el efecto, se imparten a las entidades territoriales municipales y departamentales directrices generales para ejecutar los recursos de

---

21 Según certificación del 28 de diciembre de 2005 del Ministerio de la Protección Social.

22 Corregimientos ubicados en los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés.

SGP correspondientes a la participación de salud asignada en cada vigencia. Esta acción involucra la interacción con los demás participantes del sgsss, como son la población, EPS-RS e IPS públicas y privadas, profesionales de la salud, organismos de regulación y control del orden nacional, departamental y municipal, entre otras.

A continuación se dan las pautas generales para el otorgamiento de los subsidios que deben atender las entidades territoriales municipales y departamentales, con el propósito de ampliar la cobertura actual a la población priorizada, aún no afiliada:

- Continuar depurando la base de datos de la población afiliada al régimen subsidiado del sgsss, con el objeto de establecer la existencia de multiafiliación
  - Reemplazar los cupos de los multiafiliados detectados con beneficiarios aún no afiliados, según las listas de priorizados, dando prelación a los menores de 5 años y madres gestantes
  - Garantizar el orden de prelación para la afiliación y evitar la multiafiliación
  - El Ministerio de la Protección Social deberá verificar la focalización de los subsidios a la demanda en salud que realizan los municipios de conformidad con el nuevo SISBEN y las normas vigentes.
- **Recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA**

La financiación de la subcuenta de solidaridad se encuentra definida en la Ley 100 de 1993 y modificada con la Ley 1122 de 2007:

- Uno punto cinco de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción, que será girado por las entidades promotoras de salud y demás entidades obligadas con la subcuenta de solidaridad dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones

- Un aporte del presupuesto nacional en los términos establecidos en el literal c del artículo 221 de la Ley 100 de 1993
- El gobierno nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007, cuyo monto fue de 286.953 miles de millones de pesos. En todo caso el gobierno nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de SISBEN I, 2 y 3 en los términos establecidos en la presente ley
- El porcentaje de los recursos recaudados por concepto del subsidio familiar que administran las cajas de compensación familiar no autorizadas a brindar cobertura en el régimen subsidiado, definido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, el cual podrá ser administrado de manera directa por estas, previo cumplimiento de las normas establecidas para tal efecto
- Los recursos provenientes del impuesto social a las armas, definido en el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, con los cuales se formará un fondo para financiar la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia, de la población afiliada al régimen subsidiado en los eventos no cubiertos por el POS-S y de aquella vinculada al sistema
- El 15% de los recursos adicionales que a partir de 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana
- Rendimientos de las cuentas de recaudo de las EPS
- Las multas de que tratan el artículo 271 de la Ley 100 de 1993 y el numeral 25 del artículo 5 del decreto ley 1259 de 1994

– Ingreso de los excedentes a la subcuenta que se obtengan de liquidar los contratos de aseguramiento suscritos entre las entidades territoriales y las EPS-RS sobre los recursos de cofinanciación asignados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (derogado por el artículo 54, Ley 812 de 2003).

#### ◆ Destinación de los recursos

Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema general de participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se distribuirán dentro de los municipios y distritos con criterio de equidad territorial. En todo caso, se garantizará la continuidad del aseguramiento de quienes lo han adquirido, siempre y cuando cumplan con los requisitos para estar en el régimen subsidiado.

- **Financiación del régimen subsidiado.** Los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA se destinan básicamente a financiar la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable. Dicha afiliación se hace efectiva mediante la suscripción de contratos de aseguramiento entre los entes territoriales y las entidades autorizadas para administrar el régimen subsidiado.

La función de la subcuenta de solidaridad en cuanto a los giros está encaminada a validar los soportes que deben remitir las entidades territoriales para acceder a los recursos y hacer efectivas las ordenaciones del Ministerio cuando se han cumplido con los requisitos. Asimismo informa a dichas entidades sobre los giros efectuados.

- **Giro de los recursos a las entidades territoriales.** Estos giros para la financiación del régimen subsidiado se realizan por trimestre anticipado dentro de los diez primeros días de cada trimestre y conforme al período contractual.

El decreto 3260 de 2004 establece en su artículo 2 los requisitos previos para el giro de los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA. Para efectos del giro se requerirá en forma previa:

– La creación y acreditación por parte de las entidades territoriales de una subcuenta especial en los fondos seccionales, distritales y locales de salud para el manejo de subsidios en salud y el registro ante el administrador fiduciario del FOSYGA, de la cuenta a la cual deben realizarse los giros. Esta subcuenta especial manejará en forma exclusiva los recursos destinados a subsidiar la demanda de servicios de salud

– La constitución, actualización y remisión al Ministerio de la Protección Social de las bases de datos de afiliados al régimen subsidiado. A partir del año 2005 la actualización de las bases de datos deberá efectuarse conforme al sistema de información definido por el Ministerio de la Protección Social, antes de finalizar el primer semestre del periodo de contratación (decreto 3260, artículo 2, párrafo).

- **Copia de los contratos de administración del régimen subsidiado** o el instrumento sustitutivo que defina el Ministerio de la Protección Social.

El artículo 34 del decreto 3260 de 2004 prevé el giro sin situación de fondos directamente a todas las administradoras del régimen subsidiado (EPS-RS) que atienden la población del respectivo ente territorial.

El decreto 4693 de 2005 reglamentó parcialmente el funcionamiento de los fondos de salud para los recursos del régimen subsidiado, en su artículo I.º establece que se requiere la creación de cuentas maestras por parte de las entidades territoriales para realizar el giro, determinación retomada a su vez por la Ley 1122 de 2007.

Con base en las disposiciones legales señaladas en las leyes 100 de 1993 y 715 de 2001, se identificaron y agruparon las actividades relacionadas con la financiación, cofinanciación y ejecución de recursos que las entidades nacionales, especialmente el Ministerio de la Protección Social desarrollan en lo relacionado con el proceso de gestión financiera del régimen subsidiado.

#### ◆ Subprocesos de gestión financiera

- **Subproceso de programación y presupuestación.** Comprende las actividades de proyección de ingresos y gastos de las diferentes fuentes de financiación del régimen subsidiado
- **Subproceso de asignación y distribución.** Establece la distribución de los recursos de financiación y cofinanciación destinados a los proyectos y subproyectos de continuidad y ampliación de cobertura del régimen subsidiado para cada entidad territorial
- **Subproceso de recaudo de los recursos.** Describe el proceso de recepción de las distintas fuentes que convergen para la financiación del régimen subsidiado
- **Subproceso de pago, transferencia y giro de recursos.** Enuncia el conjunto de actividades que se desarrollan dentro del Ministerio de la Protección Social para asegurar el giro oportuno de los recursos para que cada entidad territorial financie las unidades de pago por capitación de su población afiliada.

En este proceso intervienen: las direcciones generales de financiamiento y de Gestión a la Demanda del Ministerio de la Protección Social como dependencias encargadas de la regulación y ordenación de recursos para la operación del régimen subsidiado, el administrador fiduciario del FOSYGA como entidad encargada del recaudo, administración y pago de estos en los términos establecidos por la ley.

## b. Proceso de gestión de la información

Este proceso corresponde a las actividades de recolección, transferencia y difusión de la información que realiza el administrador fiduciario del FOSYGA por orden del Ministerio de la Protección Social con el objeto de dar cumplimiento a los requisitos legales establecidos para el giro de los recursos de FOSYGA y alimentar el sistema de información de afiliados al SGSS.

Cuenta con los siguientes subprocesos:

- **Subproceso de recepción y validación de la base de datos única de afiliados (BDUA) al régimen subsidiado.** Contiene las actividades realizadas por parte del administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA para la recepción, validación y cruce de la información estandarizada de los afiliados al régimen subsidiado con aquellos afiliados a los demás regímenes del SGSS.
- **Subproceso de cargue y validación de contratos del régimen subsidiado.** Inicia con las tareas que las entidades territoriales deben realizar para que el administrador fiduciario de FOSYGA obtenga la información del agregado de contratación con las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado y proceda a su validación.

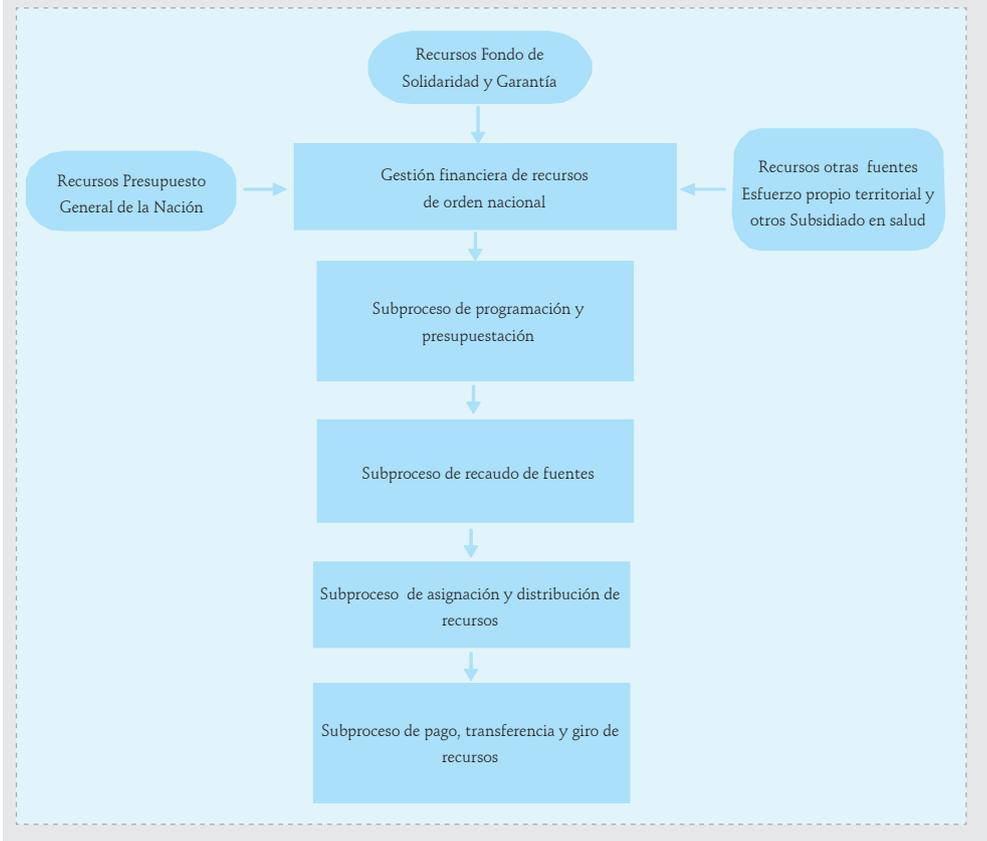
En este proceso intervienen la dirección general de Planeación y Análisis de Política, el grupo sistemas de información del Ministerio de la Protección Social y el administrador fiduciario del FOSYGA, que por orden del Ministerio se encarga de garantizar, mantener, actualizar, desarrollar y modificar el software de afiliación y contratación del régimen subsidiado nacional.

## c. Proceso de asistencia técnica nacional

Este proceso comprende las acciones que el Ministerio y el administrador fiduciario del FOSYGA ejercen, para atender las necesidades generales y específicas de las entidades territoriales, EPS-RS

Diagrama 4.12

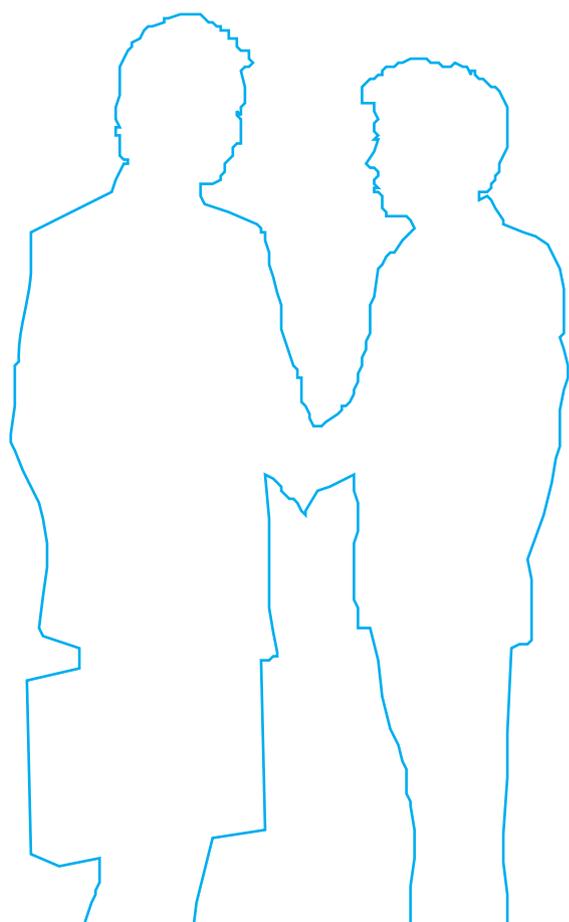
## Mapa general del proceso de gestión financiera



y entidades de control relacionadas con el proceso de gestión de la información, la operación del régimen subsidiado y el giro de los recursos de la subcuenta de solidaridad.

El administrador fiduciario del FOSYGA-subcuenta de solidaridad debe disponer de una unidad conformada por personal de nivel técnico o profesional con experiencia en entidades del SGS-SS relacionadas con el régimen subsidiado, con el propósito de dedicarse a brindar atención personalizada, asesoría y asistencia técnica a las entidades territoriales, IPS o entidades de control en aspectos como:

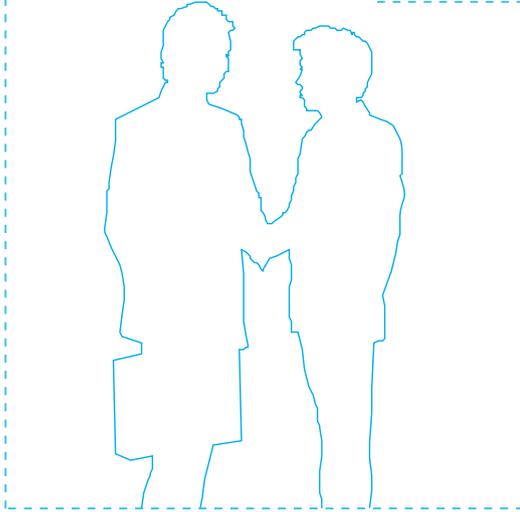
- Procesos inherentes a la operación del régimen subsidiado de salud en general
- Verificación y el análisis de la información sobre contratos reportada por las entidades territoriales
- Certificación de cumplimiento de requisitos para acceder al giro de los recursos de cofinanciación de la subcuenta de solidaridad
- Análisis de las solicitudes de giro directo efectuadas por las EPS-RS o de las entidades territoriales; asesoría en los procesos relacionados con la administración de la información de las bases de datos de afiliados y su confrontación con la información de los contratos reportada por parte de las entidades territoriales
- Validación de los medios magnéticos y bases de datos de afiliados de los nuevos contratos; validación de novedades de afiliados
- Conformación de la base de datos única de afiliados.





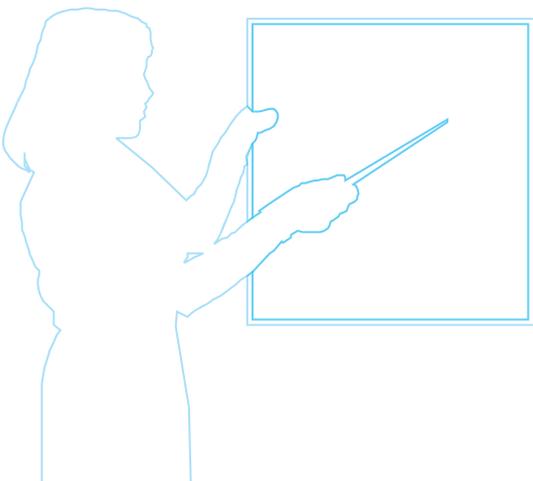


Capítulo 5  
Recomendaciones



Las estrategias nacionales de desarrollo del personal sanitario deben mirar más allá de los salarios y la formación en el sector público para abarcar todo el ciclo de entrada - etapa laboral - salida tanto en el sector privado como en el público. El desarrollo de la fuerza laboral es una labor a la vez técnica y política, y exige generar confianza entre los interesados y vincular las expectativas de las personas al desempeño de los trabajadores sanitarios.

*Conclusiones de las estrategias nacionales de desarrollo del personal sanitario de la Organización Mundial de la Salud (OMS)*



## A. Introducción

El Conpes 3248 de 2003 inicia su introducción con una severa afirmación:

El desempeño de la administración pública colombiana ha sido deficiente en cuanto a la provisión de los bienes y servicios públicos fundamentales para los ciudadanos. No obstante, las estructuras administrativas han ido demandando cada vez más recursos, privando de estos a otros actores sociales que podrían utilizarlos en una forma socialmente más productiva. En estas circunstancias, el Estado debe recuperar su capacidad para cumplir eficaz y eficientemente sus funciones esenciales.

Las instancias nacionales formulan la política, promueven, regulan y controlan; las departamentales promueven y coordinan las acciones que, en desarrollo de la política establecida y en el marco geográfico propio, permitan racionalizar la asignación de los recursos públicos de inversión. De igual forma, corresponde a las instancias departamentales coordinar y velar por la correcta prestación de servicios por la instancia local, y las instancias municipales asignan los recursos públicos con base en las políticas nacionales y las prioridades establecidas por la comunidad, a través de procesos participativos que incluyan el seguimiento, la evaluación y el control. La prestación de servicios es igualmente una competencia municipal<sup>1</sup>.

El municipio es la instancia esencial en la relación entre el ciudadano y el Estado, motivo por el cual debe ser fortalecido.

---

1 Documento CONPES 3248 de 2003.

## B. Recomendaciones de las firmas contratistas

Las cuatro firmas que asistieron a los 112 municipios y 27 departamentos aportaron en su informe final recomendaciones al Ministerio de la Protección Social. A continuación se presenta la evaluación final que cada firma aportó con base en la experiencia de dieciséis meses de trabajo y la canalización de inquietudes, aportes y recomendaciones de los servidores públicos que participaron en el proyecto.

### 1. Universidad Nacional de Colombia (UN): Zona norte y zona centro

#### a. Recomendaciones de política

En cada una de las sesiones del diplomado, los participantes expresaron sus inquietudes y sugerencias sobre los procesos municipales y el papel del Ministerio de la Protección Social como ente rector del sistema.

- Las dificultades físicas y técnicas para la depuración de la base de datos y la actualización de novedades evidencia que el esfuerzo en la depuración de las BD requiere intervención nacional encaminada a la creación de BD para todos los afiliados al SGSS.
- Se requiere un número de identificación único para todos los colombianos
- Las poblaciones especiales, como recién nacidos de padres no afiliados y grupos indígenas, presentan dificultades
- Se requiere capacitación sobre el manejo financiero y contractual de las siguientes situaciones:
  - Vigencias futuras - vigencia fiscal

- Sanciones a las EPS-RS
- Terminación unilateral de contratos
- Caducidad de contratos
- Contratos que aumentan de valor por la entrada de recién nacidos (hijos de madres afiliadas)
- Proceso de afiliación
- Claridad en el manejo de promoción y prevención
- Acciones a tomar ante el incumplimiento de metas de promoción y prevención
- Estudio nacional de distribución de UPC por niveles de atención
- Subsidios parciales
- Capacitación permanente a todos los actores; no se ha profundizado en la responsabilidad de lo no cubierto, y la población rechaza este tipo de afiliación
- Propuestas para completar la cotización, manteniendo el aporte de la nación que se lleve a subsidio sobre la cotización (ampliar el contributivo por esta vía)
- Creación de un estatuto de seguridad social ante la avalancha de normatividad que rige el funcionamiento del sistema.

#### b. Concepto técnico

La ejecución de este proyecto ha revelado la brecha existente entre la expedición de las normas y su puesta en marcha por las escalas territoriales, que al parecer se ajustan más o menos a la aplicación concebida por el regulador, dependiendo del grado

de desarrollo institucional, condiciones políticas predominantes y capacidad de negociación.

Lo anterior, sin necesidad de ahondar las causas que originan la desviación de lo normativo frente a la realidad, ofrece los siguientes elementos de un posible análisis:

- Nivelar a todas las entidades territoriales, de forma que cuenten con las mismas herramientas para enfrentar los problemas propios de la operatividad del régimen subsidiado (sin que esto signifique algún tipo de estandarización). El objetivo sería: o que todos los municipios estén en capacidad de dar cumplimiento a la reglamentación del sector central sin importar sus particularidades, o que se reglamente según la realidad que viven las regiones
- Continuidad en el proceso de descentralización; propiciar desde el sector central avances y al mismo tiempo retrocesos acentúa las diferencias en desarrollo regional y desestimula los avances alcanzados por algunos municipios
- Necesidad de que el MPS lidere o guíe los procesos de asistencia técnica que a propósito de este proyecto vienen surgiendo de varias entidades.

### c. Conclusiones

Este es un paso en el acercamiento de lo central a lo regional; las reformas en salud experimentadas por nuestros países en los últimos años han permitido que la seguridad social sufra un desmonte de la regulación estatal y quede un poco a merced del mercado, por lo que el hecho de contar en las entidades territoriales con la representación del MPS a través de la asistencia técnica permite que los conflictos de intereses, presentes en las relaciones de instituciones, agencias (aseguradoras) y la población, encuentren una directriz desde lo público.

d. Impacto logrado en la zona a cargo que considere debe tener en cuenta el nivel nacional

El impacto del proyecto parecía ubicarse directamente sobre los servidores de las secretarías de salud municipales y departamentales, sin embargo, durante la ejecución del proyecto se evidenció la influencia de este, sobre alcaldes, concejales, EPS-RS, IPS, personeros y asociaciones comunitarias, lo que una vez más llama la atención sobre la necesidad de control en todo el sistema; se observó en muchos municipios los impedimentos para la ejecución de los procesos no eran operativos o de capacidad tecnológica, sino de negociación política lo cual solo se puede resolver en la medida en que se *empodere* a la comunidad y esta actividad a su vez requiere de servidores preparados que conozcan bien sus ligaciones como secretaría de salud y los derechos de la población.

Como se menciona en otro aparte de este informe, el impacto sobre los equipos de trabajo de las secretarías de salud se replica en otras entidades territoriales. Es así como el surgimiento de programas de asistencia técnica tiene gran acogida entre los servidores municipales del área de salud, lo que contribuye a la profesionalización de las funciones de aseguramiento y al mejor desempeño territorial en cada uno de los procesos, no solo del régimen subsidiado sino también de salud pública, control sobre régimen contributivo y programas de promoción y prevención.

## 2. Universidad del Norte: Zona Atlántica y Santanderes

a. Recomendaciones de política

- Revisar la política de focalización de subsidios en los municipios en los que más del 80% de sus habitantes viven en condiciones de pobreza, pues está demostrado que los costos de focalización y administración de los subsidios son por lo general superiores a los generados por ineficiencia asignativa, en el caso que se decida universalizar los beneficios

- Revisar la base de cálculo para la asignación de los recursos del SGB, dado que es evidente que las bases de datos utilizadas generan profundas inequidades en el sentido de que municipios receptores de desplazados tienden a contar con menos recursos que aquellos que son expulsores. Ello propicia situaciones como la de Cartagena, en donde los recursos para atender a la población pobre no subsidiada (vinculada), que es un poco más en número que la subsidiada, son casi la mitad
- Reversar el sistema de subsidios parciales o corregirlo, pues de la manera como se está implementando, lo que realmente hace es producir un falso sentido de aseguramiento sobre una población que solo recibe una protección parcial, fragmentada e ineficaz, cuando bien pudiera recibir un POS-S completo con el aporte del dinero que hace falta para completar la UPC. No hay que subestimar la capacidad de las EPS-RS de recaudar los aportes que tengan que hacer las familias beneficiarias de subsidios parciales. Tampoco hay que subestimar la capacidad de pago de estas
- Eliminar los pagos compartidos para la población pobre no asegurada pues ya hay suficiente evidencia de que genera una barrera de acceso a esta población que de por sí está siendo restringida de los beneficios del régimen subsidiado de salud.

#### b. Otras recomendaciones

- De proceso: publicar el manual de procesos departamental y gestionar los recursos para la continuidad del proyecto durante el año 2006
- Normativa: elaborar un estatuto orgánico que armonice la normatividad y ponga de una vez freno a la legislación contingencial que ha permanecido durante el periodo de reforma. Es evidente que los fallos en el sistema de inspección, vigilancia y control tratan de ser sustituidos mediante incentivos de normas que poco los corrigen. Es entonces imperativo fortalecer el sistema

de inspección, vigilancia y control y dotarlo de herramientas que logren meter en cintura los comunes incumplimientos de las normas existentes

- De asistencia técnica: Ante las evidentes desigualdades en el desarrollo de la gestión del régimen subsidiado de salud entre los distintos grupos de municipios, como lo demuestra este estudio, es necesario que el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del sistema, establezca directivas claras tendientes a revisar y reorientar las funciones de los departamentos con miras a fortalecer las capacidades de estos para asistir a los municipios en el mejoramiento de la gestión del régimen subsidiado.

#### c. Concepto técnico

El proyecto ha generado beneficios tan evidentes que debería convertirse en un programa en el que el ámbito nacional asuma la competencia de direccionamiento y cofinanciación; el departamento, la responsabilidad de brindar asistencia técnica a través de universidades serias y con experiencia para evitar el despilfarro de los recursos que año tras año vienen ejecutándose en las direcciones seccionales de salud en los denominados rubros de “asistencia técnica” o “desarrollo institucional”, que han demostrado ser ineficientes pues se ejecutan con consultores que se limitan a dar unas cuantas charlas que terminan en documentos de escritorio y una lista de asistentes a un evento que más tarde queda en el olvido sin dejar ningún impacto. En tal sentido se recomienda que el Ministerio de la Protección Social adopte el proyecto, lo institucionalice y lo convierta en herramienta de gestión de la política de aseguramiento.

#### d. Conclusiones

El proyecto ha permitido que la nación haya empezado a pagar una deuda con los entes territoriales en materia de asistencia técnica, para el entrenamiento de los servidores públicos en la gestión del rs.

No cabe duda de que el impacto ha sido positivo y de que el proyecto ha sido recibido con gran beneplácito por parte de las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, lo que ha generado grandes expectativas que esperamos no queden en el aire. La motivación que ha generado el proyecto en los servidores públicos no debería dejarse desvanecer.

Si el proyecto continúa y se instituye como un programa, a corto plazo se tendrá un régimen subsidiado de salud fortalecido, digno de ser presentado a la comunidad internacional y ejemplo de una excelente política pública de protección social, pues este programa podría hacer realidad esa hermosa concepción teórica sobre la cual se cimentó y nació el régimen subsidiado de salud.

#### e. Impacto en la zona

- Funcionarios públicos inducidos, motivados, capacitados y sensibilizados para hacer valer el derecho a la salud de la población afiliada al régimen subsidiado, mediante una aplicación eficiente de los procesos de identificación, selección y priorización, afiliación, contratación y seguimiento de los contratos y gestión financiera de recursos
- Direcciones seccionales de salud que conciben el RS, más que como una gestión de contratos, como la posibilidad real de que las personas más pobres tengan acceso a la salud
- Inicio de una cultura de la capacitación que si no se apoya y fortalece, se perdería en poco tiempo.

### 3. Unión Temporal (UT) Corporación Calidad - Consultoría i Gestio: Zona Noroccidental

#### a. Recomendaciones de política

- Clarificar competencias y responsabilidades para cada actor en la operación municipal del régimen subsidiado. En parti-

cular, dejar clara la competencia de afiliación y carnetización, ajustar los formularios y el carné a las necesidades actuales. Reglamentar el uso del tarjetón manual o electrónico

- Reglamentar la función de inspección, vigilancia y control de los departamentos, con enfoque proactivo que permita fusionarse con el proceso de asistencia técnica
- Aclarar las competencias del departamento en la gestión integral de las bases de datos
- El SET debe implantarse como modelo de gestión de salud municipal en todos los municipios del país
- Definir una estructura básica organizacional por grupo o categorías de municipios, para la gestión del régimen subsidiado en los municipios y departamentos.

#### b. Recomendaciones de proceso

- Simplificar los criterios, aclarar el mecanismo de actualización, que sirva de base única de afiliados (BUDA) municipal, regular el contenido y estructura de los listados censales en identificación, selección y priorización
- Manejar un cronograma anual, teniendo en cuenta los tiempos reales de ejecución de los procesos departamentales y municipales en los procesos de contratación y afiliación
- Los tiempos previstos para ampliación de cobertura deben posibilitar la ejecución del proceso de libre elección y carnetización inmediata por parte de las EPS-RS que garanticen el derecho a los ciudadanos
- Disponer en forma oportuna de las bases de contributivo y regímenes de excepción y fallecidos.

### c. Recomendaciones normativas

- Elaborar un compendio normativo que permita la consulta fácil y expedita. Derogatoria explícita de normas cuando sea pertinente. Cuando se cambie parte de la norma debe transcribirse en su totalidad en la nueva
- Ajustar la resolución 195 de 2005 teniendo en cuenta necesidades de municipios, en particular dirección y estado de los usuarios
- Clarificar los criterios de interventoría y los requisitos de los interventores
- Estandarizar la liquidación diaria para efecto de pago a EPS-RS. Actualizar en forma permanente el BUDA acorde con novedades en forma permanente
- Promover el manejo de anexos a los contratos que facilite su seguimiento e interventoría.

### d. Recomendaciones de asistencia técnica

- Ampliar la asistencia técnica a todo el país
- Ampliar la asistencia técnica al resto de municipios, por la buena acogida que tuvo y sus resultados
- Continuar los departamentos con el seguimiento y acompañamiento de los municipios incluidos en la asistencia técnica.

### e. Concepto técnico

- Para la inclusión de nuevos municipios en un proceso de asistencia técnica, debe mediar un convenio de desempeño entre el gobierno y el ente territorial, con el propósito de garantizar la continuidad de los servidores públicos, lo que es un factor crítico de éxito del proyecto

- Para una nueva reglamentación del régimen subsidiado, consultar la realidad departamental y las instituciones del orden nacional que tengan injerencia con la operación del régimen subsidiado (DNP, ICBF, Ministerio del Interior, Red de Solidaridad Social, entre otras), lo cual permitirá asegurar su implementación en el ámbito local
- Un papel más activo de la SNS y de los organismos competentes en el seguimiento del flujo y aplicación de los recursos financieros del régimen subsidiado para asegurar la eficacia de la inversión en salud.

#### f. Conclusiones

- La asistencia técnica al municipio es sin lugar a dudas una necesidad sentida, esperada de tiempo atrás por parte de los municipios
- A los municipios que participaron en la asistencia técnica los estimuló el cambio de actitud frente al Ministerio de la Protección Social
- El manual de procesos es un aporte como guía de la gestión municipal y su adaptación y adopción mediante acto administrativo que garantiza la memoria institucional
- Con una inversión relativamente baja por municipio (20 millones de pesos) se logra cambios sustanciales y demostrables en beneficio de los ciudadanos
- Para los departamentos queda un modelo de asistencia técnica probado y que puede ajustarse a las necesidades de su región
- Se estimuló a los departamentos para desarrollar asistencia técnica a sus municipios

- Se enriqueció a departamentos y municipios a través del intercambio de conocimientos de los integrantes de la asistencia técnica y a todos los municipios en su quehacer diario
- La asistencia técnica acercó la nación a la problemática real del municipio. De otro lado sensibilizó a los departamentos sobre la necesidad de incorporarse activamente en la gestión del régimen subsidiado de los municipios de su jurisdicción de manera más proactiva
- Los municipios ejercen hoy su rol de directores territoriales de seguridad social en la gestión del régimen subsidiado de una manera más segura y efectiva, frente a las ARS
- Todos los municipios mejoraron en su gestión.

#### g. Impacto

- La mayoría de municipios maneja adecuadamente el listado de priorizados
- El modelo del proceso de libre elección desarrollado por la UT cc-cig fue exitoso en varios municipios, por cuanto permitió garantizar el derecho del ciudadano de manera óptima y en muchos casos permitió la carnetización inmediata de las EPS-RS
- El apoyo de una herramienta informática, como el aplicativo en acces desarrollado por la UT CC-CIG, agilizó el proceso de libre elección y evitó en muchos casos las inconsistencias y duplicidades en dicho proceso, razón por la cual se recomienda promoverlo en los municipios de categoría 3 a 6
- Mejoramiento muy importante en el manejo del fondo local de salud y en el flujo de los recursos financieros.

#### h. Otros aspectos

- Sistematizar y documentar las experiencias exitosas de los municipios de la zona que mostraron los mejores desarrollos, para socializarlos a escala nacional
- Promover el uso de los instrumentos diseñados por la firma para el levantamiento de la línea de base de la gestión del régimen subsidiado en los municipios que no participaron del proyecto de asistencia técnica
- Promover la acreditación a escala municipal de la gestión del régimen subsidiado.

## 4. Pontificia Universidad Javeriana - CENDEX: Zona suroccidente

#### a. Recomendaciones

- Realizar un seguimiento al cumplimiento de la normatividad existente, y generar las instrucciones respectivas en este marco, dado que en general se considera que las normas nacionales emitidas en los documentos son aplicables, pero en la operación del día tras día se generan muchas dificultades para su cumplimiento. Esto genera caos y desorden en la mayoría de las entidades territoriales, empezando por muchas orientaciones normativas inferiores como: acuerdos, resoluciones, circulares técnicas, que contradicen normas superiores e incluso leyes emitidas por parte de otros sectores. Por ejemplo, lo relacionado con las nuevas contrataciones, prórrogas de contratos, tiempos para citar los concursos de libre elección, solicitudes de cofinanciación, que deben haber sido incluidas en los presupuestos o aprobadas por los consejos, y no se da el suficiente tiempo para ello. Se resalta como recomendación agilizar los procesos de información y comunicación a los entes departamentales y municipales, sobre las realizaciones

de contrataciones nuevas, de continuidad y ampliación de coberturas, según el caso, y la comunicación de los recursos

- Normalizar perfiles de cargos mínimos para los servidores públicos municipales y departamentales, con el fin de que pueda garantizarse, especialmente en los municipios, un equipo técnico idóneo que pueda apoyar con conocimientos adecuados a los alcaldes y concejales, para la toma de decisiones en la gestión del régimen subsidiado. En muchos de los municipios, los mayores problemas se presentan por la inexperiencia y falta de conocimiento del mandatario local, aunado a que nombran a cualquier persona como director local de salud, lo que se replica en los otros servidores, cuando existen. Se recomienda revisar las normas de carrera administrativa, pero trabajar anexos específicos para el sector salud, dado que los perfiles de cargo definidos son muy generales, como es el caso de profesional universitario, profesional especializado. No se reglamenta qué tipo de profesional, lo que les facilita a los alcaldes nombrar a cualquier profesional, así no tenga ningún conocimiento sobre los procesos o roles que implican el sistema de atención en salud
- Generar un documento marco sobre políticas de atención en salud, para que sirva de base a la contratación con las EPS-RS e incluso para las EPS, dado que a pesar de que los modelos de minutas incluyen cláusulas relacionadas con este aspecto, en la práctica las contrataciones se centran en las negociaciones financieras, y, por tanto, las interventorías también están centradas en pagos y flujo de recursos. Se nota en ello una ausencia en la vigilancia sobre la garantía en el acceso a los servicios de salud y a la calidad de la atención, objeto fundamental de esta contratación. Se reiteró, acerca del desarrollo del proyecto, que en el país no se tienen políticas concretas al respecto con base en los fundamentos constitucionales, sino que solo se trabaja por las normas

- Retomar, como un imperativo estratégico para el MPS, específicamente para el viceministerio de Salud, el rol de asistencia técnica, en lo posible directamente a los municipios, así sea por grupos de municipios, con una estrategia similar a la del proyecto pero en terreno. Esta idea, que responde a una necesidad sentida y expresada por parte de los servidores participantes e incluso por alcaldes, generaría beneficios en dos sentidos: a los municipios, porque les aportaría en un proceso de mejoramiento continuo de sus competencias, y al MPS, porque esta interrelación les realimentaría las vivencias en la gestión del día tras día de la operación del régimen subsidiado en salud, lo que se podría involucrar en el momento de tomar decisiones nacionales y generar normas de actuación para el país
- Buscar mecanismos y elaborar propuestas de normatividad, para facilitar que en los municipios se puedan asignar recursos financieros (algún mínimo porcentaje), que no sean exclusivamente de recursos propios, para gestionar el RS. Esta preocupación se expresó en muchos municipios, dado que aunque el presupuesto del RS es considerable —representa más del 60%—, no tienen cómo gestionarlo en forma adecuada, y hay muchas operaciones que deben realizar. Esto sucede en casos, por ejemplo, de las campañas de promoción y organización de los eventos de libre elección, la promoción de información sobre derechos y deberes, el monitoreo a los procesos de identificación, selección y afiliación, las encuestas de satisfacción de usuarios, entre otras, para lo cual no cuentan en la mayoría de casos con ningún tipo de recursos, teniendo que recurrir en forma inadecuada a las EPS-RS
- Se requiere propiciar mecanismos de coordinación para la gestión de información unificada entre los diversos actores del sistema, principalmente con la administración del sisben (DNP). Además, concertar la entrega de información y su estructura, con organizaciones como las de desplazados y rein-

sertados. Estas acciones disminuirían en forma notable las glosas que se generan por falta de información y permitirán mantener una base de datos unificada y confiable.

#### b. Concepto técnico

- Se resalta el esfuerzo del ámbito nacional por priorizar la asistencia técnica a las entidades territoriales, para mejorar la gestión del régimen subsidiado, especialmente en los municipios. Se destaca también la disposición que tuvieron los interventores y algunos servidores de la dirección de Gestión de la Demanda, para resolver las diferentes consultas que en su debido momento se elevaron y clarificar orientaciones normativas que surgían de las múltiples interpretaciones que los servidores tienen en los ámbitos municipal y departamental
- Poca asistencia por parte de los servidores del MPS, en las reuniones de transferencia, dado que por las competencias que tiene este nivel en la formulación de políticas y normalización, las presentaciones y discusiones que se dieron, y más en la medida en que fue avanzando el proyecto, hubieran podido constituirse en muy buenos insumos, para ser incorporados en su gestión. Porque en el desarrollo del proyecto se hizo evidente que algunas de las causas de los problemas que se viven en los municipios para realizar una gestión adecuada del RS obedecen a acciones de los servidores nacionales
- Además de las estrategias de capacitación que desarrolla el MPS, las cuales en su mayoría recaen en los servidores departamentales por el rol de intermediación que estos juegan, en particular en la contratación, los servidores del MPS deben tener más contacto con los municipales, haciendo mayor presencia en las regiones
- Se resalta como aspecto positivo el rol que asumió la interventoría, el cual no solo se limitó al monitoreo y seguimiento del proyecto, sino que fue orientador y facilitador, por ejemplo, en

los consensos entre las firmas para unificar criterios y metodologías; y sirvió de puente con el nivel directivo del MPS.

### c. Conclusiones

- La premisa con que se inicia el proyecto: “inadecuada gestión del régimen subsidiado en salud en las entidades territoriales”, se hizo evidente con los resultados de los autodiagnósticos municipales, por lo cual se constituyeron en la línea base del trabajo
- El haber identificado áreas críticas para la intervención, con la asistencia técnica, fue una valiosa estrategia porque permitió optimizar las asesorías y centrar el programa de capacitación
- Se releva el interés y el esfuerzo realizado por parte de los municipios objeto del proyecto, para efectivamente mejorar la gestión del RSS, en su territorio, con lo que se logran importantes avances en este campo
- La metodología del proyecto, se puede considerar un producto que queda validado y a disposición de los servidores departamentales e incluso del ámbito nacional, para ser incorporada en sus procesos de asistencia técnica
- El modelo operativo de IVC, planteado como un sistema de evaluación territorial, mostró en la implementación su viabilidad y las ventajas que conlleva para que las autoridades sanitarias monitoreen el desarrollo del RSS, la situación en salud y el desempeño de las diferentes organizaciones, incorporando sus resultados en la toma de decisiones que para los efectos pertinentes, en aras de garantizar la salud de la población, deban asumir las administraciones municipales.

### d. Impacto

- Apropiación de los procesos del RS, en desempeño de las funciones en sus respectivos cargos, como la *Caja de herramientas*. En este sentido, sería importante que el MPS recomendara el

uso de la *Caja de herramientas* para todos los municipios y que pudiera brindar por lo menos una capacitación por regiones al respecto, ya que es posible que muchos municipios que recibieron el manual no lo están utilizando

- El hecho de que los servidores departamentales acompañaran el proceso de asistencia técnica y participaran en el programa de capacitación hizo que también quedaran apropiados de este manual, por lo que otro rol que podría tener el MPS es recomendar desde el ámbito nacional a todos los departamentos que lo incorporen para sus procesos de vigilancia y control, y de asistencia técnica
- Se evidenció un importante cierre de brechas, en los municipios intervenidos, por lo que el MPS debería considerar esta estrategia, buscando mecanismos y gestionando recursos, para extender este proyecto a otros municipios y darle continuidad en las entidades participantes.

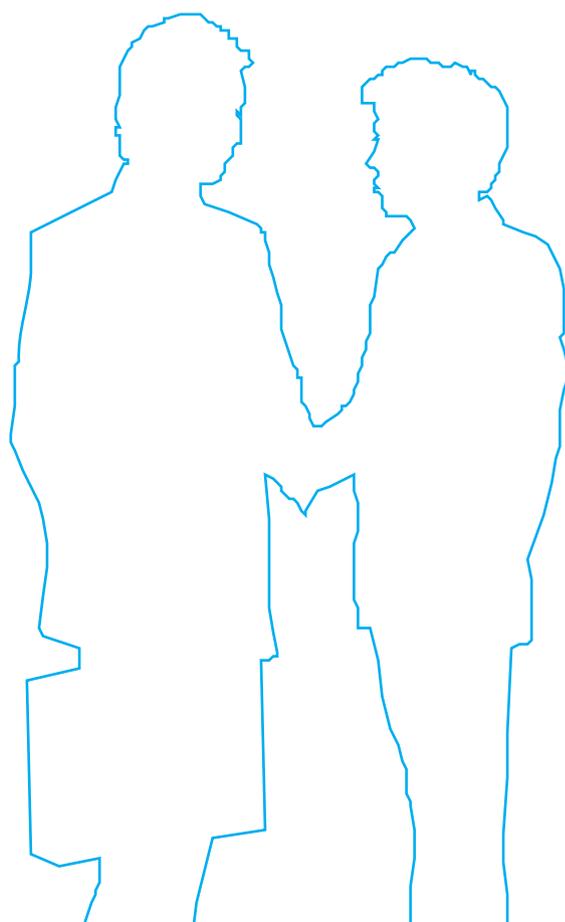
## 5. Observaciones

Las observaciones, recomendaciones y sugerencias de las firmas consultoras consolidan de manera clara las diferentes inquietudes que surgen una vez finalizado un proyecto de esta envergadura. Los proyectos finalizaron en el primer trimestre de 2006 y algunas de sus recomendaciones ya han sido acogidas.

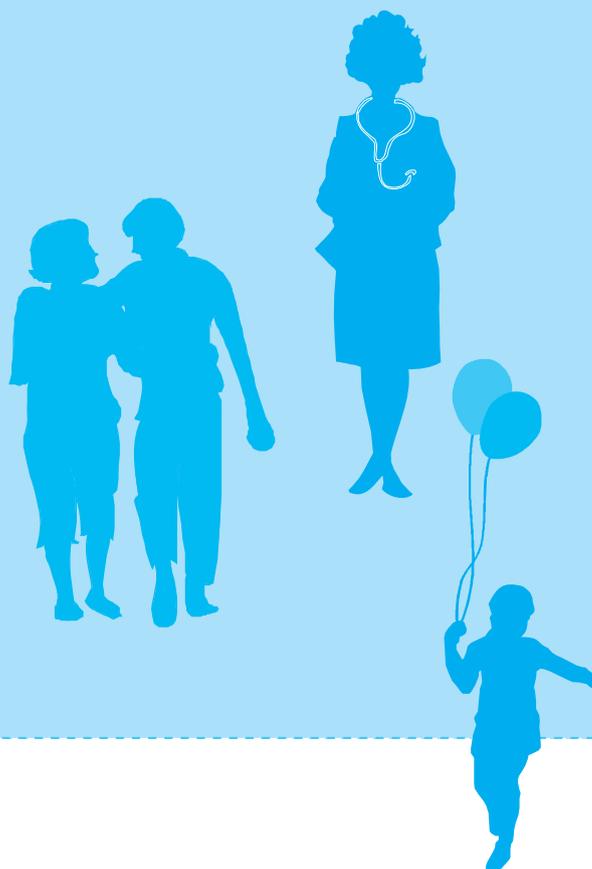
Una de las principales sugerencias del proyecto en el aspecto normativo consistió en la reiterada solicitud de consolidar en un solo cuerpo normativo la operación del régimen subsidiado de salud o nuevo acuerdo 244. Los consultores del pars presentaron a la dirección general de Gestión de la Demanda una propuesta en este sentido como base para futuros desarrollos.

El sistema de información continúa como el punto crítico en el funcionamiento no solo del régimen subsidiado sino también del contributivo.

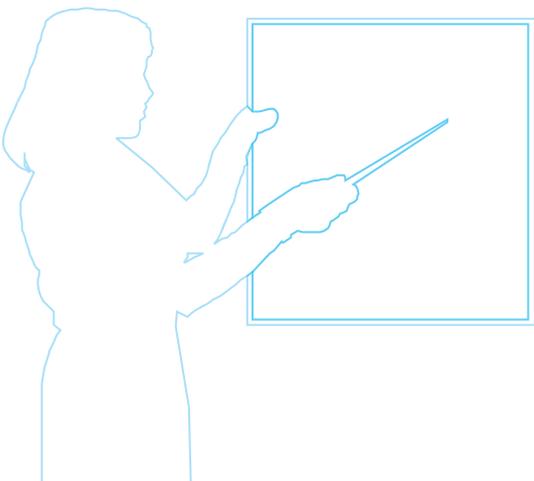
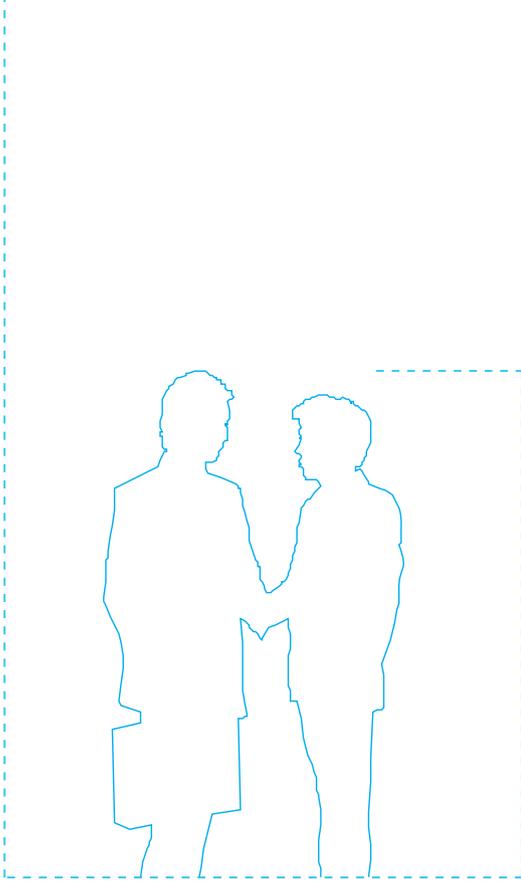
El fortalecimiento municipal, tal como lo describe el documento CONPES 3248 de 2003 de renovación de la administración pública, debe pasar por el examen de la viabilidad y de la conveniencia de los criterios actualmente existentes para la conformación y la operación de un municipio. De conformidad con los criterios adoptados para los niveles superiores de la administración, los municipios deberán analizar con sus vecinos las posibilidades de asociación o de manejo compartido de temas que permitan minimizar el costo administrativo y, por esta vía, incrementar los recursos disponibles para inversión en la comunidad.







## Anexos



## A. El factor humano

*Existe una escasez crónica de trabajadores sanitarios bien preparados. Esa escasez tiene carácter mundial, pero reviste especial gravedad en los países que más los necesitan. Por diversas razones —por ejemplo la migración, enfermedad o muerte de esos trabajadores— los países no pueden formar y mantener la fuerza de trabajo sanitaria requerida para mejorar las probabilidades de supervivencia de la gente y su bienestar.*

*El factor humano es un elemento indispensable para reforzar los sistemas de salud.*

*Pero eso significa que hay que invertir mucho tiempo y dinero en la formación de los trabajadores sanitarios. Esas inversiones se hacen en forma tanto de aportaciones individuales como de subvenciones o ayudas institucionales. Los países necesitan retener al personal calificado para que su experiencia profesional pueda beneficiar a la población. Cuando los profesionales de la salud se van a trabajar a otros países, cunde la desesperanza y se pierden años de inversiones.*

**Dr. Lee Jong-Wook**

Director General

Organización Mundial de la Salud

*Informe sobre la salud del mundo 2006*

*La economía moderna se ha visto sustancialmente empobrecida por la distancia creciente entre economía y ética.*

**Amartya Sen**

## B. Participantes en el proyecto de asistencia técnica

### 1. Selección de los servidores públicos participantes

Una vez seleccionados los municipios, el Ministerio de la Protección Social envió una carta de invitación a los alcaldes de los 99 municipios seleccionados, en la cual se les invitó a participar y a comprometerse con la permanencia de los servidores públicos que fueran designados. Las cartas fueron entregadas por las firmas en los municipios. Los municipios designaron para participar en el proyecto los servidores a cargo del régimen subsidiado de salud, del SISBEN (que en muchos casos son los mismos que administran el régimen subsidiado de salud), del área financiera, jurídica, interventorías, PAB, ESE y, en general, todo aquel que por sus funciones tuviera alguna competencia en la gestión local del régimen subsidiado de salud.

De igual forma se convocaron los participantes de las entidades departamentales de salud. Del ámbito nacional participaron servidores de la dirección general de Gestión de la Demanda en Salud, dirección general de Financiamiento y de la dirección de Planeación (Grupo de sistemas de información).

Aun cuando no se llevó a cabo un estudio a profundidad por no ser objeto del contrato, a través de los informes de las firmas de los servidores participantes de los municipios, sin contar con aquellos que participaron en actividades ocasionales, y de las inscripciones en los diplomados, se pudo organizar una base de datos de participantes. Con base en esta información se presenta una descripción del perfil y los cargos de los servidores públicos a cargo de la gestión del régimen subsidiado de salud en todos sus procesos en municipios y departamentos.

En el siguiente Cuadro A.I se puede observar el total de servidores que participaron en el proyecto, en total intervinieron 437 en forma directa tanto en la capacitación como en la asisten-

cia técnica en municipios y departamentos. El número de asistentes a los diplomados es mayor que 495, dado que incluye los anteriores y adicionalmente los servidores de los 13 municipios invitados a los cuales no se les brindó asistencia en terreno.

### Cuadro A.1

#### Total personas capacitadas, consolidado por zona y departamento (incluye municipios adicionales)

	Zona Centro	Zona Costa Atlántica	Zona Noroccidente	Zona Suroccidente	Total
Asistencia técnica	98	127	108	104	437
Diplomado*	1118**	135	121	128	495

\* Incluye participantes de municipios adicionales.

\*\* Incluye a nueve servidores del MPS.

#### a. Cargo de los participantes

En el Cuadro A.2 se puede observar cómo de los 495 servidores públicos que participaron en el proyecto, 136 ocupan cargos diferentes que obedecen a las múltiples estructuras organizacionales que han asumido los municipios y departamentos en la prestación del servicio público de salud. Cada entidad territorial asigna un nombre diferente a cada cargo, exige un perfil diferente y, aun cuando no se consultó, se puede pensar que también se diferencian en el tipo de vinculación a la entidad y la remuneración.

### Cuadro A.2

#### Cargos de participantes de proyecto Asistencia técnica

Cargo	Total	Cargo	Total
Administrador SISBEN	1	Jefe de presupuesto	1
Administrador régimen subsidiado	1	Jefe de sección	1
Alcalde	6	Jefe de tesorería	1
Apoyo en salud pública	1	Jefe de unidad	3
Apoyo técnico de SISBEN	1	Jefe de unidad de presupuesto	1
Asesor	3	Jefe de unidad de seguridad social	1
Asesor financiero	1	Jefe de grupo de aseguramiento	1

Continúa en la siguiente página

Cargo	Total	Cargo	Total
Asesor jurídico	1	Jefe de grupo de seguridad social	3
Asesor de participación social	1	Jefe de oficina sistemas de información	1
Asesor de dirección local de salud	2	Manejo RSS	1
Asesor jurídico administrativo	1	Médico	1
Asistente	7	Participación comunitaria	1
Asistente de planeación	1	Profesional	5
Asistente jurídico	1	Profesional especializado	31
Asistente RSS	1	Profesional Grupo de aseguramiento	2
Auditor	1	Profesional universitario	66
Auditor administrativo	2	Profesional universitario de sistemas	1
Auditor de vigilancia y control RSS	1	Prevención y promoción	2
Auditores médica	1	Revisor interno	1
Auxiliar	7	Secretaría dlo. bienestar social	1
Auxiliar administrativo	13	Seccional de Salud de Boyacá	1
Auxiliar de base de datos	3	Secretaría	6
Auxiliar economista	1	Secretaría de desarrollo social	1
Auxiliar régimen subsidiado	3	Secretaría de gobierno y planeación	1
Contralor departamental	1	Secretaría de hacienda	2
Contratista	2	Secretaría de salud	48
Contratista unidad de aseguramiento	2	Secretaría de salud, educación y dlo social	1
Coordinador	1	Secretaría del tesoro	1
Coordinador de aseguramiento	8	Secretaría de gobierno	1
Coordinador de área I	1	Secretaría de la personería municipal	1
Coordinador de gestión social	1	Secretario de gobierno	1
Coordinador departamento de enfermería	1	Secretario de hacienda	1
Coordinador de facturación y cartera	1	Secretario de planeación	2
Coordinador interventores sector salud	1	Secretario de protección social	1
Coordinador jurídico	1	Secretario departamental	1
Coordinador operativo	3	Secretario ejecutivo de despacho	1
Coordinador de PAB	3	Secretario interior	1
Coordinador de PAI	1	Sin dato	27
Coordinador de presupuesto	1	Subdirector	1
Coordinador de programas sociales	1	Subdirector de seguridad social	3
Coordinador RS	1	Subdirectora de prestación de servicios	1
Coordinador de salud pública	3	Subgerente de aseguramiento	1
Coordinador SISBEN	20	Supervisor de flujo de recursos	1
Coordinador de subsidio a la demanda	1	Supervisor de régimen subsidiado	1
Coordinador de unidad	1	Técnica en contratación	1
Digitador de RSS	6	Técnico	13
Diputado	1	Técnico administrativo	2

Continúa en la siguiente página

Cargo	Total	Cargo	Total
Dirección SISBEN	1	Técnico administrativo de aseguramiento	2
Director IDS	1	Técnico en apoyo a secretaría	1
Director jurídico	3	Técnico en apoyo logístico	1
Director local de salud	10	Técnico en coordinación de aseguramiento	1
Director técnico seg. social	1	Técnico de aseguramiento	5
Enfermera coordinadora de salud	1	Técnico de presupuesto	1
Enfermera	1	Técnico de recaudo	1
Equipo de apoyo a RSS	2	Técnico de sistemas	10
Financiero	1	Técnico en salud	1
Gerente de desarrollo social	1	Técnico estadística y sistemas de información	6
Gerente de salud del municipio	1	Técnico financiero	1
Gerente ESE hospital	3	Técnico grado 3	1
Ingeniero de sistemas	2	Técnico grado X	1
Interventor	7	Técnico II	1
Interventor de base de datos	1	Técnico en manejo de base de datos	11
Interventor municipal	2	Técnico en saneamiento	1
Interventor del régimen subsidiado	2	Técnico en secretaría de salud	1
Interventor del régimen subsidiado	6	Técnico en unidad de seguridad social	1
Jefe de aseguramiento	25	Técnico en vigilancia y control	1
Jefe de control interno	1	Trabajadora social	
Jefe de división	2	<b>Total</b>	<b>495</b>

## b. Profesión de los participantes

Se logró consolidar la información de 391 servidores de los 495 participantes de los 112 municipios (incluidos los municipios adicionales), 27 direcciones departamentales y 9 del ámbito nacional. De los 391, 317 son profesionales con formación en 48 profesiones diferentes; 50, tecnólogos especialmente en sistemas; 22, bachilleres y 2, de otras profesiones.

**Cuadro A.3**

### Profesión de participantes del proyecto Asistencia técnica

Profesión	Total	Profesión	Total
Abogada	19	Ingeniero de alimentos	1
Administración hotelera	1	Ingeniero de minas	1
Administrador	1	Ingeniero de sistemas	25
Administrador de empresas	47	Ingeniero eléctrico	1
Administrador de servicios de salud	4	Instrumentadora quirúrgica	1

Continúa en la siguiente página

Profesión	Total	Profesión	Total
Administrador financiero	7	Licenciada en enfermería	1
Administrador industrial	2	Licenciada en matemáticas y física	1
Administrador público	10	Licenciado en ciencias sociales	1
Administradora financiera	1	Licenciado en educación física	2
Arquitecto	1	Licenciado en informática	1
Bacterióloga	12	Médico	25
Biólogo	1	Médico veterinario	2
Contador público	19	Odontólogo	27
Diseñadora gráfica	1	Operador de computadores	1
Economista	22	Optómetra	3
Enfermera	23	Sicólogo	9
Etnobiólogo	1	Sacerdote	1
Finanzas públicas	1	Socióloga	1
Finanzas y relaciones internacionales	1	Terapeuta cardiorrespiratorio	1
Fisioterapeuta	1	Terapeuta física	2
Fonoaudióloga	1	Terapeuta ocupacional	2
Gerontólogo	1	Trabajadora social	20
Ingeniera industrial	8	Zootecnista	1
Ingeniero agrícola	1	<b>Total</b>	<b>317</b>
Ingeniero catastral	1		

En forma consolidada se puede observar que los cargos son ocupados en 35% por profesionales del área de la salud, médicos, odontólogos, enfermeros, bacteriólogos, sicólogos y terapeutas principalmente. Otro grupo importante de profesiones corresponden a administradores y economistas con 30%, ingenieros con 13% y trabajadores sociales con 6%.

#### Cuadro A.4

### Consolidado de profesiones y distribución de profesiones del área de la salud

Profesión	Total	%	Profesiones área salud	Total	%
Área de la salud	112	35	Médicos	25	22
Administradores	73	23	Odontólogos	27	24
Economista	22	7	Enfermeras	24	21
Abogados	19	6	Bacterióloga	12	11
Contador público	19	6	Sicólogo	9	8
Ingeniero de sistemas	25	8	Terapeutas	5	4

Continúa en la siguiente página

Profesión	Total	%	Profesiones área salud	Total	%
Trabajadora social	20	6		10	9
Ingeniero industrial	8	3		112	100
otros ingenieros	5	2			
otras profesiones	14	4			
	317	100			

En cuanto a técnicos y tecnólogos, los tecnólogos en sistemas representan la formación más frecuente en la gestión, especialmente en el ámbito local.

### Cuadro A.5 Consolidado de profesiones técnicas y bachilleres

Técnicos y tecnólogos	Total
Analista en sistemas	5
Técnico	1
Técnico administrador servicios de salud	2
Técnico auxiliar de enfermería	1
Técnico contable	1
Técnico en contabilidad y sistemas	1
Técnico en enfermería	1
Técnico en mercadotecnia	1
Técnico en sistemas	25
Técnico financiero y contable	1
Técnico obras civiles	1
Técnico profesional en procedimientos judiciales	1
Tecnóloga administración de empresas	1
Tecnóloga agropecuaria	1
Tecnóloga en producción agropecuaria	1
Tecnólogo en administración financiera	1
Tecnólogo en administración pública	1
Auxiliar de sistemas	1
Mantenimiento de computadores	1
Secretaria	2
<b>Total</b>	<b>50</b>
<b>Bachilleres</b>	<b>Total</b>
Bachiller	19
Bachiller académico	2
Bachiller comercial	1

Continúa en la siguiente página

Técnicos y tecnólogos		Total
<b>Total</b>		22
<b>Otros</b>		<b>Total</b>
Contaduría pública - IX semestre		1
No graduado		1
Sin dato		104
<b>Total</b>		<b>106</b>
<b>Gran total</b>		<b>495</b>

## 2. Perfil de los participantes de las direcciones departamentales de salud

De los 495 participantes, 129 correspondieron a servidores públicos que laboran en las 27 direcciones departamentales de salud. La única dirección de salud que no participó fue la de Arauca porque se encontraba en proceso de reestructuración durante la ejecución del proyecto. El mayor número de servidores públicos capacitados en San Andrés se explica por el hecho de que fueron capacitados servidores de las distintas áreas del departamento, dado que los altos costos de desplazamiento impedían su asistencia Barranquilla, por lo que la Universidad del Norte abrió una sede adicional en la isla a un grupo mayor.

El departamento que dispone de mayor número de servidores para la gestión del aseguramiento es Boyacá seguido por Antioquia.

El 82% de los servidores departamentales son profesionales y 12%, tecnólogos, mientras que en los municipios 71% son profesionales, 16% tecnólogos y 7% bachilleres.

Gráfico 1

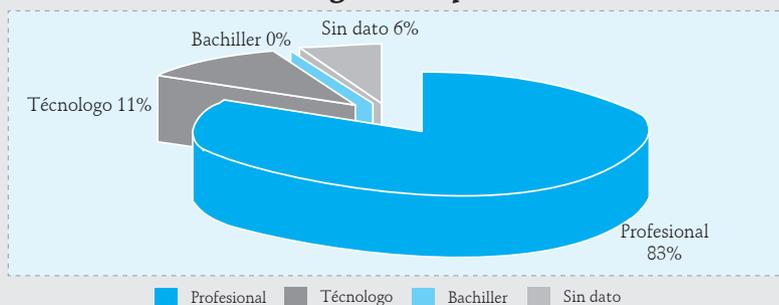
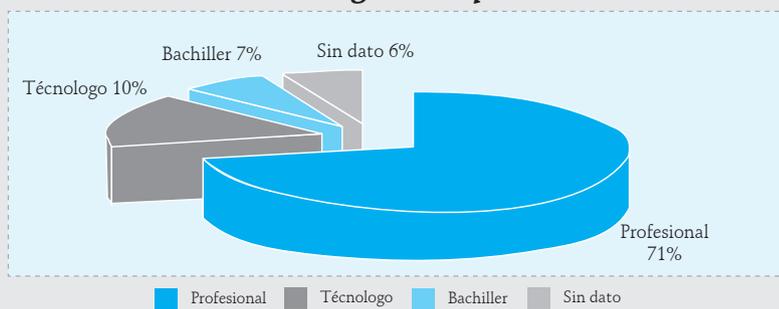
**Perfil servidores departamentales participantes en la estrategia de capacitación**

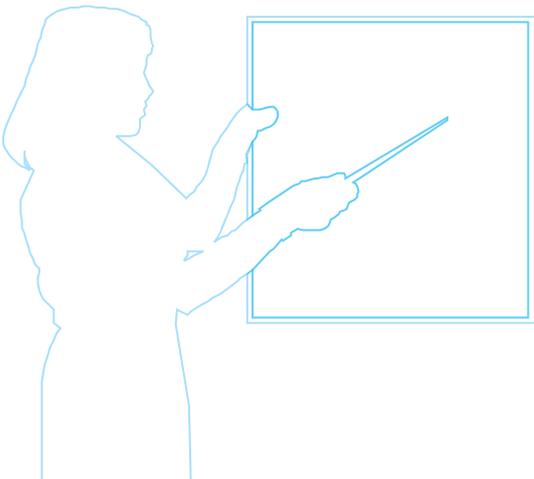
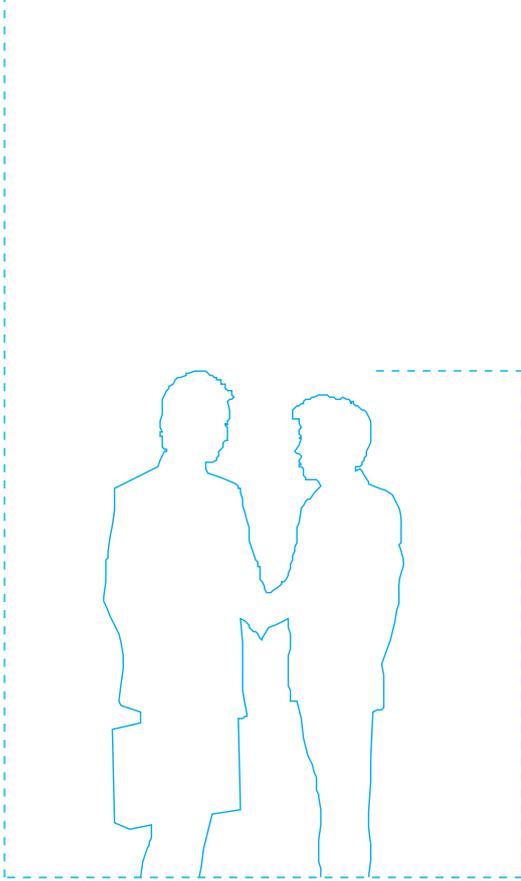
Gráfico 2

**Perfil servidores municipales participantes en la estrategia de capacitación**





## Tabla de cuadros y gráficos



# Tabla de cuadros y gráficos

## Cuadros

### Capítulo I

1.2 Cobertura del proyecto	37
----------------------------	----

### Capítulo 2

2.1 Cobertura del Proyecto Zona Centro Universidad Nacional de Colombia	42
2.2 Cobertura del Proyecto Zona Costa Atlántica y Santanderes Universidad del Norte	43
2.3 Cobertura del Proyecto Zona Noroccidente Corporación Calidad - Consultoría I Gestio	44
2.4 Cobertura del Proyecto Zona Suroccidente Pontificia Universidad Javeriana	45
2.5 Total municipios por zona y categoría	46
2.1 Participación de municipios por categoría	46
2.6 Participación de municipios por categoría	47
2.7 Municipios adicionales participantes en los diplomados	47
2.8 Componentes del modelo de asistencia técnica	53
2.9 Estrategias del modelo de asistencia técnica	54
2.10 Instrumento de evaluación del proceso de identificación, selección y priorización	57
2.11 Problemas del proceso de identificación, selección y priorización en municipios del proyecto. Enero - febrero de 2005	60
2.12 Problemas en el proceso de afiliación Diciembre de 2005 a febrero de 2006	61
2.13 Problemas del proceso de contratación Diciembre de 2005 a febrero de 2006	63
2.14 Problemas en el proceso de gestión financiera de recursos Diciembre de 2005 a febrero de 2006	65
2.15 Problemas en los procesos departamentales Diciembre de 2005 a febrero de 2006	66
2.16 Elabore el plan de mejoramiento para cada actividad en la que obtuvo puntaje I ó 0	71
2.17 Participación en diplomados por sedes	73
2.18 Contenido diplomados en gestión municipal	75

2.19 Municipios con calificaciones inferiores al 50% en la evaluación <i>ex post</i>	82
2.20 Municipios con mejoramiento según evaluación inicial y final superior a 70%	83

### Capítulo 3

3.1 Componente de evaluación participativa	96
3.2 Formato único de registro individual de quejas, reclamos o sugerencias	99
3.3 Indicadores técnicos de desempeño	102
3.4 Indicadores de población	104
3.5 Estructura poblacional por edad y género	105
3.6 Indicadores de mortalidad	105
3.7 Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes	106
3.8 Indicadores de morbilidad	106
3.9 Principales causas de egreso hospitalario	107
3.10 Principales causas de consulta externa	107
3.11 Factores de riesgo	107
3.12 Cobertura de servicios públicos	108
3.13 Coberturas de vacunación	108
3.14 Criterios de selección del municipio	109
3.15 Tabla de ponderación de criterios de selección del municipio piloto	110
3.16 Sistema de evaluación territorial. Municipios participantes	111
3.17 Características de los municipios seleccionados	112
3.18 Actores municipales comprometidos en el proceso	113
3.19 Evaluación participativa	119
3.20 Obtención de datos de indicadores técnicos de desempeño	127
3.21 Obtención de datos de indicadores básicos de salud	128

### Capítulo 4

4.1 Evolución de los recursos por fuente de financiación en la contratación. RS	163
---	-----

### Anexos

A.1 Total personas capacitadas, consolidado por zona y departamento (incluye municipios adicionales)	227
A.2 Cargos de participantes de proyecto Asistencia técnica	227
A.3 Profesión de participantes del proyecto Asistencia técnica	229
A.4 Consolidado de profesiones y distribución de profesiones del área de la salud	230
A.5 Consolidado de profesiones técnicas y bachilleres	231

## Diagramas

### Capítulo 3

3.1	Mapa general del sistema de evaluación territorial (SET)	92
3.2	Mapa general del sistema de evaluación territorial (SET)	96

### Capítulo 4

4.1	Mapa del proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios. Régimen subsidiado de salud (RS)	144
4.2	Mapa general del proceso de afiliación de beneficiarios. RS	150
4.3	Mapa general del proceso de contratación. RS	158
4.4	Mapa del proceso gestión municipal de recursos. RS	167
4.5	Mapa general de los procesos departamentales. RS-s	170
4.6	Mapa general del proceso de asistencia técnica a municipios. Gestión RS	173
4.7	Mapa general del proceso de gestión del sistema de información departamental del régimen subsidiado de salud. RS-s	176
4.8	Mapa general del proceso financiero departamental. RS-s	178
4.9	Mapa general del proceso de inspección, vigilancia y control gestión municipal. RS-s	181
4.10	Mapa general de los procesos nacionales. RS-s	186
4.11	Sistema general de participaciones. Distribución por usos y competencias entre entidades territoriales	188
4.12	Mapa general del proceso de gestión financiera	97

## Gráficos

### Capítulo 4

4.1	Evolución de la afiliación al RS-s 1998-2006	147
4.2	Participación por tipo de EPS-RS en la contratación 2006 RS-s Corte a octubre de 2006 (en porcentajes)	155
4.3	Evolución del porcentaje de participación de las fuentes de financiación en la contratación	163

### Anexos

1	Perfil servidores departamentales participantes en la estrategia de capacitación	233
2	Perfil servidores municipales participantes en la estrategia de capacitación	233

**Asistencia técnica**

Se terminó de imprimir en agosto de 2007,  
en los talleres de Impresol Ediciones Ltda.

PBX: 571 - 250 8244

[impresol@gmail.com](mailto:impresol@gmail.com)

Bogotá - Colombia