



Nuestro deber es con la gente



**Como servidores públicos
hacemos las cosas bien**



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

EL MODELO
DE
ASISTENCIA
TECNICA

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO II	4
1. EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN LA GESTIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.....	4
2. FASES DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO.....	4
2.1 PRIMERA FASE.....	5
2.1.1 <i>Definición del modelo de asistencia técnica</i>	<i>5</i>
2.1.2. <i>La estrategia Comunicacional.....</i>	<i>12</i>
2.1.3 <i>La estandarización de los procesos de gestión del Régimen subsidiado de salud en los diferentes niveles, municipal, departamental y nacional.</i>	<i>21</i>
2.1.4. <i>Estandarización de los Procesos municipales de gestión del Régimen Subsidiado de Salud</i>	<i>22</i>
a. <i>Proceso de selección y priorización de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud</i>	<i>24</i>
b. <i>Proceso de afiliación.....</i>	<i>29</i>
c. <i>Proceso de Contratación.....</i>	<i>34</i>
d. <i>El proceso de gestión financiera municipal de recursos del régimen subsidiado de salud</i>	<i>41</i>
2.1.5 <i>Estandarización de los procesos departamentales de gestión del Régimen Subsidiado de Salud</i>	<i>48</i>
a. <i>Proceso de asistencia técnica a los municipios en la gestión del Régimen Subsidiado de Salud</i>	<i>52</i>
b. <i>Proceso de Gestión del sistema de información del Régimen Subsidiado</i>	<i>53</i>
c. <i>Proceso de Gestión Financiera Departamental del Régimen Subsidiado de Salud</i>	<i>53</i>
d. <i>Proceso de Inspección, vigilancia y control al Régimen Subsidiado de salud</i>	<i>54</i>
2.1.6 <i>Estandarización de los procesos nacionales.....</i>	<i>56</i>
a. <i>Procesos de Gestión Financiera del Orden Nacional.....</i>	<i>60</i>
b. <i>Proceso de Gestión de la Información del nivel nacional.....</i>	<i>68</i>
c. <i>Proceso Asistencia Técnica del nivel nacional.....</i>	<i>69</i>
2.2 SEGUNDA FASE:	70
2.2.1 <i>Resultados del diagnóstico inicial de la gestión y operación del Régimen Subsidiado de Salud</i>	<i>70</i>
2.2.2 <i>Instrumentos de autodiagnóstico por proceso:</i>	<i>71</i>
2.2.3 <i>Principales problemas del proceso de identificación, selección y priorización.....</i>	<i>73</i>

2.2.4 Estrategia de capacitación	83
2.2.5 Plan de mejoramiento y seguimiento.....	92
2.2.6 Asistencia Directa a municipios y departamentos o estrategia de facilitación en terreno	96
2.2.7 Visitas de seguimiento por parte de los consultores del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud	97
2.2.8 Modelo operativo de Inspección, Vigilancia y Control territorial del Régimen Subsidiado	99
2.3 TERCERA FASE:	106
2.3.1 Socialización de los resultados	106
2.3.2 Evaluación del grado de mejoramiento en la cualificación y adquisición de las destrezas, conocimientos y manejo conceptual y operativo por parte de los servidores territoriales que ejercen las funciones operativas del Régimen Subsidiado en los municipios seleccionados.....	106
2.4 CUARTA FASE	109

1. EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE ASISTENCIA TÉCNICA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD INSTITUCIONAL DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES EN LA GESTIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Una vez terminada la fase de diseño, concurso y contratación de las firmas, se inicia a finales de 2004 el programa de asistencia técnica compuesto por 5 proyectos que inician simultáneamente bajo la coordinación y dirección técnica de los consultores de transferencia de la línea de proyecto, a cargo de quienes estuvo el diseño, negociación, proceso de concurso y de contratación en coordinación con el Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Proyectos para el Desarrollo - FONADE.

2. FASES DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO

La ejecución del proyecto se llevó a cabo en cuatro fases así:

- **Primera Fase:** selección de los municipios, definición de estrategias de asistencia técnica y la estandarización de los procesos de gestión del Régimen Subsidiado de Salud en el municipio, preparación del material educativo, la Caja de Herramientas para la gestión municipal del Régimen Subsidiado de Salud
- **Segunda Fase:** diagnóstico inicial, identificación de los principales problemas de gestión por proceso, selección de los participantes capacitación en diplomados, seguimiento en terreno a la elaboración y ejecución de los planes de mejoramiento.
- **Tercera Fase:** socialización de avances y resultados y evaluación y transferencia al Ministerio de la Protección Social de las recomendaciones y resultados.
- **Cuarta fase: consolidación de la experiencia,** actualización de la Caja de Herramientas en su segunda versión que contiene los instrumentos unificados para el autodiagnóstico y el plan de mejoramiento, propuesta normativa de consolidación en un solo cuerpo normativo los acuerdos que reglamentan la gestión municipal del Régimen Subsidiado de Salud.

2.1 PRIMERA FASE

Tuvo una duración de 4 meses aproximadamente durante los cuales las firmas contratadas trabajaron simultáneamente en la definición del modelo pedagógico, la estandarización de los procesos de gestión del Régimen Subsidiado, la propuesta para la selección de los municipios para cada zona y la estructuración de la estrategia comunicacional.

2.1.1 Definición del modelo de asistencia técnica

- El concepto de Asistencia Técnica

La Asistencia Técnica como estrategia de acercamiento de las políticas públicas a las instituciones, puede definirse 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."¹

Otra definición, 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, vía fax o consultas presenciales, sobre los distintos aspectos legales, de operación y de los procesos y procedimientos, y de la aplicación de los mismos².

Como marco para la contratación del proyecto de "Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del Régimen Subsidiado" (PARS 2004-2006, la asistencia técnica es el fortalecimiento del conocimiento, habilidades, destrezas y capacidades técnicas presentes en los Municipios y Departamentos a través de sus servidores. Conlleva igualmente, el intercambio de experiencias y conocimientos entre los entes territoriales. A la par y

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

consecuentemente, acarrea el cambio de Actitudes de los servidores públicos frente a la gestión ³.

Por último, el Ministerio de la Protección Social ha definido 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 que incluyen talleres, asesorías, reuniones, conceptos escritos, suministro de tecnología blanda y/o dura, conferencias, o una combinación de las anteriores, entre otras.”⁴

El mismo documento, señala las características de la asistencia técnica que contribuyen a su efectividad y validez:

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

Centrada en la Calidad: En cuanto a los contenidos, oportunidad, eficacia y eficiencia.

Centrada en el Producto: La cual debe contener objetivos específicos definidos claramente. Los cuales incluyen seminarios, talleres, mesas de trabajo, servicios de consulta y asesoría, bien sea institucional, sectorial, territorial, regional, nacional e internacional.

Centrada en los 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.

Centrada en la 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

³ Amaya, Valdivieso, María Heidi, Cobo Ramírez, Carlos V., Adaptado ACERCAMIENTO CONCEPTUAL A LA “ASISTENCIA TÉCNICA”, 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.

ello, las personas que brinden la asistencia técnica además de tener el conocimiento o 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.

Centrada en la Coordinación y Concertación: Asesorar con la participación activa y eficiente del otro, para conseguir un resultado que satisfaga ambas partes.

Centrada en la Cooperación y articulación: El trabajo solidario e integrado para dar respuesta a una solicitud, como el aprovechamiento de los recursos.

Centrada en la Información: Los procesos de asistencia Técnica, las direcciones territoriales o ministeriales, deben suministrar la información suficiente y oportuna para el desarrollo del proceso.

Centrada en la Integralidad: Responder a las necesidades en un conjunto, coherentes y no de manera fragmentada o parcial.

Centrada en el Trabajo en Equipo: Para la creación de los documentos técnicos y metodologías como en la preparación permanente de los integrantes del equipo.

Centrada en el Diálogo de Saberes: Ambas partes conocen realidades y tienen diferentes percepciones, el papel del asesor es integrar esas dos posiciones, para la construcción conjunta de saberes, partiendo de las necesidades del interlocutor, el análisis y adaptación de las propuestas.

Centrada en la 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 voluntad para cooperar con otras instancias de su mismo nivel.⁵

Para los municipios, la dependencia del nivel 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 el apoyo en la adquisición de habilidades,

⁵ Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Planeación y Análisis de la Política, Asistencia técnica Lineamientos. Agosto de 2006.

destrezas y capacidades técnicas indispensables en la gestión del Régimen Subsidiado de Salud

Adicionalmente, la asistencia técnica departamental debe aportar las herramientas que conduzcan a la implantación, fortalecimiento y consolidación de los procesos de gestión municipal del régimen subsidiado.⁶

Son componentes de la asistencia técnica, la capacitación, el asesoramiento y el acompañamiento, entendidos como un proceso continuo de mutuo apoyo orientados **al logro de resultados concretos** que aporten al mejoramiento de la gestión que realizan los servidores públicos con el objeto de lograr avance en la eficiencia y eficacia de la prestación del servicio público de salud.

La capacitación: tiene como objetivo, proporcionar los conocimientos que le permitan al servidor público, tal como lo determina la política de formación para el aprendizaje del SENA que le permitan “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 público⁷ .

El asesoramiento, que significa opinar, aconsejar y advertir sobre la forma de gestión del Régimen subsidiado, en respuesta a las necesidades de los Municipios.

El acompañamiento, en el fortalecimiento de la capacidad de los Municipios en la gestión del Régimen subsidiado, que tiene que ver con el apoyo directo orientado a la solución de dificultades, a través de distintas estrategias, entre otras la atención en el mismo Municipio.

⁶ Adaptado del Departamento Nacional de Planeación, DNP, COMPONENTE DE CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA, 2005, Ley 715.

⁷ Servicio Nacional de aprendizaje ,SENA , Políticas de formación para el aprendizaje institucional

2.1.1.2 Los Componentes y estrategias del modelo de asistencia técnica: la propuesta del proyecto

Como primera obligación contractual las 4 firmas debería definir el modelo de Asistencia Técnica para el Mejoramiento de la Gestión Institucional del Régimen Subsidiado.

Las cuatro firmas contratadas presentaron un modelo que cumplía con los términos de referencia y el pedido de propuesta. la gran oportunidad de participar.

Los términos de referencia de alguna manera implicaban la realización de las obligaciones mínimos, y en este sentido las firmas se diferenciaron en los énfasis en los contenidos desarrollados en los diplomados, en el modelo de acompañamiento y en el diseño de los instrumentos para la elaboración del autodiagnóstico inicial y los planes de mejoramiento.

Las cuatro firmas tuvieron que capacitar a sus facilitadores locales, de tal forma que en el proyecto participaron más de 30 consultores, entre los directivos y expertos de cada proyecto y los facilitadores locales. Podríamos decir que el resumen consolidado que a continuación se presenta, es el fruto de la experiencia colectiva de todos los que tuvimos

En la siguiente tabla se observan de manera consolidada los principales componente y estrategias desarrolladas por las 4 firmas en las 4 zonas de influencia estructurándose así la propuesta del modelo de asistencia técnica:

- LOS COMPONENTES DEL MODELO DE ASISTENCIA TÉCNICA

<p>1.) El Diagnósticos situacional del Régimen Subsidiado de Salud</p> <ul style="list-style-type: none">- 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<ul style="list-style-type: none">o Diagnóstico de competenciaso Validación de los resultados de los diagnósticoso Identificación de centros de intervencióno Presentación de los resultados del autodiagnóstico a las autoridades municipales.
<p>2). La formulación y desarrollo del plan de mejoramiento por procesos</p> <p>Los planes de mejoramiento se concibieron como el conjunto de estrategias y actividades tendientes a fortalecer las debilidades en estructura y procesos de gestión territorial del RSS, con miras a consolidar un sistema territorial de salud que le</p>

permita a los ciudadanos acceder a mejores condiciones de salud y calidad de vida. Las cuatro firmas desarrollaron instrumentos e instructivos. 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). El proceso de capacitación:

- De común acuerdo con la coordinación del proyecto, las cuatro firmas propusieron y desarrollaron un programa de capacitación según lo previsto en el proyecto, estructurando un "Diplomado", con el objeto de que además de mejorar conocimientos y habilidades, sirviera de incentivo para los servidores públicos territoriales. El diplomado estuvo dirigido a los servidores públicos, directivos y operativos, que tienen a su cargo la gestión del régimen subsidiado tanto en los municipios como servidores de los departamentos seleccionados.
- El diplomado tuvo como objetivo brindar los elementos conceptuales y las herramientas metodológicas necesarias para diseño, desarrollo y evaluación de planes de mejoramiento de la gestión institucional del Régimen Subsidiado a nivel 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 GESTION MUNICIPAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD", producto del trabajo integrado de las 5 firmas.
- Las cuatro firmas certificaron a los participantes.

4). El acompañamiento directo a municipios y departamentos

- Cada firma contó con facilitadores por departamento, en promedio uno por cada 5 a 7 municipios, dependiendo de la dispersión geográfica, y estos a su vez coordinados por un consultor principal del proyecto.
- Los facilitadores acompañaron la elaboración del diagnóstico inicial, el seguimiento a los planes de mejoramiento, y a la evaluación.
- Los facilitadores participaron en el diplomado.
- En muchas de estas visitas se contó con la presencia de los interventores, lo cual se valoró como positivo por parte de los municipios y departamentos quienes sentían la presencia del Ministerio de la Protección Social.

5). Visitas de seguimiento e interventoría por parte de los consultores del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud

Durante todo el desarrollo del proyecto, los consultores de la línea de proyecto y además interventores participaron de las diferentes actividades y realizaron el seguimiento y acompañamiento a las cinco firmas.

- LAS ESTRATEGIAS

1). Estandarización y validación de los procesos municipales y departamentales del Régimen Subsidiado

- Las 4 firmas trabajaron simultáneamente en la estandarización y validación de los

<p>procesos municipales y departamentales bajo la coordinación del grupo de consultores del PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los manuales fueron validados con un grupo de servidores públicos seleccionadas del nivel nacional, departamental y municipal, los procesos y procedimientos levantados, así como los instrumentos técnicos identificados. - Los procesos departamentales y nacionales fueron estandarizados validados en su versión inicial por servidores públicos. - La coordinación el proyecto hizo entrega de los contenidos para la producción del material educativo necesario para el proceso de Asistencia Técnica y acompañó el diseño, edición y publicación con la firma contratada para tal fin.
<p>2) Producción de el material educativo para la capacitación, reentrenamiento y asistencia técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> - La firma contratada para la estrategia comunicacional diseñó y produjo 1200 copias de la CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA GESTION MUNICIPAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD", material unificado que se utilizó en la estrategia de capacitación y que además fue entregada a todos los municipios del país. - Se diseñó una página para difundir los resultados con acceso desde la página web del Ministerio de la Protección Social
<p>3). Diplomado en Gestión del Régimen Subsidiado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Su plan académico se fundamentó en la dinámica del desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en la gestión territorial con base en las competencias (nación, departamentos, distritos y municipios) de los procesos esenciales del Régimen Subsidiado. - Los contenidos temáticos responden 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. - Durante el diplomado se utilizó además para agenciar actividades de: <ul style="list-style-type: none"> a) La gestión de los procesos esenciales del Régimen Subsidiado de Salud a nivel territorial b) validación del los diagnósticos situacionales de la gestión territorial del Régimen Subsidiado a nivel de cada uno de los departamentos y municipios, c) formulación de los respectivos planes de mejoramiento, d) la implementación de los procesos y procedimientos esenciales, y, e) seguimiento y control de los cambios operados luego de implementar los planes. - Se llevaron a cabo 13 diplomados en forma simultánea en diferentes ciudades con base en la regionalización.
<p>4).Asesoría y Acompañamiento a municipios y departamentos, en el Diagnóstico inicial y La formulación y el desarrollo del plan de mejoramiento por proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personalizada a través de visitas de acompañamiento y asesoría con un equipo multidisciplinario de profesionales de la firma y servidores públicos de nivel 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.
<p>5) Socialización de resultados</p> <p>A través de mínimo dos eventos por zona, y de un evento nacional final, se</p>

socializaron los avances y resultados del proyecto , con la participación de los municipios seleccionados y de los municipios que autofinanciando su participación pudieron asistir.

6) Metodología para la evaluación del grado de desarrollo alcanzado

- La evaluación del fortalecimiento de la gestión del régimen subsidiado en las entidades territoriales lograda a través del proyecto, se llevo a cabo, a través de un diagnostico final, con los instrumentos iniciales, lo que permitió realizar un análisis sobre los cambios en las brechas cuantitativas de gestión, comparando la línea base de diagnóstico inicial con la medición final. En los resultados obtenidos se podrá observar, como en los municipios, se lograron cerrar en gran porcentaje la mayoría de las brechas

7) La transferencia de resultados al Ministerio de la Protección Social:

- A través de las reuniones del comité de transferencia, los consultores informaron de los avances y resultaos del proyecto y se aprobaron los diseños y contenidos de la estrategia comunicacional.
- Las dificultades nacionales en la gestión del RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD ocuparon a los servidores del nivel nacional, imposibilitando una mejor participación en la ejecución del proyecto.

2.1.2. La estrategia Comunicacional

Las acciones de Comunicación se encaminaron a posicionar en la esfera de lo público, el Régimen Subsidiado de Salud, como una posibilidad de aseguramiento en salud que garantiza la aplicación de un derecho en términos de calidad y oportunidad, apoyando la construcción de ciudadanía y el fortalecimiento de la democracia y en los servidores públicos como una estrategia de mejoramiento institucional a través del cual se fortalece la prestación eficiente del servicio público de salud.

Componentes de la estrategia comunicacional:

- **Dramatizado:** video de 43 minutos de duración. Es el núcleo base sobre el cual se construyó la propuesta de comunicación, promueve el conocimiento y apropiación del régimen subsidiado por parte de servidores públicos y ciudadanos. En el dramatizado un servidor es el protagonista. En cuatro episodios del dramatizado se ve enfrentado a las más variadas situaciones relacionadas con la gestión de los procesos de gestión municipal del Régimen Subsidiado de Salud, que lo ponen frente a retos dramáticos de la vida que enfrenta a diario. Los temas, que fueron elegidos entre las cuatro firmas y el Ministerio de la Protección Social son problemas a los que se ven enfrentados los servidores en su cotidiana gestión.

- **Afiches:** se realizaron 3 referencias técnicas dos dirigidas a servidores públicos y una dirigida a los usuarios) que mencionan la labor eficiente del servidor público y los derechos ciudadanos.
- **Página WEB del proyecto:** inicialmente en el dominio www.sirius.com.co/derecho_asegurado_posteriormente link a la página del proyecto desde la página oficial del en el Ministerio de la Protección Social. El hosting definitivo de la página del proyecto fue: www.derechoasegurado.net.
- **Logo y slogan del proyecto:** una vez validadas las propuestas la dirección general de aseguramiento aprobó el slogan : REGIMEN SUBSIDIADO DERECHO ASEGURADO y como logo el siguiente:



- **CD-Rom: diseñado de tal forma que** trae a los personajes del video y esta vez como guías de la navegación y el uso de las informaciones. Contiene los procesos estandarizados y el marco normativo completo.



- **La caja de herramientas:** la firma realizó una propuesta de manual para lo cual presentó un diseño. En la “caja” incluyeron: el manual de procesos impreso, el cd multimedia, tres afiches unos por cada referencia y un cassette de VHS con el video. Se produjeron 1200 ejemplares de la caja de herramientas, que fueron entregados mediante oficio a las 32 direcciones departamentales de salud, quienes a su vez se encargaron de la remisión a la totalidad de municipios del país.

PRODUCTO	CANTIDAD
Video 43' (4 historias cortas)	1200 unidades en formato VHS
3 diseños de Afiches (c/ u 1200)	3600
CD-Multimedia	1200
Caja de Herramientas	1200

El evento de lanzamiento del proyecto: como escenario de reconocimiento en tanto el funcionario y el ciudadano reciben un mensaje. El performance de lanzamiento se construyó alrededor de los servidores públicos que entienden al usuario del Régimen Subsidiado como el gran protagonista.

- **Acompañamiento y difusión** en las cuatro zonas de influencia del proyecto, se contó en la primera fase con un comunicador encargado

de la difusión, validación de los materiales y de realizar reportajes e informes APRA la página web.

2.2.1 La Metodología para la selección de los municipios objeto de la asistencia técnica.

Los municipios debían proponer una metodología para seleccionar los 25 o 20 para el caso de la zona centro, teniendo en cuenta su área de influencia y que tuvieran representación por categoría sobre el total de municipios de la zona, que fuera factible cubrir dados los costos de desplazamiento y que pudieran en un futuro ser centros de referencia y cooperación con otros municipios de la región. Para la selección de los municipios objeto de la asistencia técnica, las firmas presentaron una propuesta metodológica que contenía en todos los casos al menos los siguientes criterios:

- Categoría del Municipio
- Población total del Municipio
- Población cabecera municipal y Población resto del municipio
- Población del Régimen Subsidiado del Municipio
- Nivel de Necesidades Básicas Insatisfechas del municipio.
- 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 la secretaría de salud de Cali y Pasto fueron incluidos en los diplomados. La única ciudad intermedia, capital, que no fue seleccionada fue Pereira.

Una vez⁸ aplicados los criterios a las diferentes regiones por departamento se obtuvo la siguiente selección de 99 municipios los cuales fueron visitados y convocados a participar durante 16 meses en el proyecto:

⁸Para conocer la metodología utilizada por cada firma favor consultar los informes finales de las firmas,

El primer grupo de municipios, de la zona centro a cargo de la Universidad Nacional de Colombia- CID, tendría como sedes de coordinación y capacitación las ciudades de Tunja y Bogotá.

Tabla 1 Cobertura del proyecto Zona Centro, contratista: Universidad Nacional de Colombia

No.	CONTRATISTA	DEPARTAMENTOS	MUNICIPIO	CATEGORIA 2004
1	U.NACIONAL	ARAUCA	ARAUCA	4
2	U.NACIONAL	BOYACA	AQUITANIA	6
3	U.NACIONAL	BOYACA	BELEN	6
4	U.NACIONAL	BOYACA	CHIQUINQUIRA	6
5	U.NACIONAL	BOYACA	MONIQUEIRA	6
6	U.NACIONAL	BOYACA	RAMIRIQUI	6
7	U.NACIONAL	BOYACA	RAQUIRA	6
8	U.NACIONAL	BOYACA	SOGAMOSO	4
9	U.NACIONAL	BOYACA	TUNJA	2
10	U.NACIONAL	CASANARE	YOPAL	3
11	U.NACIONAL	CUNDINAMARCA	CACHIPAY	6
12	U.NACIONAL	CUNDINAMARCA	FACATATIVA	3
13	U.NACIONAL	CUNDINAMARCA	GIRARDOT	3
14	U.NACIONAL	CUNDINAMARCA	LA MESA	6
15	U.NACIONAL	CUNDINAMARCA	TABIO	6
16	U.NACIONAL	CUNDINAMARCA	TOCAIMA	6
17	U.NACIONAL	CUNDINAMARCA	UBATE	6
18	U.NACIONAL	CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRA	4
19	U.NACIONAL	META	RESTREPO	6
20	U.NACIONAL	META	VILLAVICENCIO	2

El segundo grupo de municipios , de la zona costa Atlántica y Santanderes, estuvo a cargo de la Universidad del Norte, y tuvo como sedes de coordinación y capacitación las ciudades de Barranquilla y Bucaramanga.

Tabla 2 Cobertura del proyecto Zona Costa Atlántica y Santanderes, contratista Universidad del Norte

No.	CONTRATISTA	DEPARTAMENTOS	MUNICIPIO	CATEGORIA 2004
21	U. DEL NORTE	ATLANTICO	BARRANQUILLA	1
22	U. DEL NORTE	ATLANTICO	REPELON	5
23	U. DEL NORTE	ATLANTICO	SABANALARGA	6
24	U. DEL NORTE	ATLANTICO	TUBARA	6
25	U. DEL NORTE	BOLIVAR	ARJONA	6
26	U. DEL NORTE	BOLIVAR	CARTAGENA	1
27	U. DEL NORTE	BOLIVAR	MAGANGUE	6
28	U. DEL NORTE	BOLIVAR	SAN JUAN DE NEPOMUCENO	6
29	U. DEL NORTE	BOLIVAR	SANTA ROSA	6

30	U. DEL NORTE	CESAR	AGUACHICA	6
31	U. DEL NORTE	CESAR	AGUSTIN CODAZZI	4
32	U. DEL NORTE	CESAR	VALLEDUPAR	2
33	U. DEL NORTE	GUAJIRA	BARRANCAS	6
34	U. DEL NORTE	GUAJIRA	MAICAO	4
35	U. DEL NORTE	GUAJIRA	RIOHACHA	4
36	U. DEL NORTE	MAGDALENA	FUNDACION	6
37	U. DEL NORTE	MAGDALENA	SANTA MARTA	2
38	U. DEL NORTE	MAGDALENA	SITIONUEVO	4
39	U. DEL NORTE	MAGDALENA	TENERIFE	6
40	U. DEL NORTE	N. DE SANTANDER	ABREGO	4
41	U. DEL NORTE	N. DE SANTANDER	CHINACOTA	6
42	U. DEL NORTE	N. DE SANTANDER	CUCUTA	1
43	U. DEL NORTE	N. DE SANTANDER	PAMPLONA	6
44	U. DEL NORTE	SAN ANDRES	SAN ANDRES	3
45	U. DEL NORTE	SANTANDER	BARRANCABERMEJA	1
46	U. DEL NORTE	SANTANDER	BUCARAMANGA	1
47	U. DEL NORTE	SANTANDER	LEBRIJA	4
48	U. DEL NORTE	SANTANDER	SAN GIL	5

El tercer grupo de municipios, de la zona Noroccidente, estuvo a cargo de la UT Corporación Calidad – Consultoría y Gestió y tuvo como sedes de coordinación y capacitación las ciudades de Medellín y Bogotá.

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

Tabla 3 Cobertura del proyecto Zona Noroccidente: contratista Corporación Calidad – Consultoría I Gestió

No.	CONTRATISTA	DEPARTAMENTOS	MUNICIPIO	CATEGORIA 2004
49	UT CORP.CALIDAD	ANTIOQUIA	APARTADO	5
50	UT CORP.CALIDAD	ANTIOQUIA	BELLO	1
51	UT CORP.CALIDAD	ANTIOQUIA	LA CEJA	4
52	UT CORP.CALIDAD	ANTIOQUIA	SAN PEDRO DE LOS MILAGROS	6
53	UT CORP.CALIDAD	ANTIOQUIA	SOPETRAN	6
54	UT CORP.CALIDAD	ANTIOQUIA	VENECIA	6
55	UT CORP.CALIDAD	ANTIOQUIA	YARUMAL	6
56	UT CORP.CALIDAD	ANTIOQUIA	YOLOMBO	6
57	UT CORP.CALIDAD	CALDAS	MANIZALES	1
58	UT CORP.CALIDAD	CALDAS	NORCASIA	6
59	UT CORP.CALIDAD	CALDAS	RIOSUCIO	4
60	UT CORP.CALIDAD	CHOCO	CONDOTO *	6
61	UT CORP.CALIDAD	CHOCO	NUQUI	6
62	UT CORP.CALIDAD	CHOCO	QUIBDO	6

63	UT CORP.CALIDAD	CORDOBA	CHIMA	6
64	UT CORP.CALIDAD	CORDOBA	CIENAGA DE ORO	6
65	UT CORP.CALIDAD	CORDOBA	LORICA	6
66	UT CORP.CALIDAD	CORDOBA	MONTERIA	2
67	UT CORP.CALIDAD	QUINDIO	ARMENIA	2
68	UT CORP.CALIDAD	QUINDIO	CALARCA	4
69	UT CORP.CALIDAD	QUINDIO	QUIMBAYA	6
70	UT CORP.CALIDAD	RISARALDA	BELEN DE UMBRIA	6
71	UT CORP.CALIDAD	RISARALDA	DOSQUEBRADAS	1
72	UT CORP.CALIDAD	RISARALDA	LA VIRGINIA	4
73	UT CORP.CALIDAD	SUCRE	SINCELEJO	4
74	UT CORP.CALIDAD	SUCRE	TOLU	6

*inicialmente fue seleccionado el municipio de Itsmina.

El cuarto grupo de municipios, de la zona Suroccidente, estuvo a cargo de la Pontificia Universidad Javeriana -Cendex y tuvo como sedes de coordinación y capacitación las ciudades de Cali, Pasto y Neiva. Esta última ciudad fue alternada con Bogotá e Ibagué.

Tabla 4 Cobertura del proyecto Zona Suroccidente: contratista Pontificia Universidad Javeriana, sede Cali

No.	CONTRATISTA	DEPARTAMENTOS	MUNICIPIO	CATEGORIA 2004
75	U. JAVERIANA	CAQUETA	FLORENCIA	3
76	U. JAVERIANA	CAQUETA	PUERTO RICO	6
77	U. JAVERIANA	CAUCA	MERCADERES	6
78	U. JAVERIANA	CAUCA	POPAYAN	2
79	U. JAVERIANA	CAUCA	SANTANDER DE QUILICHAO	5
80	U. JAVERIANA	CAUCA	SILVIA	6
81	U. JAVERIANA	HUILA	GIGANTE	6
82	U. JAVERIANA	HUILA	NEIVA	2
83	U. JAVERIANA	HUILA	TELLO	6
84	U. JAVERIANA	HUILA	TERUEL	6
85	U. JAVERIANA	NARIÑO	CHACHAGUI	6
86	U. JAVERIANA	NARIÑO	IPIALES	4
87	U. JAVERIANA	NARIÑO	LA FLORIDA	6
88	U. JAVERIANA	NARIÑO	SAN BERNARDO	6
89	U. JAVERIANA	NARIÑO	TUMACO	4
90	U. JAVERIANA	NARIÑO	TUQUERRES	4
91	U. JAVERIANA	PUTUMAYO	SAN FRANCISCO	6
92	U. JAVERIANA	TOLIMA	ESPINAL	3
93	U. JAVERIANA	TOLIMA	FALAN	6
94	U. JAVERIANA	TOLIMA	IBAGUE	1
95	U. JAVERIANA	TOLIMA	VENADILLO	6

96	U. JAVERIANA	VALLE	CARTAGO	5
97	U. JAVERIANA	VALLE	DAGUA	6
98	U. JAVERIANA	VALLE	FLORIDA	5
99	U. JAVERIANA	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, Evaluación por proceso en 99 municipios, 2005

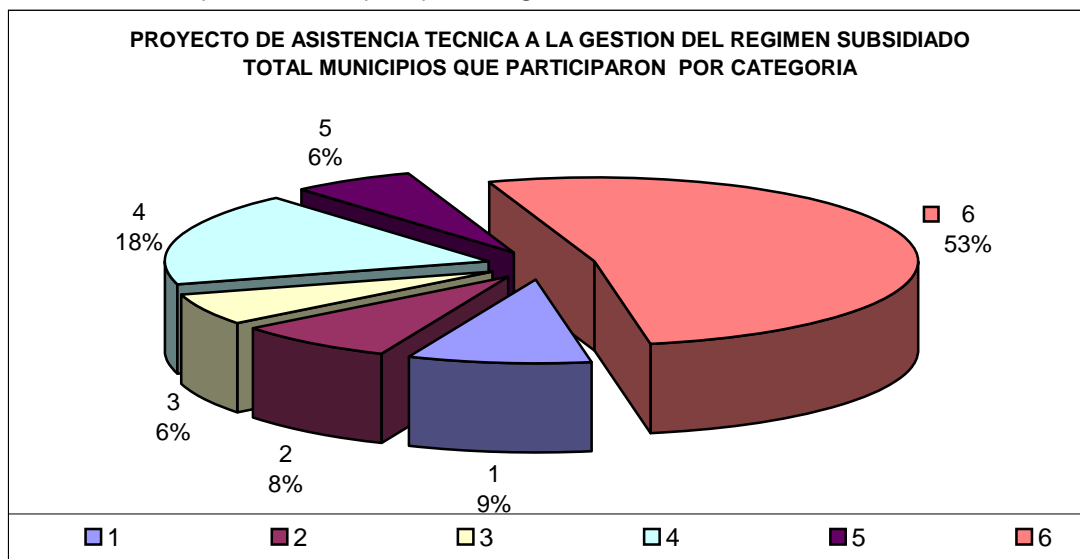
En forma consolidada, se puede observar la selección de los municipios objeto del proyecto.

Tabla 5 Total municipios por zona y categoría.

CATEGORIA	TOTAL MUNICIPIOS	PP008 CENTRO	PP009 COSTA ATLAN	PP010 NOCC	PP011 SUROCC
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
TOTAL	99	20	28	26	25

De los 99 municipios iniciales 58 corresponde a las categorías 5 y 6, los cuales representan a los municipios de menor tamaño y recursos del país.

Gráfico 1: Participación Municipios por categoría



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

Los 99 municipios seleccionados representan el 9.1% de los municipios del país, sin embargo los 58 más pequeños solo son el 5.8% de los 997 existentes en esta categoría en los 27 departamentos elegidos.

Tabla 6 Participación de los municipios por categoría en el proyecto de asistencia técnica.

CATEGORIA MUNICIPIOS	TOTAL MUNICIPIOS EN 27 DEPARTAMENTOS	PORCENTAJE (%) SOBRE TOTAL ELEGIBLES	TOTAL ELEGIDOS	PORCENTAJE (%) SOBRE TOTAL ELEGIDOS	PARTICIPACION 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%
Total municipios elegibles	1083	100.00%	99	100.00%	9.1%

- **Municipios adicionales**

Durante la fase de iniciación se recibieron múltiples solicitudes de municipios que querían ingresar al proyecto, las firmas acordaron recibir municipios adicionales los cuales participarían únicamente en la estrategia de capacitación de los diplomados. Los municipios adicionales fueron 13 para un total de 112 municipios en el proyecto .

En la siguiente tabla se pueden observar el listado de los municipios adicionales ,7 de los cuales corresponden a la zona suroccidente a cargo de la Universidad Javeriana y 4 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:

Tabla 7 Municipios adicionales que participaron en los diplomados.

No.	CONTRATISTA	DEPARTAMENTOS	MUNICIPIO	CATEGORIA 2004
1	U. NACIONAL	CASANARE	TAMARA	6
2	U. DEL NORTE	GUAJIRA	URIBIA	6
3	U. DEL NORTE	MAGDALENA	ARACATACA	6
4	U. DEL NORTE	ANTIOQUIA	BARBOSA	4
5	U. DEL NORTE	ANTIOQUIA	ENVIGADO	1
6	UT CORP. CALIDAD	RISARALDA	QUINCHIA	6
7	U. JAVERIANA	CAUCA	EL TAMBO	6
8	U. JAVERIANA	CAUCA	TIMBIO	6

9	U. JAVERIANA	NARIÑO	PASTO	2
10	U. JAVERIANA	NARIÑO	POTOSI	6
11	U. JAVERIANA	NARIÑO	SANTACRUZ	6
12	U. JAVERIANA	PUTUMAYO	MOCOA	6
13	U. JAVERIANA	VALLE DEL CAUCA	CALI	E

2.1.3 La estandarización de los procesos de gestión del Régimen subsidiado de salud en los diferentes niveles, municipal, departamental y nacional.

La elaboración de los manuales indicativos de procesos municipales, departamentales y nacionales se realizó con el objeto de fomentar y fortalecer el establecimiento de métodos, procesos y procedimientos que permitan articular los diferentes niveles en la gestión eficiente del Régimen Subsidiado de Salud, se desarrolló en los primeros cuatro meses de proyecto.

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 aprovechamientos de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, para general uniformidad en la labores, para facilitar el seguimiento y la evaluación, y para servir como punto de referencia de las actividades de autocontrol interno institucional.

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

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 serían la principal guía de trabajo en la capacitación prestada en los diplomado, en la elaboración del diagnóstico inicial y en el diseño e implementación de los planes de mejoramiento.

2.1.4. Estandarización de los Procesos municipales de gestión del Régimen Subsidiado de Salud

Los procesos de gestión municipal del Régimen Subsidiado de Salud fueron estandarizados por las cuatro firmas en su primera versión y validados con servidores públicos de los municipios objeto de la asistencia técnica. La segunda versión anexa, fue ajustada y actualizada por los consultores del proyecto, de tal forma que incluye los ajustes normativo con corte a abril 9 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.

El nivel nacional ha definido mediante normas las “reglas de administración del Régimen Subsidiado de Salud” , inicialmente en decreto 1895 de 1994, en el mismo año mediante el decreto 2491, Régimen de transición, del mismo año, que autorizó a las Direcciones Seccionales y Locales de Salud a ejercer las funciones de administración del régimen de subsidios, en la rectificación del decreto 2357 de 1995 y posteriormente en la forma y condiciones de su operación, definidas mediante acuerdos del CNSSS, en especial los acuerdos 23 de 1995, 77 de 1997, 244 de 2003, 294 de 2005 y sus múltiples acuerdos modificatorios.

En cumplimiento de las normas y de 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.

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

Del análisis anterior, especialmente, del acuerdo marco vigente, el 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 definir la metodología para el levantamiento, estandarización y validación de los procesos identificados, con servidor@s públicos de los municipios del proyecto. Bajo la coordinación del los consultores Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, las cuatro firmas definieron la metodología de trabajo, unificaron los instrumentos técnicos de conformidad con las funciones de cada nivel territorial y revisaron las normas vigentes.

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 su discusión y presentación de los resultados finales en un taller de trabajo a la Dirección General de Gestión de la Demanda y al Viceministro de Salud.

La tercera tarea fue la entrega de los contenidos aprobados a la firma contratada para el diseño de el material educativo necesario para adelantar la Asistencia Técnica, firma que presentó la propuesta de "CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA GESTION DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD", en su primera versión en impreso y medio magnético en un CD interactivo de fácil consulta para los usuarios.

Para cada uno de los cuatro macro procesos municipales 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

Los subprocesos identificados en el mapa de procesos contempla 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 permita 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”⁹.

La operación de cualquiera de los procesos o procedimientos definidos requieren que el municipio defina sus metas y objetivos frente a los mismos y los recursos físicos, financiero y humanos que sean necesarios incorporándolos en el plan de desarrollo, para garantizar su funcionamiento, seguimiento y mejoramiento a largo plazo y que el nivel nacional comprenda las dificultades operativas que sufren los municipios cada vez que se llevan a cabo ajustes normativos, por muy bien intencionados que estos sean, en la gestión local. La capacidad de respuesta de los municipios a los cambios normativos es lenta,

A continuación se presenta, un resumen de los cuatro procesos municipales, la versión completa se puede consultar en el CD anexo o CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA GESTION DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD.

a. Proceso de selección y priorización de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud

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, la afiliación y la contratación.

El proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios se basa en los proceso de focalización. La focalización, para la asignación de subsidios se constituye a su vez 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

⁹ Ley 872 de 2003 artículo 1º

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 de Salud, es una condición esencial, no sólo para la asignación adecuada de los recursos y para el logro de los mayores beneficios posibles, sino para corregir las situaciones de inequidad que aun prevalecen.

El Departamento Nacional de Planeación, DNP, a través del Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES Social 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 SISBEN, Sistema de identificación de Beneficiarios para los programas sociales.

Una vez establecidos los criterios de focalización, el Ministerio de la Protección Social define en los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) 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 el 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 1 del SISBEN. Posteriormente el acuerdo 77 de 1997 establece un orden y unos criterios de priorización que han venido siendo modificados por los diferentes acuerdos hasta la vigente según el acuerdo 331 de 2006.

Por último, la ley 1122 de 2007, en su artículo 14,¹⁰ organización del aseguramiento, define algunas reglas adicionales de operación del sistema, ratificando para el Régimen Subsidiado de Salud que las personas de los niveles I y II 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 I y II 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 el 90% de los niveles I y II del SISBEN y aplicará únicamente para las personas clasificadas en el nivel III.

¹⁰ Artículo 14, 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

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 disponible, adquieren el derecho a recibir del Estado un subsidio total o parcial que les permite su afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

Insumos y productos del proceso

El proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud tiene tres insumos principales: I) 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. II) la información recibida por parte de las instituciones responsables de los listados de personas identificadas con criterios "no SISBEN" o listados censales, y III) la base de datos única de afiliados al SGSSS o BDUA.

Con base en estos tres insumos, se da inicio a la integración y depuración de la base de datos única de potenciales beneficiarios – BDUPB, elaboración base de datos única de potenciales beneficiarios (BDUPB-RS) priorizada y actualización y depuración periódica de la base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud

El producto final de este proceso es entonces, la base de datos única de potenciales beneficiarios (BDUPB) priorizada, insumo del proceso de afiliación.

Descripción de los subprocesos

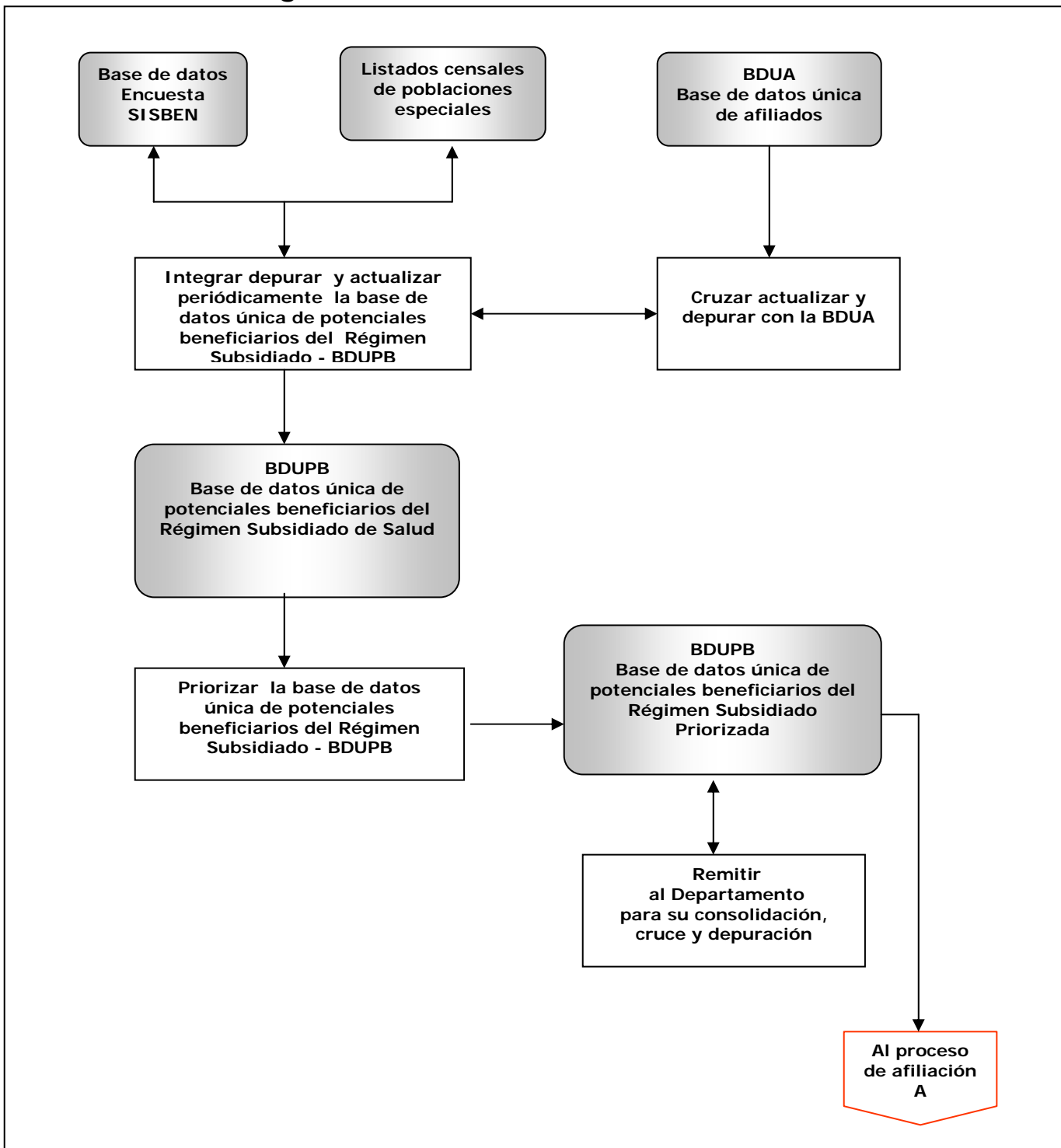
El proceso de Identificación, Selección y Priorización consta de tres subprocesos esenciales:

- Integración y depuración de la base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud BDUPB-RS. Tiene por objeto consolidar en un solo archivo magnético la base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud.

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 multifiliación.

- Priorización de la base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud (BDUPB-RS). Tiene por objeto aplicar los criterios de priorización definidos en las normas, para que las personas en situación de mayor pobreza y/o vulnerabilidad queden habilitadas para recibir los subsidios de salud, de acuerdo con la disponibilidad de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los procesos de ampliación de cobertura.
- Actualización y depuración periódica de la base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud BDUPB-RS. Tiene por objeto mantener actualizada la base de datos de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud.

Mapa del proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del Régimen Subsidiado de salud



b. 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 Colombia, en consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago¹¹.

El proceso de afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el que más cambios ha tenido durante la operación del Régimen Subsidiado de Salud, desde 1995.

Este proceso fue inicialmente de responsabilidad y competencia de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), (hoy EPS del Régimen Subsidiado de Salud, EPS-RS), tal como lo determinaban el Decreto 2357 de diciembre 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 parte de “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 del orden 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. El acuerdo 77 introdujo el concepto de **libre escogencia de ARS**¹², avanzó en la obligación de informar a los potenciales beneficiarios de su selección estableció criterios de priorización y prohibió explícitamente la asignación forzosa. Así mismo, este acuerdo determinó que las Alcaldías o Direcciones Locales de Salud, suministrarían a las Administradoras del Régimen Subsidiado inscritas y autorizadas en su territorio, en una misma fecha y hora¹³, 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

¹¹ Ley 100 de 1993, Artículo 153 numeral 2.

¹² Acuerdo 77 artículos 13 y 15.

¹³ Acuerdo 77 artículo 15 numeral 2.

para incentivar la 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.

Sólo a partir del **Acuerdo 244** del CNSSSS de 2003, el proceso de afiliación pasa a ser de responsabilidad y competencia del ente territorial del orden municipal en forma exclusiva. El acuerdo 244 refuerza y define el procedimiento de afiliación y las características para llevarla a cabo, determinando entre otros que: “ 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 (90) y treinta (30) 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 CNSSSS y en este sentido 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 a los nuevos beneficiarios para los procesos de ampliación.

Por último, la Ley 1122 de 2007, en sus ajustes a la organización del aseguramiento introduce algunos cambios a este proceso, entre ellos se encuentran, la denominación de ARS como EPS del Régimen Subsidiado, EPS-RS, la definición del concepto de aseguramiento y la determinación de afiliar a la población desplazada y desmovilizada cuyo financiamiento este 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.¹⁴ Finalmente establece en el parágrafo 1 del artículo 25 que “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.

Objetivo del proceso

¹⁴ Ley 1122 de 2007 literal (i) artículo 14

El proceso de afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, tiene por objetivo realizar la vinculación al aseguramiento en salud, de los potenciales beneficiarios priorizados. Para cumplir con este objetivo, la Entidad Territorial debe asegurar a los potenciales beneficiarios su derecho **a la libre y voluntaria** escogencia de EPS del Régimen Subsidiado de Salud, de su preferencia, la cual deberá cumplir las condiciones de: estar habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud, estar seleccionada para operar en la región y estar inscrita en el municipio.

A través de la libre elección los beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud y su núcleo familiar escogen la EPS que les garantizará 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 **base de datos de afiliados 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 adicionalmente 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 al Régimen Subsidiado de Salud cuando se presentan los casos definidos en las normas. (Actualmente, el Acuerdo 297 de 2005).

Insumos y productos del proceso de afiliación

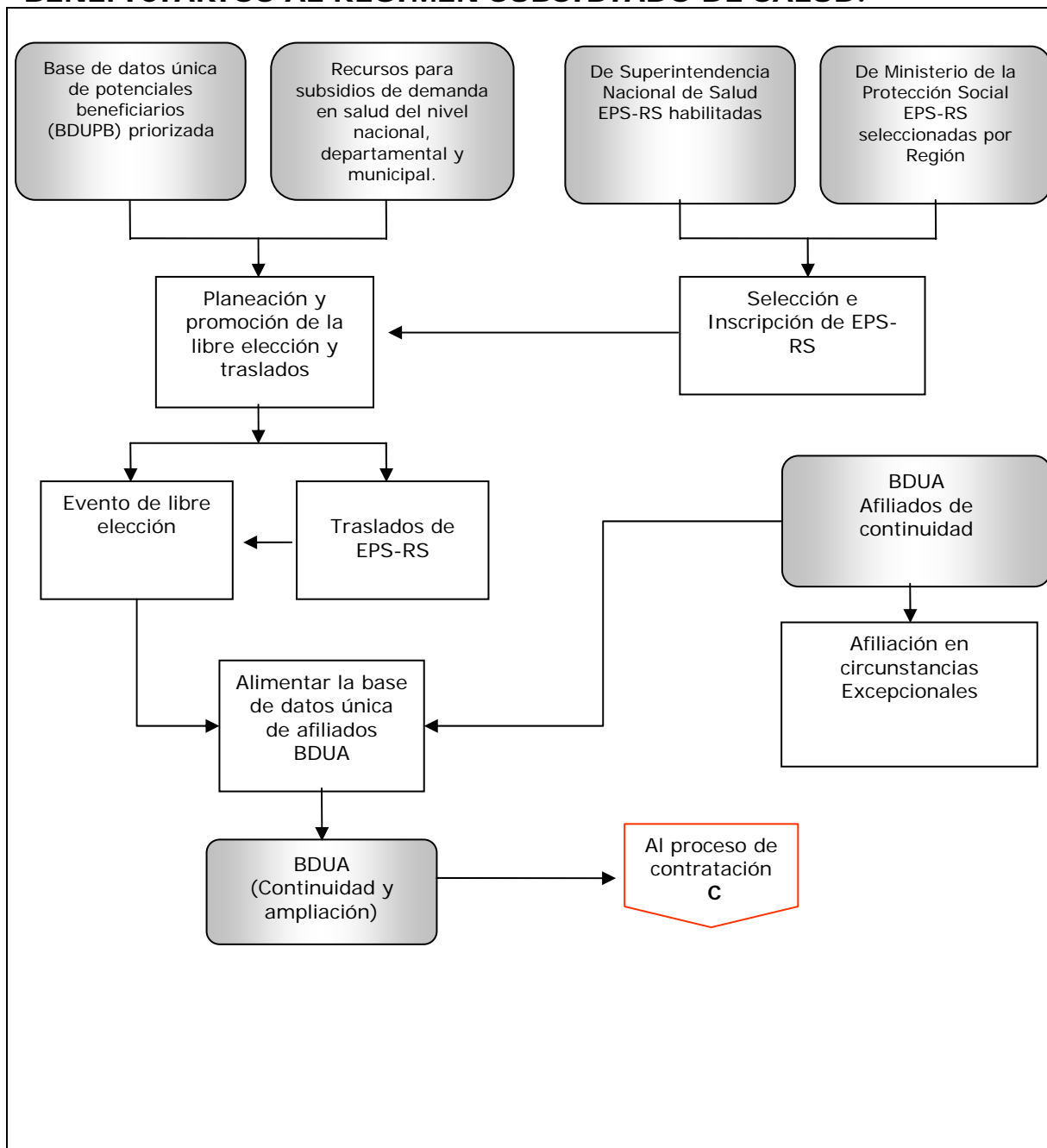
El principal insumo del proceso de afiliación es **la base de datos de potenciales beneficiarios priorizados** y el producto final del proceso es la conformación de la base de datos de nuevos afiliados en la estructura establecida para la BDUA por las resoluciones 812 /07, 5078/06 y aquellas que las modifiquen. La afiliación puede realizarse mediante la modalidad de subsidios plenos (población niveles I y II del SISBEN) o subsidios parciales para el nivel III.

Los subproceso de afiliación de beneficiarios al Régimen Subsidiado

El proceso de 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 esenciales, los cuales se enuncian a continuación:

- **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 de su preferencia, mediante un acto público transparente.
- **Traslados de una EPS del Régimen Subsidiado 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 vigente.
- **Excepcionalidades para la afiliación**, que garantiza la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado 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 y por tipo de contrato, y modalidad del subsidio, como insumo del proceso de contratación que legaliza y hace efectiva la afiliación.

MAPA GENERAL DEL PROCESO DE AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD.



c. Proceso de Contratación

En la operación del Régimen subsidiado en Salud, la contratación del aseguramiento, es el mecanismo mediante el cual las entidades territoriales garantizan a los beneficiarios (as) del Régimen Subsidiado de Salud, su aseguramiento en salud, en el marco de el 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 en salud, implica entonces, la gestión del riesgo en salud de los afiliados, lo cual puede definirse como la determinación de la probabilidad de ocurrencia de un hecho o daño, que es incierto, afecta la salud o requiere un servicio de salud 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 Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado EPS-RS, 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.

El plan de beneficios del Régimen Subsidiado de Salud, POS-S, expresa la cobertura de un conjunto de prestaciones, servicios y/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. El plan de beneficios deberá ser integral y permitir la gestión del riesgo en salud por las aseguradoras, desde la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, hasta la rehabilitación. En este sentido, en el Régimen Subsidiado de Salud, las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de los servicios no cubiertos por subsidios a la demanda.¹⁵

El contrato de aseguramiento

Para administrar los recursos del Régimen Subsidiado de Salud y proveer el aseguramiento de la población afiliada a este Régimen, las entidades territoriales suscriben contratos de aseguramiento con cada EPS del Régimen Subsidiado de Salud.

El objeto del contrato para la administración de recursos del Régimen Subsidiado de Salud, establecido en la minuta adoptada por la Resolución 838 de 2004¹⁶, 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”¹⁷

La normatividad dispone que se deberá firmar un solo contrato por el número de afiliados de continuidad y de traslados pero discriminando los afiliados de poblaciones especiales tales como desmovilizados,

¹⁵ Ministerio de la Protección Social, Viceministerio Técnico “El concepto de la Protección Social, Cuaderno No.3, Junio de 2006

¹⁶ MPS, Resolución 838 de 2004.

¹⁷ Resolución 838 de 2004

indígenas, población rural no migratoria menores a cargo del 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 Nacional de Salud, que hayan sido seleccionadas para operar en la respectiva región o estén autorizadas para contratar en departamentos excepcionales y finalmente que se encuentren inscritas en el municipio.

Los periodos de contratación

El período de contratación es de un (1) año, comprendido entre el primero (1°) de abril y el treinta y uno (31) de marzo y es prorrogable anualmente hasta por dos (2) 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.

La operación regional

A partir de octubre de 2005, se inicia en el país la operación regional del Régimen Subsidiado de Salud, la cual tiene por objeto garantizar la gestión eficiente del aseguramiento y la adecuada prestación del servicio a los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud, fortaleciendo la capacidad resolutive y la estabilidad financiera de las EPS del Régimen Subsidiado de Salud habilitadas seleccionadas en cada región y mejorar la capacidad de vigilancia y control de las mismas por parte del Sistema.¹⁸ El país se dividió entonces en cinco regiones conformadas por los departamentos y sus respectivos municipios de la siguiente manera:

1. **Región Norte:** Departamentos de Córdoba, Sucre, Bolívar, Atlántico, Magdalena y Guajira;
2. **Región Noroccidental:** Departamentos de Antioquia, San Andrés y Providencia, Chocó, Caldas, Risaralda, Quindío y Tolima;

¹⁸ Acuerdo 294 de 2005, artículo 1°

3. **Región Nororiental:** Departamentos de Norte de Santander, Santander, Cesar, Boyacá, Arauca y Casanare;
4. **Región Centroriental:** Bogotá, D. C., y los departamentos de Huila, Cundinamarca, Meta, Guaviare, Guainía, Vaupés y Vichada;
5. **Región Sur:** Departamentos de Valle, Cauca, Nariño, Putumayo, Caquetá y Amazonas. ¹⁹

De manera excepcional, las EPS del Régimen Subsidiado de Salud podrán operar en hasta dos departamentos de regiones diferentes a aquellas en las que fueron seleccionadas.

Objetivo del proceso de contratación

El proceso de afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, tiene por objetivo realizar la vinculación al aseguramiento en salud, de los potenciales beneficiarios priorizados. Para cumplir con este objetivo, la Entidad Territorial debe asegurar a los potenciales beneficiarios su derecho **a la libre y voluntaria** escogencia de EPS del Régimen Subsidiado de Salud, de su preferencia, la cual deberá cumplir las condiciones de: estar habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud, estar seleccionada para operar en la región y estar inscrita en el municipio.

A través de la libre elección los beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud y su núcleo familiar escogen la EPS que les garantizará 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 **base de datos de afiliados BDU**A 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 adicionalmente los procedimientos para llevar a acabo **los traslados** de EPS-RS y para la afiliación en **circunstancias excepcionales**, que garantizan la continuidad del aseguramiento de los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud cuando

¹⁹ Resolución 1013 de 2005

se presentan los casos definidos en las normas. (Actualmente, el Acuerdo 297 de 2005).

Insumos y productos del proceso de contratación

El principal insumo del proceso de afiliación es **la base de datos de potenciales beneficiarios priorizados** y el producto final del proceso es la conformación de la base de datos de nuevos afiliados en la estructura establecida para la BDUA por las resoluciones 812 /07, 5078/06 y aquellas que las modifiquen.

La afiliación puede realizarse mediante la modalidad de subsidios plenos (población niveles I y II del SISBEN) o subsidios parciales para el nivel III.

- Asistencia técnica a los municipios en la gestión Régimen Subsidiado de salud en los 4 macroprocesos de gestión municipal.
- Gestión del Sistema de información del Régimen Subsidiado
- Gestión Financiera Departamental.
- Inspección Vigilancia y Control al Régimen Subsidiado a Iso 4 macroprocesos de gestión municipal.

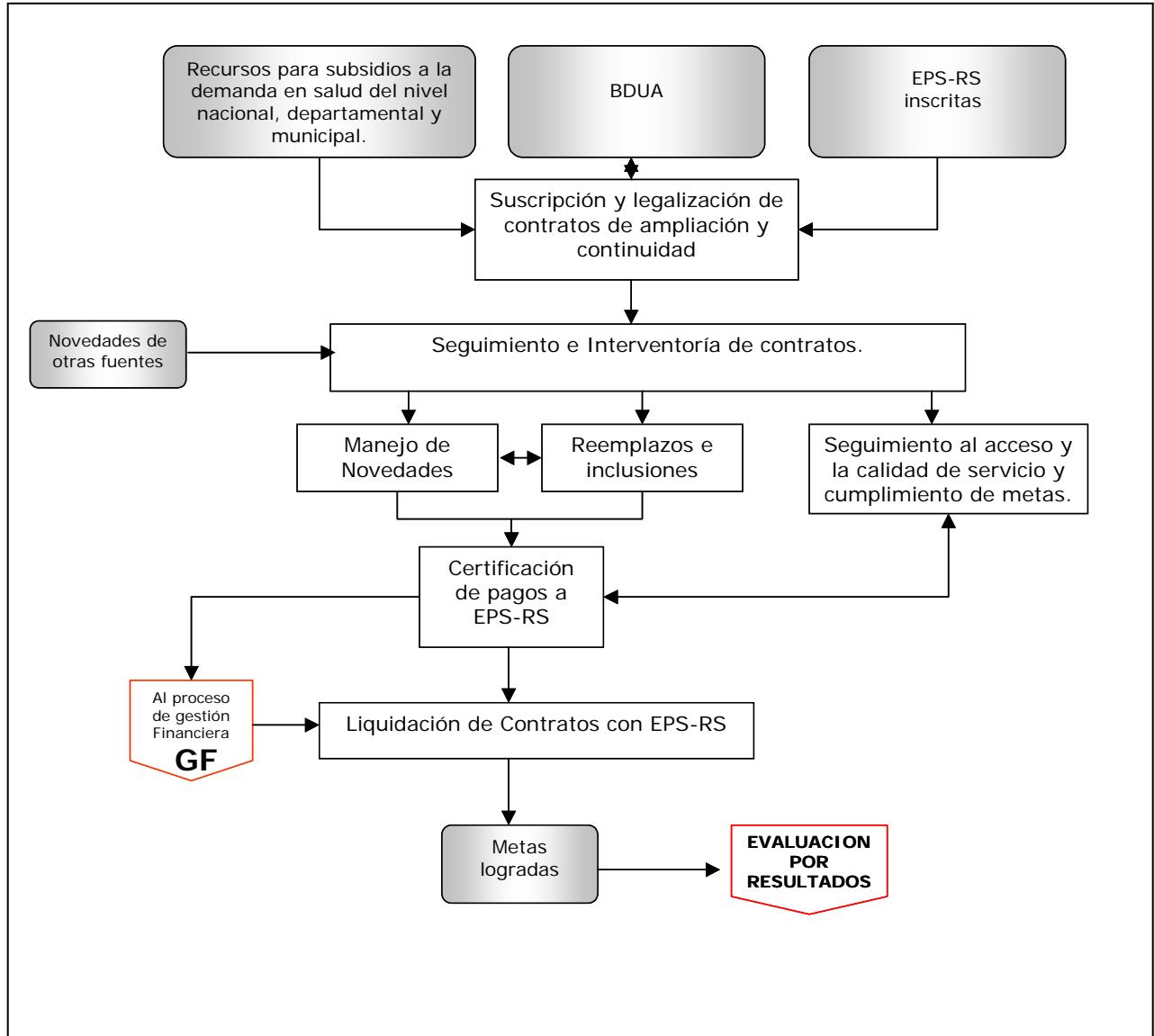
El proceso de afiliación además de describir el proceso de libre elección para los nuevos afiliados, contempla el subproceso de traslados y el de afiliación en circunstancias excepcionales y consta de seis subprocesos esenciales, los cuales se enuncian a continuación:

- **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 de su preferencia, mediante un acto público transparente.
- **Traslados de una EPS del Régimen Subsidiado 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 vigente.

- **Excepcionalidades para la afiliación**, que garantiza la continuidad del aseguramiento de la población afiliada al Régimen Subsidiado 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 y por tipo de contrato, y modalidad del subsidio, como insumo del proceso de contratación que legaliza y hace efectiva la afiliación.

MAPA GENERAL DEL PROCESO DE CONTRATACION



d. El proceso de gestión financiera municipal de recursos del régimen subsidiado de salud

El proceso de gestión financiera municipal es parte integral del flujo de recursos en todo el SGSSS, el papel del municipio no se limita a la recepción y giro de fuentes hacia las EPS del Régimen Subsidiado (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; mediante el proceso de afiliación y contratación se enmarca la legalidad de los pagos y el giro de los recursos a las EPS del Régimen Subsidiado (EPS-RS) y la evaluación y rendición de cuentas mediante el proceso de Inspección, vigilancia y control.

Uno de los principios del SGSSS es la universalidad por esta razón 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 anterior hace necesario la introducción de mejoras en la aplicación de los procesos garantizando la transparencia y uso eficiente de los recursos y de la información disponible para la toma de decisiones financieras.

Origen de los recursos que financian el régimen subsidiado de salud

El Régimen Subsidiado de salud 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 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 al comportamiento del recaudo corriente y fijando un monto inicial que amentaría 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 (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, liberando las rentas cedidas que se invertían en el régimen subsidiado, las cuales se dedicarán 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).

Posteriormente con 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 I, II y III 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 que se fija el monto y la distribución de las cotizaciones así:

"La cotización al Régimen Contributivo de Salud será, a partir del primero (1°) 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 del 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 sólo será incrementado por el Gobierno Nacional en cero punto cinco por ciento (0,5%)."²⁰

A su vez, la citada Ley modificó el artículo 214 de la Ley 100 y estableció los recursos financiadores del Régimen Subsidiado²¹.

²⁰ 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.

²¹ Ley 1122 de 2007, Artículo 11

Al 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; dentro de las causas atribuibles al retraso en el flujo de los recursos se encuentran: i) 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 de la Protección Social a través del consorcio fiduciario de FOSYGA establecía para el giro de esta fuente; ii) desconocimiento por parte de los servidores de municipios y distritos, del manejo financiero de las fuentes que financian el Régimen Subsidiado y iii) 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-Régimen Subsidiado e IPS, se expedieron los Decretos 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- en los municipios donde se presenta el no pago habiendo recibido los recursos de la Nación, mediante acto administrativo debidamente motivado informando a la entidad territorial y a la Superintendencia Nacional de Salud. Adicionalmente con la expedición de la Ley 1122 de 2007 se sujetó el giro trimestral²² 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 el Ministerio de la Protección Social expidió en diciembre de 2005 el Decreto 4693 creando "cuentas maestras" que centralizan la recepción y giro de los recursos de salud en una sola cuenta bancaria acreditada ante los Ministerios de Protección Social y 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.

²² Ley 1122 de 2007, Artículo 13, numeral a)

Objetivo del proceso de gestión financiera municipal

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.

Insumos y productos del proceso de gestión financiera municipal

El proceso de gestión municipal de recursos del Régimen Subsidiado de Salud 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 FLS en el cual se manejarán la totalidad de las fuentes de financiación.

Posteriormente 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 demás procesos 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 fondo local de salud
- PAC o Flujo de caja mensual que contenga los ingresos y egresos del FLS discriminado por fuente.
- Reporte de pagos realizados a las EPS-Régimen Subsidiado conforme a 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.

De forma general podemos 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 los mismos al igual que evitar su desviación o retención indebida.

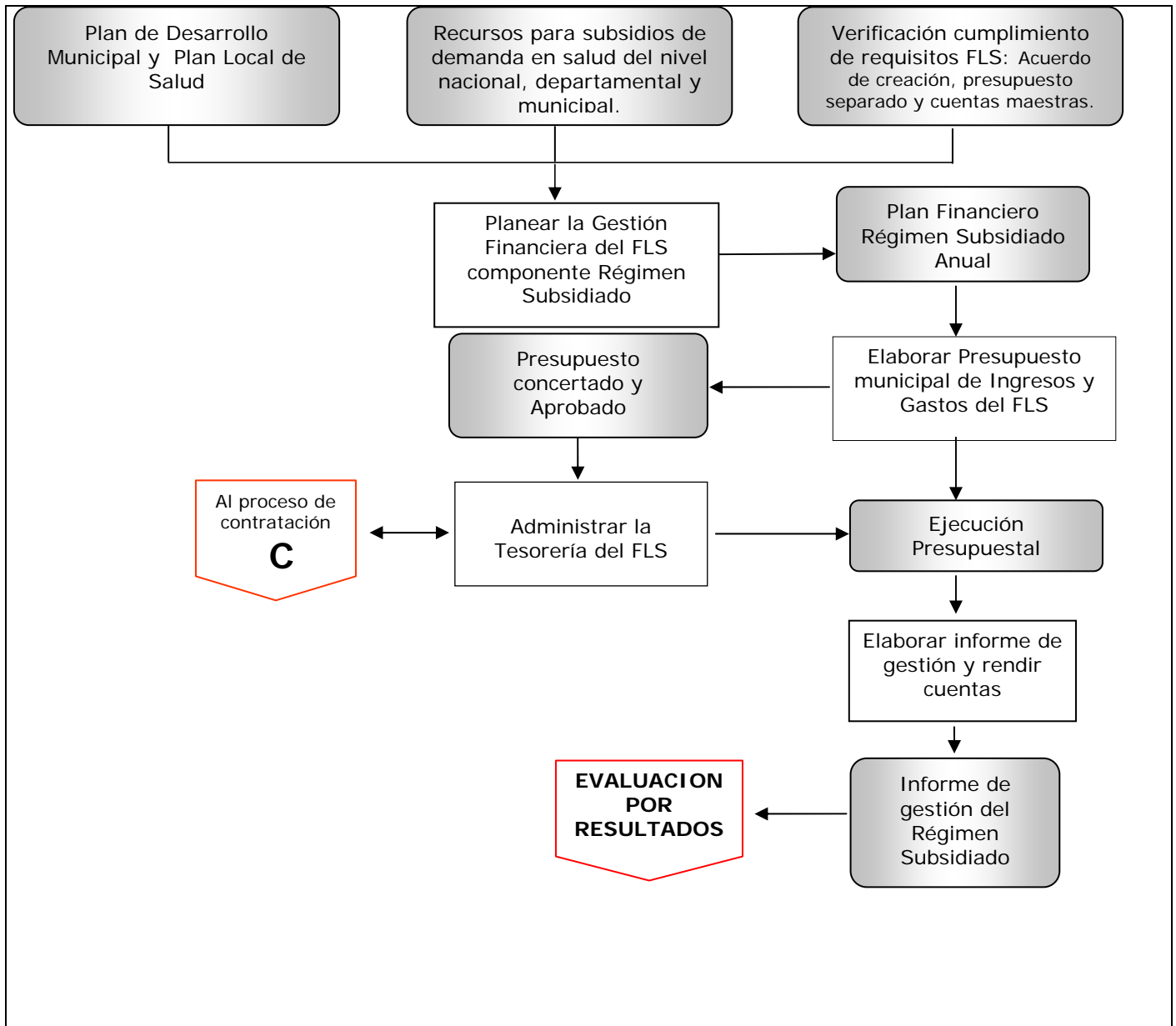
Los subprocesos de gestión financiera municipal

Se han tomado 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 la identificación de objetivos y los responsables de llevarlos a cabo; las normas que son aplicables; la información y la documentación que son pertinentes; los factores de riesgo dentro del subproceso, las formas de control interno, los procedimientos que hacen parte del subproceso, así como su correspondiente diagrama de flujo, y la aplicación de unos indicadores de gestión sobre los resultados de cada uno de los siguientes subprocesos:

1. **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 monto de los recursos que se aplicarán a pago de la UPC-S, para la población beneficiaria a través de la identificación de ésta y de la focalización del gasto social.
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.
2. **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 fondo local de salud, FLS; la elaboración del presupuesto implica concertación, discusión y modificación y la ejecución requiere el registro de la recepción de los ingresos y del giro de los mismos amparado principalmente en la ley de apropiaciones y en el conjunto de valores máximos autorizados por cada rubro.

3. **Administración de la tesorería**, permite la protección y garantía del flujo oportuno de los recursos, mediante el recaudo, gestión, giro y pago, según el programa anual mensualizado de caja PAC.
4. **Rendición de cuentas y evaluación participativa**, contiene las actividades de elaboración del informe de gestión a ser presentada por el Alcalde y convocatoria de la comunidad y de los organismos de participación existentes en el municipio para rendir cuentas sobre el uso de los recursos de 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.

MAPA DEL PROCESO GESTION MUNICIPAL DE RECURSOS



2.1.5 Estandarización de los procesos departamentales de gestión del Régimen Subsidiado de Salud

Al igual que los procesos de gestión municipal del Régimen Subsidiado de Salud, los procesos departamentales fueron estandarizados por las cuatro firmas que hicieron parte del proyecto en su primera versión y validados con servidores públicos de los municipios objeto de la asistencia técnica. Sin embargo, esta tarea fue bastante más difícil principalmente y coincidiendo con el diagnóstico presentado por el CONPES 3248 sobre renovación de la administración pública, en cuyo diagnóstico se precisa de “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 éstas 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”²³.

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 1993²⁴ y las competencias y funciones que les son asignadas a las entidades por la ley 715 del 2001 en el sector salud y podemos aseverar que se cumplen las mismas condiciones del anteriormente citado diagnóstico.

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 acabo las funciones de dirección del sector en el ámbito departamental, de prestación de servicios, de salud pública y de aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El manual indicativo de procesos departamentales, busca identificar y establecer la participación y responsabilidades que le competen al Nivel Departamental en la operación del Régimen Subsidiado de Salud en concordancia con los procesos de gestión municipal descritos en el

²³ DNP, CONPES 3248 de 2003, Renovación de la Administración Pública, Diagnóstico.

²⁴ Ley 100 de 1993 artículos 215 y 216 y Ley 715 de 2001 artículo 43

“manual indicativo de procesos para la gestión municipal del régimen subsidiado de salud”.

El manual indicativo departamental pretende fomentar y fortalecer el establecimiento de métodos, procesos y procedimientos en las entidades territoriales departamentales 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 adecuadamente 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 las mejores condiciones de vida de la población.

Papel del departamento en la operación territorial del régimen subsidiado

La ley 715 confiere a los Departamentos una serie de competencias en el sector salud en general y en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Por otra parte define sus funciones y responsabilidades de dirección, vigilancia y control, prestación de servicios, salud pública, y aseguramiento de la población al SGSSS.

Para asumir tales funciones el Departamento deberá adoptar la estructura requerida y definir los proceso y procedimientos con las cuales se desarrollarán sus competencias y funciones. Para el caso de el Régimen Subsidiado y por su sentido complementario, las funciones se definen alrededor de los cuatro macro procesos definidos para los municipios en el “MANUAL INDICATIVO DE PROCESOS PARA LA GESTIÓN MUNICIPAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD”.

La operación de cualquiera de los procesos o procedimientos definidos requieren que el Departamento defina sus metas y objetivos frente a los mismos y los recursos físicos, financiero y humanos que sean necesarios incorporándolos en el plan de desarrollo, para garantizar su funcionamiento, seguimiento y mejoramiento a largo plazo.

Los cuatro procesos identificados para la gestión departamental fueron:

- Asistencia técnica a los municipios en la gestión Régimen Subsidiado de salud en los 4 macroprocesos de gestión municipal.
- Gestión del Sistema de información del Régimen Subsidiado
- Gestión Financiera Departamental.
- Inspección Vigilancia y Control al Régimen Subsidiado a Iso 4 macroprocesos de gestión municipal.

En el manual indicativo de procesos departamentales para la gestión del régimen subsidiado de salud se desarrollan los cuatro macro procesos identificados, con los siguientes contenidos:

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

En la presentación de los subprocesos identificados en el mapa de procesos se desarrollan los siguientes contenidos.

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

A continuación se presenta, un resumen de los cuatro procesos municipales, la versión completa en su segunda versión, se puede consultar en el CD anexo o CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA GESTION DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD.

Objetivo del manual de procesos departamentales

Identificar y demarcar los procesos y procedimiento que el nivel territorial departamental debe desarrollar dentro de la gestión del Régimen Subsidiado de Salud, para lograr la finalidad última de brindar una gestión pública de óptima calidad en sus respectivos territorios que redunde en el logro de las mejores condiciones de vida de la población.

Objetivos específicos

- Servir de guía a los servidores públicos de las entidades territoriales departamentales en la ejecución de las competencias delimitadas por el marco legal en la gestión del régimen subsidiado en salud.
- Ayudar a mejorar la eficiencia en la gestión pública, posibilitando el mejor aprovechamiento de los recursos humanos, físicos y financieros, en la ejecución de los procesos de gestión del Régimen Subsidiado de Salud
- Facilitar la supervisión y evaluación de labores de gestión del régimen subsidiado en salud a cargo de las entidades territoriales departamentales.
- Servir como punto de referencia para las actividades de control interno y auditoría y de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Ayudar a orientar en el desempeño de sus funciones al personal nuevo en la gestión del régimen subsidiado de salud, el cual se vincula a una entidad territorial departamental.
- Servir como elementos de consulta, orientación y entrenamiento a los servidores públicos de la entidad territorial departamental.
- Facilitar la orientación y atención a la población pobre y vulnerable beneficiaria del Régimen Subsidiado de Salud y otros clientes externos a la entidad territorial departamental.
- Contribuir a la memoria institucional y documentación de sus funciones y actividades a cargo en la gestión del régimen subsidiado de salud.

Se sugiere utilizar este manual de manera complementaria al manual de procesos municipales, descrito en la "Caja de Herramientas para la gestión municipal del Régimen Subsidiado de Salud" para la coordinación y articulación de las diferentes actividades comunes y complementarias a ambos tipos de entidad territorial.

Descripción general de los procesos departamentales del Régimen Subsidiado de Salud.

En la operación territorial departamental del Régimen Subsidiado de Salud, se identifican como procesos operativos, correspondientes a funciones estratégicas de las entidades territoriales departamentales en la gestión el Régimen Subsidiado de Salud, los siguientes:

- Asistencia técnica a los municipios en la gestión Régimen Subsidiado de salud en los 4 macroprocesos de gestión municipal.
- Gestión del Sistema de información del Régimen Subsidiado
- Gestión Financiera Departamental.
- Inspección Vigilancia y Control al Régimen Subsidiado a Iso 4 macroprocesos de gestión municipal.

A continuación se describe cada uno de ellos y se enuncian sus subprocesos que serán desarrollados en forma extensa en el manual contenido en la Caja de Herramientas:

a. Proceso de asistencia técnica a los municipios en la gestión del Régimen Subsidiado de Salud

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 4 procesos municipales de del Régimen Subsidiado de Salud, en el marco de las normas, directrices y políticas definidas desde el Nivel Nacional y apoya la implementación y seguimiento a los planes de mejoramiento formulados.

Los 6 subprocesos identificados son:

1. Planeación y ejecución de la asistencia técnica
2. Apoyo en la gestión de la información
3. Apoyo al proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios
4. Apoyo al proceso de afiliación al Régimen Subsidiado de Salud

5. Apoyo a municipios en el proceso de contratación del aseguramiento con las EPS-Régimen Subsidiado de Salud.
6. Apoyo en el proceso de gestión financiera y seguimiento al flujo de recursos del Régimen Subsidiado de Salud.

b. Proceso de Gestión del sistema de información del Régimen Subsidiado

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. 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.

Los 5 subprocesos identificados son:

1. Consolidación de la Base de Datos única de afiliados-BDUA, de los municipios de su jurisdicción.
2. Depuración de la Base de Datos-BDUA, de los municipios de su jurisdicción.
3. Actualización permanente de la Base de Datos
4. Remisión de archivos de ingresos y novedades.
5. Identificación necesidades de Asistencia Técnica

c. Proceso de Gestión Financiera Departamental del Régimen Subsidiado de Salud

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.

Los 5 subprocesos identificados son:

1. Administración del Fondo Seccional de Salud
2. Planeación Financiera Anual
3. Presupuesto Departamental de Ingresos y Gastos
4. Manejo de Tesorería y flujo de recursos
5. Rendición de cuentas y evaluación participativa

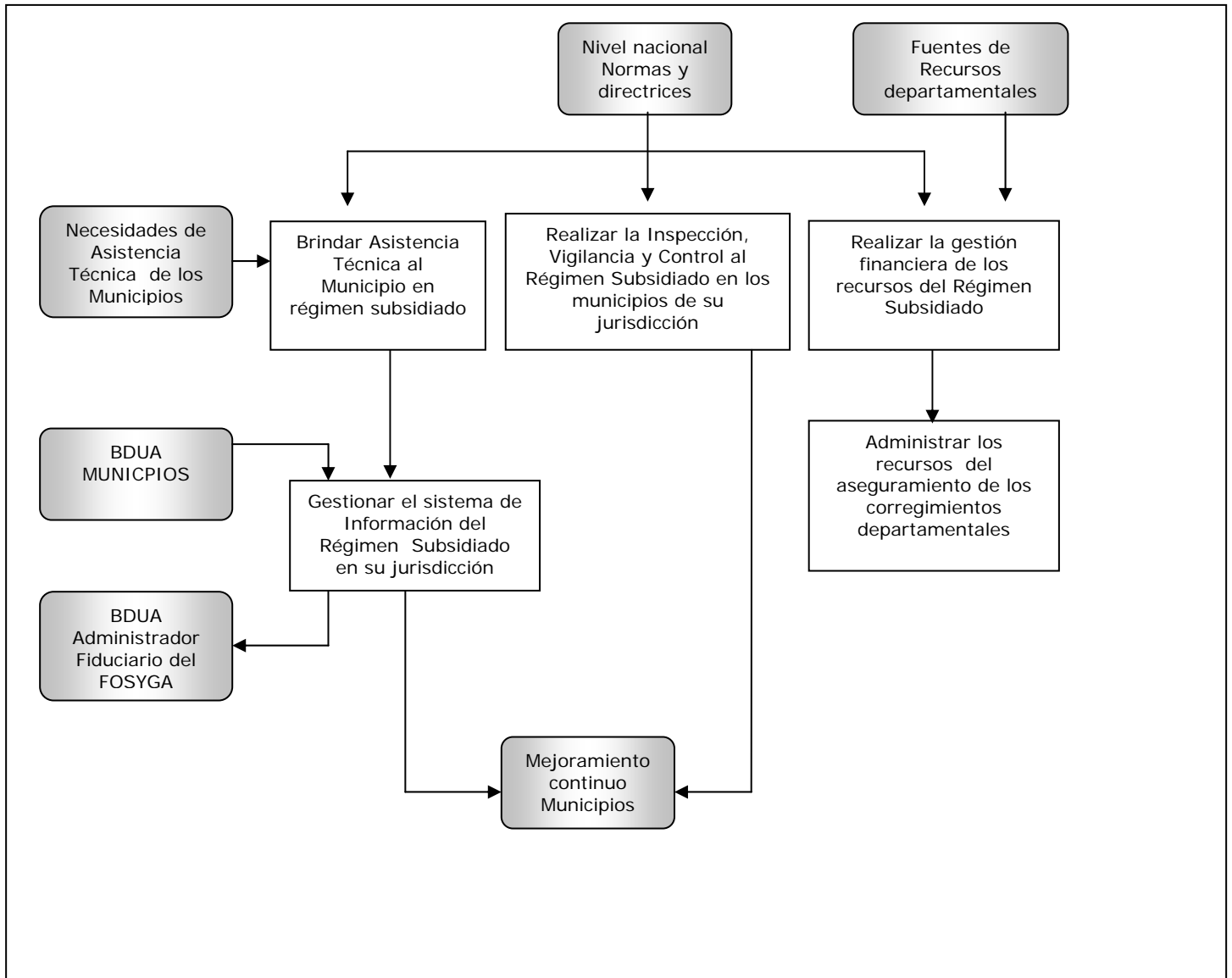
d. Proceso de Inspección, vigilancia y control al Régimen Subsidiado de salud

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, dentro de las competencias definidas para tal fin para el departamento por la normatividad vigente.

Los 4 subprocesos identificados son:

1. Inspección, vigilancia y control de la identificación, selección y priorización de beneficiarios
2. Subproceso de inspección, vigilancia y control de la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud
3. Inspección, vigilancia y control de la contratación en el Régimen Subsidiado de Salud
4. Inspección, vigilancia y control a la gestión financiera municipal y al flujo de recursos en el Régimen Subsidiado de Salud.

MAPA GENERAL DE LOS PROCESOS DEPARTAMENTALES



2.1.6 Estandarización de los procesos nacionales

El levantamiento de los procesos nacionales del Régimen Subsidiado – RS , estuvo a cargo de la Universidad Nacional, de acuerdo con el objeto del contrato para la zona centro, y su desarrollo estuvo asociado al ajuste de los procesos que debería cumplir el nuevo el administrador fiduciario del FOSYGA, para la gestión de las diferentes subcuentas, por tanto este manual deberá ser entendido como un aporte metodológico adicional en el contexto de el desarrollo del proyecto de asistencia técnica, y pero no pretende reemplazar el manual del consorcio.

Nuevamente podemos citar el CONPES 3248, cuando asegura que “el gobierno central siguió creciendo, tanto en número y en tipo de entidades como en gasto. La articulación alcanzada con las reformas fue baja y la duplicación funcional se mantuvo²⁵”. Un ejemplo claro, es la contratación y el flujo de recursos del Régimen Subsidiado de Salud, el Ministerio de la Protección Social realizó durante mucho tiempo la función de consolidación de los contratos de aseguramiento, mientras que el consorcio por su lado consolidaba la base de datos de afiliados. En la actualidad ambas competencias las asumió el consorcio, sin embargo en Ministerio de la Protección Social continúa realizando funciones relativas a la contratación.

La presente versión de la estandarización de los procesos nacionales de gestión del Régimen Subsidiado de Salud, se actualizó con la nueva normatividad y el documento completo puede revisarse en el CD anexo al presente informe.

Acciones de Regulación y Rectoría del sistema

El artículo 4 de la Ley 100 de 1993 estipuló que “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.

²⁵ ²⁵ DNP, CONPES 3248 de 2003, Renovación de la Administración Pública.

Según el artículo 154 de la Ley 100 de 1993 la intervención tiene como fin: 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). Además de estos elementos fundamentales, 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 de salud.
- Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente 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 Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional en Salud. Mediante el artículo 170 se estableció que el SGSSS quedaba “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 y 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 - CNSS, 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 como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social y de la Comisión de Regulación en Salud. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

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:

-
1. Nacional,
 2. Departamental y
 3. Municipal.

El manual de Procesos Nacionales pretende establecer y describir las operaciones del orden nacional en el funcionamiento del Régimen Subsidiado, conforme a lo descrito en los manuales indicativos de procesos municipales y departamentales del Régimen Subsidiado, con el objetivo de alcanzar mayor integralidad y optimización en las actividades del régimen, 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 de los procesos que lo conforman, la exposición de las fuentes nacionales que financian el Régimen Subsidiado, el marco legal vigente, el mapa de procesos y el manual de procesos como tal.

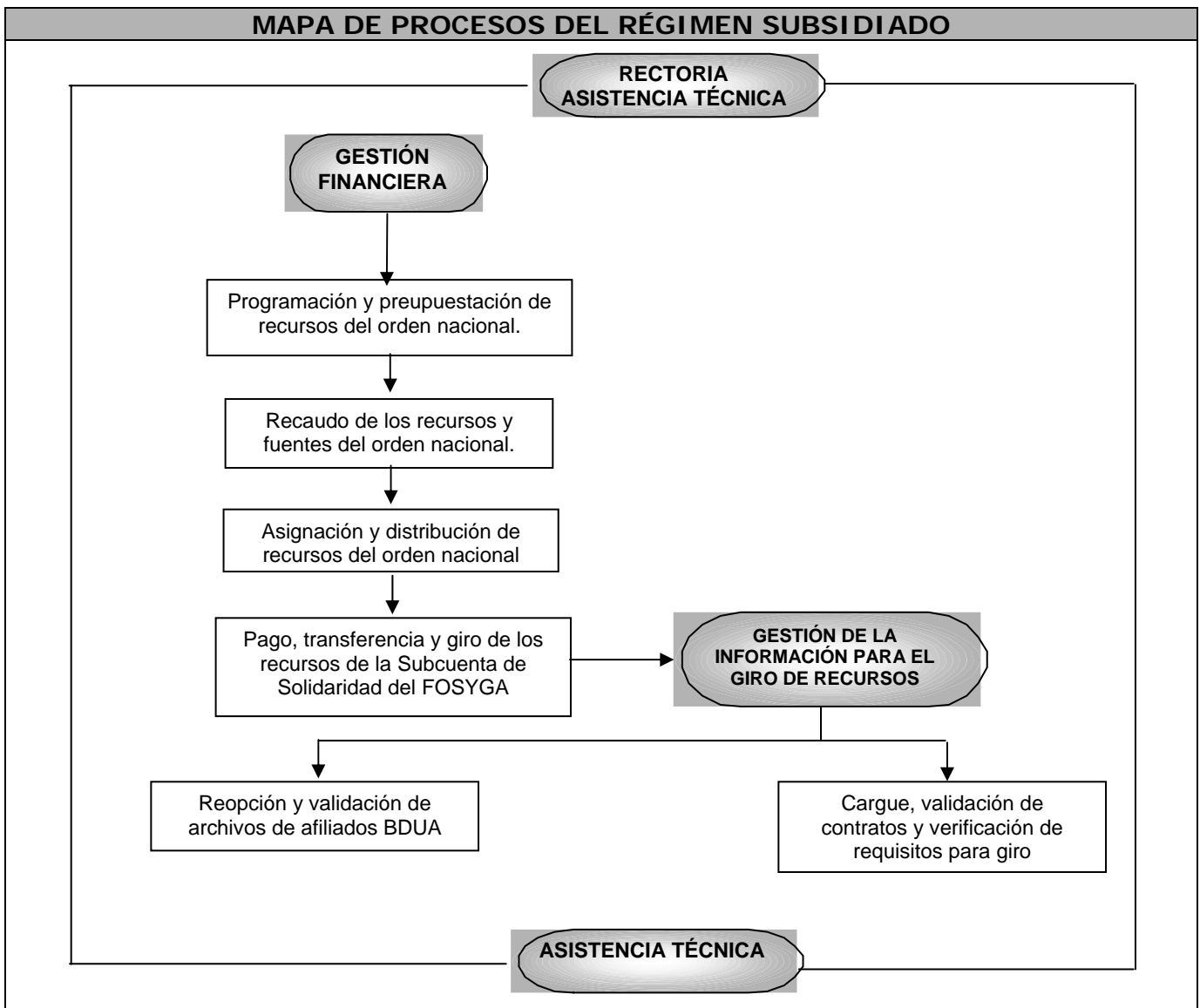
Para cada uno de los procesos y los subprocesos que lo conforman se establece el objetivo, dependencias y cargos que intervienen, base documental y de soporte, factores de riesgo, políticas y medidas de autocontrol, descripción de actividades, diagrama de flujo e indicadores.

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 en el Departamento Nacional de Planeación.

Descripción general de los Procesos Nacionales del Régimen Subsidiado

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 Sistema General de Seguridad Social en Salud, los siguientes:

- **Gestión Financiera del Orden Nacional**
- **Gestión de la Información**
- **Asistencia Técnica**



a. Procesos de Gestión Financiera del Orden Nacional

Origen de los recursos²⁶

Recursos del Sistema General de Participaciones SGP

La Ley 715 de 2001, dictó normas en materias de recursos y competencias, estableció la distribución, asignación y giro de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y otros recursos destinados al sector salud.

Posteriormente la Ley 1122 de 2006 estipuló que los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, SGP-S, que se destinarán previo concepto del Conpes, y en una forma progresiva al Régimen Subsidiado en Salud: En el año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61% y a partir del año 2009 el 65%, porcentaje que no podrá ser superado. El porcentaje restante se destinará, de acuerdo a 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 a las acciones en salud pública.

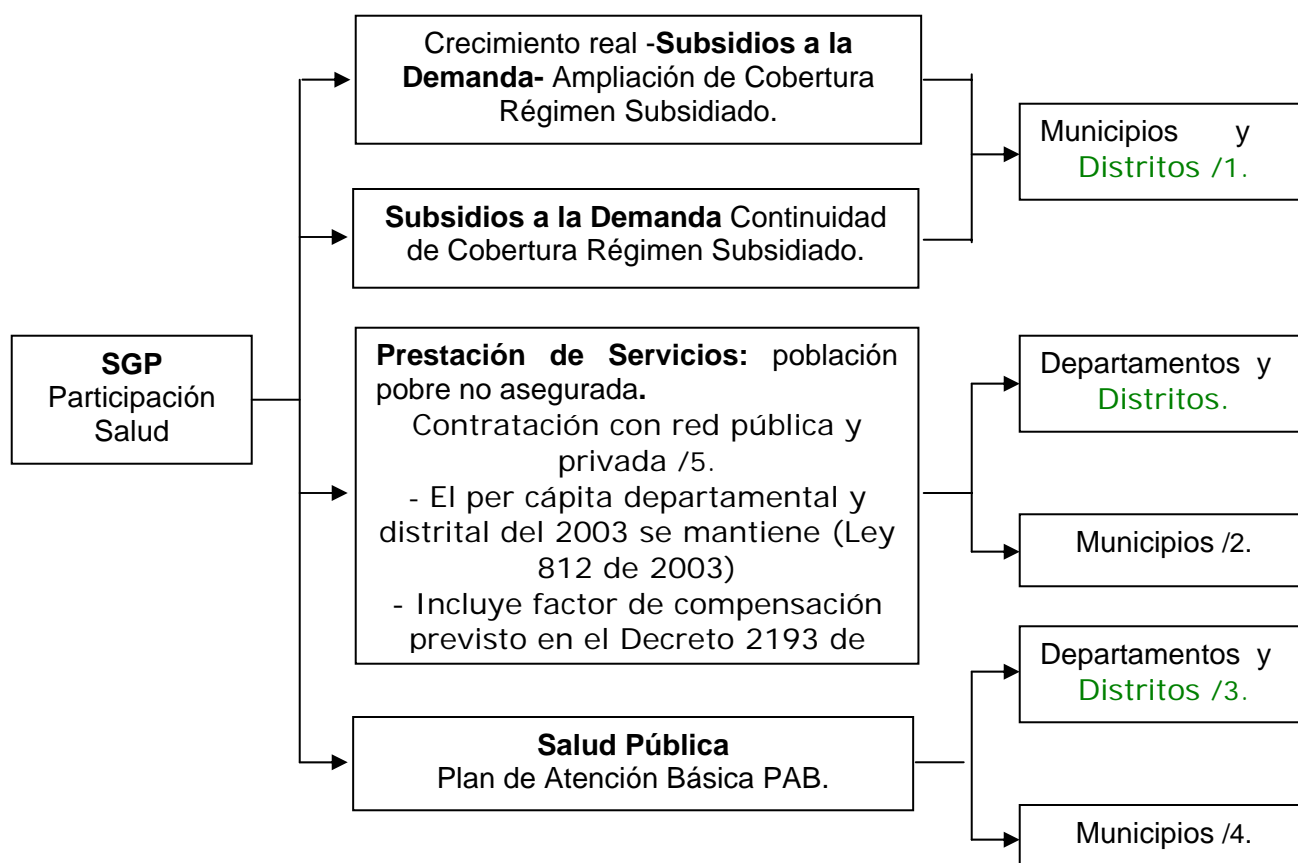
-Participación para salud

El monto a distribuir como Participación para Salud (11/12) en el 2006 ascendió a \$3.536.178 millones, los cuales de acuerdo con el artículo 47 de la Ley 715 de 2001 financiaron tres componentes de gasto (Gráfico 2):

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

²⁶ Ley 1122 de 2007

**Gráfico 2 SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES PARTICIPACIÓN PARA SALUD
DISTRIBUCIÓN POR USOS Y COMPETENCIAS ENTRE ENTIDADES TERRITORIALES**



/1 Esta función también corresponde a los departamentos, en el caso de los corregimientos departamentales existentes en los departamentos creados por la Constitución Política de 1991.

/2 Para los municipios que a 31 de julio de 2001 cumplieran con la doble condición de haberse certificado y asumido la prestación de servicios y que además cumplan con las condiciones establecidas en el Decreto 27 de 2003, recientemente modificado por el Decreto 3003 de 2005.

/3 Los departamentos tienen a su cargo las acciones de vigilancia por laboratorio de salud pública (para los municipios de su jurisdicción y los Distritos de Santa Marta, Barranquilla y Cartagena) y la inspección, vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente en los municipios de categorías 4^a, 5^a y 6^a. El Distrito Capital asume todas las funciones en salud pública.

/4 Los municipios tienen a su cargo las acciones en salud pública de fomento, promoción y prevención en los términos que señala el reglamento.

/5 Incluidos los aportes para pago de obligaciones prestacionales (pensiones, cesantías, salud, riesgos profesionales) de la oferta hospitalaria pública en cada entidad territorial.

Los recursos producto del crecimiento adicional a la inflación²⁷ del SGP para el sector salud conforme al artículo 48 de la Ley 715 de 2001, se destinan a la ampliación de coberturas mediante subsidios a la demanda. Los montos de los componentes de salud pública y subsidios a la demanda continuidad en el 2006, corresponden a lo asignado a cada uno en la vigencia 2005, incrementados por la inflación causada²⁸ 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 la demanda se determina una vez liquidados los recursos de los componentes antes señalados²⁹.

-Subsidios a la Demanda Ampliación de Coberturas:

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 en el 2006), aplicando el criterio de equidad, (artículo 48 de la Ley 715 de 2001) entendido como un indicador que pondera el déficit en cobertura de cada entidad territorial. De esta manera, se busca reducir la brecha existente en los niveles de cobertura entre las entidades territoriales.

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 nivel nacional (su participación de población pobre aún sin afiliarse en el país), 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 a transferir 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 (5) años. Los giros del Sistema General de Participaciones se deberán efectuar en los diez (10) primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia, a los fondos que para el efecto deben crear y organizar las entidades territoriales.

²⁷ Es el monto equivalente al 2,5% de crecimiento real para el 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.

²⁸ Inflación causada en 2005 de 4.85%, según DANE.

²⁹ Artículo 49 Ley 715 de 2001

-Subsidios a la Demanda – Continuidad de Coberturas

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 conforme a lo dispuesto en las Leyes 715 de 2001 y 812 de 2003.

Los recursos que forman parte del Sistema General de Participaciones de las Entidades Territoriales asignados a este componente, son distribuidos entre distritos, municipios y corregimientos departamentales, pertenecientes a los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991. Dichos recursos serán 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 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 un 55% del total del monto global.

Los recursos para este componente ascienden a \$1.709.685 millones (Cuadro 7). Este monto se divide por la población pobre atendida en el país mediante subsidios a la demanda en la vigencia 2005³⁰. 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 sólo en el caso de los corregimientos departamentales³¹. La distribución resultante en el 2006 para el total de municipios, distritos y corregimientos departamentales es la siguiente:

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

De conformidad con el artículo 42 de la Ley 715 de 2001, corresponde a la Nación, la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) 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

³⁰ Según certificación del 28 de diciembre de 2005 del Ministerio de la Protección Social.

³¹ Corregimientos ubicados en los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés

territoriales municipales y departamentales directrices generales para ejecutar los recursos de 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.

Las siguientes son las pautas generales que deben atender las entidades territoriales municipales y departamentales:

Para el otorgamiento de los subsidios, con el propósito de ampliar la cobertura actual a la población priorizada, aún no afiliada, los municipios, distritos y departamentos, deberán:

- 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 conforme al 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 (5) 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 doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones de pesos (\$286.953.000.000,00). En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de Sisbén I, II y III 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 en Salud , definido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, que podrá ser administrado de manera directa por éstas, 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 ellos 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.
- Adicionalmente ingresan a la Subcuenta los excedentes 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 de la subcuenta de solidaridad

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 los requisitos para estar en el régimen subsidiado

- Financiación del Régimen Subsidiado:

Los recursos de la Subcuenta de solidaridad el 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 los requisitos. Asimismo informa a dichas Entidades los giros efectuados.

- Giro de los recursos a las entidades territoriales:

Los giros a las entidades territoriales para la financiación del régimen subsidiado se realizan por trimestre anticipado dentro de los diez (10) primeros días de cada trimestre y conforme al período contractual.

El Decreto 3260 de 2004, en su artículo 2 establece los requisitos previos para el giro de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA. Para efectos del giro se requerirán en forma previa:

- a) La creación y/o acreditación por parte de las entidades territoriales de una Subcuenta especial dentro de los fondos seccionales, distritales y locales de salud para el manejo de subsidios en salud y el registro ante el administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, de la cuenta a la cual deben realizarse los giros. Esta Subcuenta especial manejará exclusivamente los recursos destinados a subsidiar la demanda de servicios de salud

- b) 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, Parágrafo)
 - c) 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 1º 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 la Ley 100 de 1993 y Ley 715 de 2001, se identificaron y agruparon, las actividades relacionadas con la financiación, cofinanciación y ejecución de recursos que las entidades del nivel nacional y especialmente el Ministerio de la Protección Social desarrollan en lo relacionado con el proceso de gestión financiera del Régimen Subsidiado:

Los subprocesos de gestión financiera nacional

1. **Subproceso de Programación y Presupuestación:** comprende las actividades de proyección de ingresos y gastos de las diferentes fuentes de financiación del régimen subsidiado de salud.
2. **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 en salud para cada entidad territorial.

3. **Subproceso de recaudo de los recursos:** describe el proceso de recepción de las distintas fuentes de financiación que convergen para la financiación del régimen subsidiado.
4. **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: la Dirección General de Financiamiento y la Dirección General 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 los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía en los términos establecidos en la Ley.

b. Proceso de Gestión de la Información del nivel nacional

Este proceso corresponde a las actividades de recolección, transferencia y difusión de la información que realiza el administrador Fiduciario de 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 Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Cuenta con los siguientes subprocesos:

1. **Subproceso de recepción y validación de Base de datos Única de Afiliados (BDUA) al Régimen Subsidiado:** contiene las actividades realizadas por el Administrador Fiduciario de los recursos de FOSYGA para la recepción, validación y cruce de la información estandarizada de afiliados al régimen subsidiado con los afiliados a los demás regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **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 (EPS-RS) y proceda a su validación.

En este proceso interviene la Dirección General de Planeación y Análisis de Política, grupo Sistemas de Información del Ministerio de la Protección Social y el Administrador Fiduciario de FOSYGA quien por orden del Ministerio de la Protección Social se encarga de garantizar, mantener, actualizar, desarrollar y modificar el software de afiliación y contratación del Régimen Subsidiado nacional.

c. Proceso Asistencia Técnica del nivel nacional

Este proceso comprende las acciones que el Ministerio de la Protección Social y el Administrador Fiduciario de FOSYGA ejercen para atender las necesidades generales y específicas de las entidades territoriales, EPS-RS y entidades de control, relacionadas con el proceso de gestión de la información, operación del Régimen Subsidiado y giro de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA.

El Administrador Fiduciario del FOSYGA- Subcuenta de Solidaridad debe disponer de una unidad conformada por personal de nivel técnico y/o profesional con experiencia en entidades del SGSSS relacionadas con el régimen subsidiado, con el propósito de dedicarse exclusivamente a brindar atención personalizada, asesoría y asistencia técnica a las Entidades Territoriales, IPS o Entidades de Control es aspectos tales como:

- los procesos inherentes a la operación del régimen subsidiado de salud en general.
- La verificación y el análisis de la información sobre contratos reportada por las entidades territoriales,
- la certificación de cumplimiento de requisitos para acceder al giro de los recursos de cofinanciación de la Subcuenta de Solidaridad,
- el 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 las entidades territoriales,
- la validación de los medios magnéticos y bases de datos de afiliados de los nuevos contratos, validación de novedades de afiliados
- la conformación de la Base de Datos Única de Afiliados.

2.2 SEGUNDA FASE:

Con una duración de 12 meses en este periodo se finalizó la definición de la metodología pedagógica, se llevó a cabo el diagnóstico inicial, la definición de los contenidos y estrategias pedagógicas a desarrollar en los diplomados, iniciándose la capacitación en 13 sedes simultáneas.

2.2.1 Resultados del diagnóstico inicial de la gestión y operación del Régimen Subsidiado de Salud

Antes de iniciar el desarrollo de el diplomado, las firmas acompañaron a los municipios en el desarrollo del diagnóstico de la situación inicial y de avance en el desarrollo de los procesos de identificación, selección y priorización de beneficiarios; afiliación, contratación y gestión financiera de los recursos del Régimen Subsidiado de Salud.

Las firmas estructuraron los instrumentos técnicos, 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 adicionalmente realizó una evaluación con base en el enfoque de procesos y de competencias. Estos instrumentos fueron aplicados por el equipo técnico municipal y los servidores públicos de cada municipio encargados de la gestión de el Régimen Subsidiado de Salud, para ello se desarrollaron las siguientes actividades:

1. Ficha de caracterización municipal
2. Instrumento de Caracterización del RS por proceso
3. Opiniones en relación con la gestión del RS
4. Aproximación conceptual al RS por proceso

En forma consolidada y en forma descriptiva, se presentan a continuación los principales problemas en la gestión del Régimen Subsidiado de Salud, por proceso de gestión en municipios y departamentos. Los problemas fueron clasificados por los consultores del PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD, y ordenados según su frecuencia de presentación.

1.2	Recibe y verifica la 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				

SUBTOTAL 

SUBPROCESO B : ELABORACION BASE DE DATOS INICIAL DE PRIORIZADOS					
	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 su municipio, con base en la normatividad vigente.				
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 desmovilizada				
2.4	La BDUPB se encuentra numerada en forma consecutiva acorde a 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			
-----	--	--	--	--

SUBTOTAL

SUBPROCESO C : ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE LA BD DE DATOS UNICA 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				
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	Solicitar 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			

SUBTOTAL
GRAN TOTAL SUBPROCESOS ISP

VERDE: Cuando los resultados muestran un nivel de desempeño, igual o superior al 90%.
AMARILLO Cuando los resultados, se encuentran entre 60% y menor al 90%.
ROJO Cuando los resultados obtenidos, se encuentran por debajo del 60%.

2.2.3 Principales problemas del proceso de identificación, selección y priorización.

En la siguiente tabla se observa en forma consolidada la descripción de los 9 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, en 99 municipios de 27 departamentos que participaron en el proyecto.

Tabla 7.Consolidado problemas proceso de identificación, selección y priorización, en 99 municipios, enero a febrero de 2005.

CODIGO	PROBLEMA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA
ID1	No se ha terminado la aplicación del nuevo SISBEN o este presenta errores e inconsistencias en la información.	No se ha terminado en un 100% la aplicación del nuevo SISBEN
ID2	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.
ID3	Dificultades en la integración, organización y depuración de la Base de Datos Única de Potenciales Beneficiarios BDU_ PB.	No se consolida la información proveniente de la encuesta SISBEN y de los listados censales en una sola base de datos Única de Potenciales Beneficiarios del Régimen Subsidiado, BDU_PB No se organiza la base de datos en la estructura de la Resolución 1149/06 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan. No se depura la BDU_PB realizando los cruces con el SISBEN ni la BDUA con el objeto de identificar duplicidades, inconsistencias, falta de información en los campos, entre otros.
ID4	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.
ID5	No se aplican los criterios de priorización establecidos en las normas para las ampliaciones de cobertura.	No se aplican correctamente los criterio 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.
ID6	No se publica /o 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.
ID7	No se conserva información histórica	No existe la cultura de hacer entrega de la información al entregar los cargos por parte de las personas que se retiran. No se conserva un histórico de la BDU_PB
ID8	Interferencias políticas en la priorización y en la 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 nivel local, conforme a las conveniencias de algunos actores políticos.

ID9	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, Evaluación por proceso en 99 municipios, 2005

- **Principales problemas del proceso de afiliación**

Tabla 8. Consolidado problemas proceso de afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, diciembre 2005 a febrero de 2006.

CODIGO	PROBLEMA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA
AF1	Selección e inscripción de EPS-RS en el municipio: El municipio carece de la información actualizada y completa de las EPS-RS inscritas en el municipio	El municipio no cuenta con 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 tales como dirección teléfono y red de servicios.
AF2	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, 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.
AF3	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.
AF4	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 cual se tienen dificultades con la oportuna carnetización de los afiliados.
AF5	Los eventos de libre elección son realizados por las EPS-RS	El municipio no esta realizando la afiliación, esta 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.
AF6	La Base de Datos Única de Potenciales Beneficiarios priorizada, BDU_PB, 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.
AF7	Se realizan afiliaciones fraudulentas a personas que no tienen el derecho	Afiliaciones fraudulentas. Convocatoria y afiliación de personas que no tiene el derecho. No se afilia a la población priorizada.
A8	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 del orden departamental y municipal para evitar el ingreso de nuevas.

AF9	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 lección, 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.
AF10	La Base de Datos de Nuevos Afiliados y carnetizados no se depura una vez termina el proceso de afiliación y antes de la contratación	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 y/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 puede estar 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

- **Principales problemas del proceso de contratación**

Tabla 9. Consolidado problemas proceso de contratación en el Régimen Subsidiado de Salud, Diciembre 2005 a febrero de 2006.

CODIGO	PROBLEMA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA
C1	Dificultades en la suscripción y la legalización de los contratos de la aseguramiento	Suscripción y legalización de contratos: El Municipio no solicita a las ARS (EPS-RS) la presentación de los requisitos para la contratación en forma oportuna. Los contratos se legalizan en forma tardía, no se aportan oportunamente las pólizas de cumplimiento y demás requisitos contractuales, no se define la interventoría y no se anexa la BD de afiliados a los contratos. El municipio utiliza la minuta estándar del Ministerio para la contratación con las ARS (EPS-RS) sin considerar el uso de cláusulas adicionales o anexos técnicos para reglamentar la solución a los problemas más frecuentes con las ARS (EPS-RS) en cumplimiento de sus obligaciones. No existe planeación de los procesos de ampliación de cobertura en el nivel Nacional lo que dificulta la planeación en el nivel Municipal. Se notifican tardíamente las directrices para la contratación por parte del Ministerio de la Protección Social.
C2	Ausencia de interventoría y seguimiento a los contratos de aseguramiento.	No existe interventoría de los contratos con las ARS (EPS-RS). La interventoría está delegada en un funcionario con una carga laboral muy alta que le impide el cumplimiento de esta actividad. La interventoría la lleva a cabo una persona natural sin formación en auditoría/interventoría en salud. No se cuenta con herramientas de seguimiento y control de los

		contratos de aseguramiento. La interventoría no reporta informes a la secretaria 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. No hay claridad sobre la aplicación de multas por incumplimiento de las ARS (EPS-RS).
--	--	--

CODIGO	PROBLEMA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA
C3	La contratación es realizada por la Entidad Departamental de Salud	La contratación parece estar muy influenciada por el ente departamental, el ente departamental elabora las minutas. El municipio requiere asesoría pero con autonomía para incluir en los contratos cláusulas que aclaren y aseguren el cumplimiento de las obligaciones de las ARS en los aspectos que el municipio considere constantemente vulnerados. No existe un funcionario con el conocimiento suficiente en contratación de Régimen Subsidiado en el nivel municipal. 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. No existe personal suficiente debido a la aplicación de la Ley 617.
C4	Dificultad para establecer las fuentes de financiación de los contratos por demora en la expedición de las resoluciones por parte del Ministerio de la Protección Social	Dificultad para establecer fuentes de financiación. El Ministerio de la Protección Social emite las resoluciones de distribución de los recursos de cofinanciación del FOSYGA y los acuerdos de los periodos de contratación con muy poca anticipación al inicio del proceso de contratación. Desconocimiento sobre las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado.
C5	No se ha completado la carnetización de los afiliados contratados	Las ARS no han carnetizado en un 100% a sus afiliados. El municipio carece de capacidad para la verificación del proceso de carnetización de afiliados activos por parte de las ARS.
C6	Demora e inconsistencias en los reportes de novedades de afiliados por parte de las ARS	Las ARS no reportan oportunamente las novedades y el municipio se demora en presentar el aval o rechazo de las mismas. 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.
C7	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 los mismos. No se tienen en cuenta los informes de interventoría para liquidar los contratos

CODIGO	PROBLEMA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA
C8	Barreras de acceso en la prestación de los servicios del POS_S a los afiliados	Barreras de acceso a los servicios de salud del POS-S por causas como: las ARS (EPS-RS) no entregan su base de datos de afiliados a las IPS, la entrega de medicamentos por parte de las ARS (EPS-RS) no es oportuna, existe incumplimiento de las metas y actividades de promoción y prevención. No se realiza seguimiento a la verificación de la calidad en la prestación de los servicios, no se posee información sobre satisfacción del usuario. Escaso conocimiento del POSS 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 en la prestación de los servicios en la red pública por crisis institucional.
C9	Dificultades en la contratación del 4,01% para actividades de PyP. * * *	Existen dificultades en la contratación del 4.01% para las actividades de PYP a cargo del municipio. Se presentan dificultades con el seguimiento a la prestación de estos servicios. Las ARS (EPS-RS) desconocen los resultados de la ejecución de los contratos del 4.01%. Las ARS (EPS-RS) contratan con las IPS, las actividades de P y P a cargo de ellas sin verificar la ejecución de las mismas.

***Con la ley 1122/07 determina que las actividades propias del POS-subsidiado 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

- **Principales problemas del proceso de gestión financiera de recursos**

En la siguiente tabla se observa la consolidación y descripción de los 10 principales problemas encontrados en la evaluación inicial llevada a cabo en 99 municipios que participaron en este proyecto.

Tabla 10. Consolidado problemas proceso de gestión financiera de recursos en el Régimen Subsidiado de Salud, Diciembre 2005 a febrero de 2006.

CODIGO	PROBLEMA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA
F1	Inexistencia de Fondo Local de Salud o inadecuada administración del mismo.	La existencia del FLS implica el cumplimiento de tres requisitos: 1. Acuerdo de creación, actualizado con la Ley 715, 2. Creación de un capítulo presupuestal independiente en el ingreso y el gasto denominado Fondo Local de Salud y 3. 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 discriminando dichas fuentes.
F2	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.
F3	No existe coordinación entre las áreas financiera y aseguramiento en el municipio.	Los procesos de estas áreas no se complementan ocasionando duplicidad de funciones, ausencia de procedimientos de control, desorganización y retraso en las actividades propias del flujo de recursos.
F4	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.
F5	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 parte del 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 819/03) y el excesivo trámite y concertación política que implica la autorización de vigencias futuras.
F6	Ineficientes procesos de tesorería y control de pagos por parte del municipio.	Los pagos no se realizan anticipadamente. Existe demora en los pagos a las ARS, 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 parte de las ARS en el la radicación de facturas o entrega de reportes de novedades.
F7	Ausencia de control documental.	No se tiene un archivo único de las cuentas del Régimen Subsidiado (facturas-pagos-comprobantes) pues esta documentación esta mezclada con los demás pagos de los municipios.
F8	Debilidades de control interno	Especialmente sobre la cuentas por pagar, las facturas de las ARS no se causan contablemente, no se realiza seguimiento sobre los pagos de cada contrato presupuestal y contablemente.
F9	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.
F10	No se lleva a cabo rendición participativa de cuentas.	Ausencia de rendición participativa de cuentas por parte de 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.

- **Principales problemas de los procesos departamentales**

Los procesos departamentales gestión del Régimen Subsidiado de Salud, se organizaron en gerenciales, de asistencia técnica al os municipios de su jurisdicción, inspección vigilancia y control y gestión financiera de recursos.

Tabla 11. Consolidado problemas procesos departamentales, Diciembre 2005 a febrero de 2006.

Proceso	Código	Problema
GERENCIALES	G1	Talento humano insuficiente para desarrollar las competencias en la gestión del aseguramiento en el y Régimen Subsidiado de Salud.
	G2	Falta de capacitación y entrenamiento del talento Humano encargado de las funciones de aseguramiento.
	G3	Insuficiencia de recursos financieros para desarrollar las competencias.
	G4	No se cuenta con una plataforma estratégica del área de aseguramiento, ni se dispone de una estructura administrativa adecuada
	G5	Los recursos físicos son inadecuados o son insuficientes
	G6	No existe un Sistema de información o este es inadecuado
	G7	No existen manuales de procesos y procedimientos documentados de los procesos departamentales.
ASISTENCIA TECNICA	AT1	No hay cooperación o existe un acompañamiento insuficiente del nivel nacional, Ministerio de la Protección de Salud.
	AT2	Existe escasa receptividad de los Municipios a la Asistencia Técnica del departamento.
	AT3	La asistencia técnica a los Municipios, en particular mediante visitas de campo es escasa.
	AT4	La Planeación es inadecuada: No existe un diagnóstico formal para definir prioridades , no se tiene un plan asistencia técnica que de respuesta a las debilidades municipales en el Régimen Subsidiado de Salud.
	AT5	No se ha implementado en su totalidad el plan departamental de asistencia técnica

	AT6	Persisten dificultades en la consolidación de la información en el Departamento, por las debilidades de los municipios.
	AT7	No se tienen en cuenta las necesidades del Municipio en la formulación del Plan de AT
	AT8	No se realiza seguimiento a plan
	AT9	EL Departamento asume competencias que son del Municipio

Proceso	Código	Problema
Inspección Vigilancia y Control (IVC)	IVC1	No existe un Sistema de IVC como tal o es inadecuado en su conjunto o No hay proceso formal e instrumentado de IVC
	IVC2	Falta de coordinación de acciones de IVC - Proceso fraccionado de IVC
	IVC3	Concentración en procesos de flujo recursos y Bases de Datos (Contratación)
	IVC4	Concentración de funciones de IVC municipales en el departamento
	IVC5	Falta seguimiento y control a las recomendaciones
	IVC6	Concentración en otros procesos como control de prestación de servicios
	IVC7	Solo se tramitan las quejas y reclamos pero no se tiene un control posterior
	IVC8	No existe control participativo
	IVC9	Baja resolución de problemas o no se lleva a cabo la verificación
Gestión Financiera Departamental	GF1	Pérdida o desviación de recursos por baja capacidad de control sobre los mismos en departamento y municipios.
	GF2	Demora en la toma de decisiones por el lento flujo de la información.
	GF3	Lento proceso de incorporación de los recursos
	GF4	Falta de asistencia técnica a municipios sobre gestión de recursos en salud e inexistencia de controles por parte de los mismos.
	GF5	Débil Control sobre el flujo de los recursos destinados al Régimen Subsidiado,
	GF6	No existe la rendición de cuentas
	GF7	Falta administración 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

2.2.4 Estrategia de capacitación

La capacitación de los servidores públicos de los municipios y de los departamentos seleccionados participaron en los diplomados según la zona.

Cada grupo concertó con su contratista los horarios con base en sus necesidades de desplazamiento. En promedio los diplomados se desarrollaron entre 180 y 240 horas académicas, reforzadas con el trabajo de campo y acompañamiento en los municipios y departamentos. Se llevaron a cabo 13 diplomados en las sedes que a continuación se describen.

ZONA	SEDE DIPLOMADO	DEPARTAMENTOS
ZONA CENTRO PP008	1. BOGOTA	CUNDINAMARCA ARAUCA META CASANARE NIVEL NACIONAL
	2. TUNJA	BOYACA
ZONA COSTA ATLANTICA Y SANTANDERES PP 09	3. BARANQUILLA I	MAGDALENA CESAR GUAJIRA
	4. BARRANQUILLA II	BOLIVAR ATLÁNTICO
	5. BUCARAMANGA	SANTANDER NORTE DE SANTANDER
	6. SAN ANDRES	SAN ANDRES Y PROVIDENCIA
ZONA NOROCCIDENTE PP010	7. MEDELLÍN	ANTIOQUIA CORDOBA SINCELEJO QUINDÍO RISARALDA
	8. TOLU	CALDAS
	9. PEREIRA	CHOCO
	10. QUIBDO	VALLE DL CAUCA CAUCA
ZONA NOROCCIDENTE PP011	11. CALI	NARIÑO PUTUMAYO
	12. PASTO	HUILA TOLIMA CAQUETA
	13. NEIVA	


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 caso colombiano 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 les permitiera a los participantes aplicar lo aprendido en su quehacer diario.

- **Contenidos de los diplomados**

Aunque cada firma desarrolló el diplomado con diferentes énfasis e instrumentos y ayudas pedagógicas todos incluyeron los elementos de contexto, de procesos y el marco normativo general y específico. Con base en el diseño metodológico de la Universidad de Norte, se presenta a continuación un consolidado de lo que podríamos denominar los contenidos ideales en la capacitación de los servidores públicos que tienen a cargo las competencias y funciones en la gestión del Régimen Subsidiado de Salud en todos los niveles.

La estrategia de capacitación planteada debe ser acompañada con asistencia en terreno.

	<p>MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL República de Colombia 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</p>
<p>DIPLOMADO EN GESTION MUNICIPAL DEL REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD CONTENIDOS</p>	
<p>MODULO 1: Fundamentos del Sistema de Protección Social</p>	
<p>OBJETIVO</p> <p>1. Conocer la estructura y funcionamiento del Sistema de Protección Social y del Sistema General de Seguridad social en Salud -SGSSS, en particular el Régimen Subsidiado de Salud.</p> <p>CONTENIDOS MINIMOS</p> <p>a. Aspectos teóricos y fundamentos básicos de los sistemas de protección social b. Estructura y desarrollo del Sistema de Protección Social.</p>	

- c. Los derechos sociales.
- d. Ética y gestión pública
- e. La salud como derecho.
- f.. La salud como bien publico.
- 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 SGSSS
- j. Política de subsidios.
 - Universalización vs focalización: El Régimen Subsidiado de Salud
- k. Las funciones básicas de los sistemas de salud y protección social
 - i. Rectoría
 - ii. Financiamiento
 - iii. Articulación
 - iv. Prestación
- l.El marco normativo general del SGSSS
- l.El marco normativo general del Régimen Subsidiado de Salud

Taller : Las competencias

Analizar conjuntamente la forma en que los diferentes actores han asumido sus competencias
 Revisar el marco normativo general que orienta el SGSSS y el Régimen Subsidiado de Salud

MODULO 2: Gestión por procesos

OBJETIVO

- 1. La Ley 872 del 30 de Diciembre de 2003, del Congreso de la República: 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. 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 macro procesos de gestión municipal y departamental y nacional en el Régimen Subsidiado de Salud

Identificar los macroprocesos de gestión municipal y departamental y nacional del Régimen Subsidiado de Salud y analizar los mecanismos y estrategias para su articulación

MODULO 3: Gestión del Régimen Subsidiado de Salud.

OBJETIVO

- 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 y en la formulación de los planes de mejoramiento.

CONTENIDOS MINIMOS

- a. El concepto de aseguramiento en salud
 - i. la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud,
 - ii. la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo
 - iii. la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud
 - iv. la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores
 - v. Aseguramiento mediante modalidad de subsidios, total y parcial
- a. Competencias de los Departamentos
- b. Competencias de los Distritos
- c. Competencias del Municipio: procesos esenciales
 - i. Proceso de Identificación, Selección y Priorización de potenciales beneficiarios
 - ii. Proceso afiliación
 - iii. Proceso de contratación
 - iv. Proceso de gestión financiera de recursos
- d. La operación Regional
- e. Funciones de las EPS del Régimen Subsidiado
- e. Obligaciones de los usuarios
- f. Autodiagnóstico
- g. 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

MODULO 4: Proceso de Identificación, selección y priorización de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud

OBJETIVO

1. Conocer las distintas formas de focalización de subsidios.
2. Capacitar a los a los y las servidores (as) públicos en los criterios de identificación, priorización y selección de beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud, en el marco normativo vigente
3. Revisar con los y las servidores (as) públicos el desarrollo del proceso de identificación, priorización y selección de beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud en el municipio respectivo y las competencias del departamento.

CONTENIDOS MINIMOS

- 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, manejo de novedades de actualización
- g. Conformación de la Base de Datos

Taller: Autodiagnóstico del proceso de ISP de beneficiarios del RSS.

Revisar con los y las servidores (as) públicos el desarrollo del proceso de ISP en el municipio respectivo.

- a. Autoevaluación proceso y subprocesos
- b. Autodiagnóstico de recurso humano, estructura, desarrollo tecnológico en el mpio y depto.
- c. Elaboración del plan de mejoramiento

MODULO 5: Administración de la base de datos única de potenciales beneficiarios BDUPB_Régimen Subsidiado de Salud

OBJETIVO

1. Entrenar a los y las servidores (as) públicos en la conformación, depuración y validación de la base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud, en el marco normativo vigente.
2. Entrenar a los y las servidores (as) públicos en el manejo y auditoría de la BDUPB-RS
3. Revisar con los participantes el desarrollo de los procesos de administración de la BDUPB .
4. Revisar con los participantes el desarrollo del proceso de priorización de potenciales beneficiarios

CONTENIDOS MINIMOS

- 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 BDUPB-Régimen Subsidiado de Salud
- 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 la Direcciones Departamentales y MPS

Taller : Revisión de la estructura y procesamiento de las bases de datos de los afiliados al RSS

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

MODULO 6: Afiliación al régimen subsidiado de salud

OBJETIVO

1. Brindar a los y las servidores (as) públicos las herramientas básicas para la organización de un proceso de afiliación que garantice el derecho a la libre elección de los usuarios sobre las EPS-RS, en los municipios, en el marco normativo vigente.
2. Revisar con los y las servidores (as) públicos el desarrollo de los procesos de afiliación en el municipio respectivo.

CONTENIDOS MINIMOS

- a. Bases de Datos de potenciales beneficiarios priorizada
- b. Inscripción de EPS-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 RSS.

Revisar con los y las servidores (as) públicos el desarrollo del proceso de afiliación en el municipio respectivo.

- a. Autoevaluación procesos y subproceso
- b. Autodiagnóstico de recurso humano , estructura, desarrollo tecnológico en el mpio
- c. Elaboración del plan de mejoramiento

MODULO 7: Contratación del aseguramiento en el Régimen subsidiado de salud

OBJETIVO

1. Capacitar y entrenar a los y las servidores (as) públicos en el proceso de contratación del Régimen Subsidiado en Salud, en el marco normativo vigente.
2. Capacitar a los servidores públicos en los contenidos del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado-POSS
3. Conocer las fortalezas y debilidades de las entidades territoriales en el proceso de contratación del Régimen Subsidiado en Salud.
4. Revisar con los y las servidores (as) públicos participantes el desarrollo de los procesos de contratación en el municipio respectivo.

CONTENIDOS MINIMOS

- a. Elaboración y perfeccionamiento de los contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado de Salud.
- c. Nombramiento del interventor del RS
- d. Evaluación de la Red Prestadora de Servicios de Salud
- e. Monitorización del proceso de Carnetización
- f. Organización del archivo de Régimen Subsidiado en el ente territorial

Taller : Revisión de la estructura y procesos de contratación en el RSS.

Revisar con los y las servidores (as) públicos participantes el desarrollo de los procesos de contratación en el municipio respectivo.

- a. Autoevaluación procesos y subproceso
- b. Autodiagnóstico de recurso humano , estructura, desarrollo tecnológico en el mpio
- c. Elaboración del plan de mejoramiento

MODULO 8: Administración de la base de datos única de afiliados -BDUA y el manejo de novedades

OBJETIVO

1. Entrenar a los y las servidores (as) públicos en el manejo y auditoría de bases de datos del Régimen Subsidiado en Salud, en el marco normativo vigente.
2. Revisar con los y las servidores (as) públicos participantes el desarrollo de los procesos de administración de la base de datos de afiliados y sus novedades, en el municipio respectivo.

CONTENIDOS MINIMOS

- 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 procesamiento de las bases de datos de los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud

Revisar con los y las servidores (as) públicos participantes el desarrollo de los procesos de administración de la base de datos de afiliados y sus novedades, en el municipio respectivo.

MODULO 9: Sistema de información y atención de usuarios en el Régimen Subsidiado de Salud

OBJETIVO

1. Capacitar a los y las servidores (as) públicos, en el funcionamiento ideal de un 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 el municipio respectivo.

CONTENIDOS MINIMOS

- a. Divulgación de deberes y derechos
- b. Contenidos del POSS
- c. Acceso a los servicios del POSS a través de la Red Prestadora de Servicios y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- d. Acceso a los servicios no contenidos en el POSS
- 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 RSS.

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

MODULO 10 : Interventoría del Régimen Subsidiado de Salud

OBJETIVO

1. Capacitar los y las servidores (as) 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 vigente
2. Revisar con los y las servidores (as) públicos, participantes el desarrollo de los procesos de interventoría del Régimen Subsidiado en Salud en el municipio respectivo.
3. Capacitar en terminación y liquidación de contratos del Régimen Subsidiado en Salud

4. Revisar con los y las servidores (as) públicos, participantes el desarrollo de los procesos de terminación y liquidación de contratos del Régimen Subsidiado en Salud en el municipio respectivo.

CONTENIDOS MINIMOS

- a. Evaluación de la red de prestadores de las EPS-RS para verificar que garanticen la totalidad de los servicios contenidos en el POSS.
- b. Evaluación del acceso a los servicios de salud.
- c. Evaluación del SIAU
- 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 RSS.

Revisar con los y las servidores (as) públicos, participantes el desarrollo de los procesos de interventoría del Régimen Subsidiado en Salud en el municipio respectivo.

MODULO 11 : Gestión financiera de recursos del Régimen Subsidiado de Salud

OBJETIVO

- 1. Capacitar a los y las servidores (as) públicos, participantes en los procesos de Gestión Financiera del Régimen Subsidiado.
- 2. Revisar con los y las servidores (as) públicos, participantes el desarrollo de los procesos de gestión financiera del Régimen Subsidiado en Salud en el municipio respectivo.

CONTENIDOS MINIMOS

- a. Gestión financiera por nivel territorial (nación, departamento, distrito y municipio)
- b. Identificación de las fuentes de financiación de los contratos de aseguramiento del RSS
- 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 Gestión financiera de recursos del Régimen Subsidiado de Salud

Revisar con los y las servidores (as) públicos, participantes el desarrollo de los procesos de gestión financiera del Régimen Subsidiado en Salud en el municipio respectivo.

- a. Autoevaluación procesos y subproceso
- b. Autodiagnóstico de recurso humano , estructura, desarrollo tecnológico en el mpio
- c. Elaboración del plan de mejoramiento

MODULO 12: Sistema de Inspección, Vigilancia y Control - Sistema de Evaluación Territorial del RSS

OBJETIVO

1. Capacitar y analizar con los y las servidores (as) públicos participantes en lo referente a los sistemas de inspección vigilancia y control, diseñados para el SGSSS y en particular lo concerniente al RSS

2. Revisar con los y las servidores (as) públicos participantes el desarrollo de los procesos de IVC del Régimen Subsidiado en Salud en el municipio respectivo.

CONTENIDOS MINIMOS

- a. Fundamentos teóricos del 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 nivel municipal
- e. Discusión de experiencias exitosas de IVC
 - i. El sistema de evaluación territorial-SET
- f. Capitulación sobre prueba piloto del sistema de IVC en un municipio de la zona
- g. Fundamentos del Sistema de Evaluación Territorial del RSS

Taller: Revisión de los resultados del Sistema de Evaluación Territorial del RSS

Revisar con los y las servidores (as) públicos participantes el desarrollo de los procesos de IVC del Régimen Subsidiado en Salud en el municipio respectivo y su articulación con las entidades departamentales y nacionales .

MODULO 13: La gestión departamental del Régimen Subsidiado de Salud

OBJETIVO

- 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 MINIMOS

- 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. El procesos de Inspección Vigilancia y Control al Régimen Subsidiado a los 4 macroprocesos de gestión municipal.

Taller: autodiagnóstico por procesos y plan de mejoramiento

MODULO 14:

OBJETIVO

- 1. Revisar con los y las servidores (as) 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 nivel municipal y departamental

Presentación de los planes de mejoramiento

Perspectivas del régimen subsidiado

Clausura y certificación

Simultáneamente con la capacitación se programan visitas de seguimiento y se llevan a cabo tutorías técnicas en Municipios según requerimiento

2.2.5 Plan de mejoramiento y seguimiento

Durante esta misma etapa el grupo de expertos y personal técnico de las firmas ejecutoras realizó 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; evaluando también el desempeño de los servidores en sus funciones propias para identificar los procesos que requerían refuerzo en la labor de asistencia.

Con base en los resultados de la aplicación de los instrumentos de Autoevaluación, aplicados por los servidores públicos de los entes territoriales incluidos en la asistencia técnica y de la evaluación externa, realizada por los facilitadores Regionales, se recogen las principales debilidades detectadas por cada uno de los procesos (Identificación, Selección y Priorización de Beneficiarios, Afiliación de Beneficiarios, Contratación y gestión de Recursos Financieros), y se plasmaron en la matriz de diagnóstico por proceso.

Luego de analizar las debilidades y fortalezas por proceso, se formuló en equipo y en acuerdo, para cada uno de los procesos objeto de intervención con la Asistencia Técnica, la matriz de formulación y seguimiento del plan de mejoramiento, que contiene objetivo de mejoramiento, las estrategias, las actividades, los indicadores, los responsables y el tiempo de su ejecución.

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

- ***Instrumentos para la formulación y seguimiento de los planes de mejoramiento***

Para cada proceso de gestión municipal se diseñó un instrumento de plan de mejoramiento y seguimiento acorde con los procesos estandarizados y validados que hacen parte de la segunda versión actualizada de la Caja de Herramientas para la gestión municipal del Régimen Subsidiado de Salud. Se presenta en este anexo el instrumento correspondiente al proceso de Identificación, selección y priorización.



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
República de Colombia
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

PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO DEL REGIMEN SUBSIDIADO

ELABORE EL PLAN DE MEJORMIENTO PARA CADA ACTIVIDAD EN LA QUE OBTUVO PUNTAJE 1 o 0

FECHA DE ELABORACION			
	DD	MM	AA
FECHAS DE SEGUIMIENTO	1	2	3
	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, Auxiliar2

2 Cargo Funcional: Corresponde a la función principal por ejemplo: Coordinador de Aseguramiento, Administrador de base de datos.

PROCESO: A. IDENTIFICACION, SELECCION Y PRIORIZACION DE BENEFICIARIOS

SUBPROCESO 1: INTEGRACION Y DEPURACION DE LA BASE DE DATOS DE POTENCIALES BENEFICIARIOS						
OBJETIVO PLAN DE MEJORAMIENTO	QUE	QUIEN	PERIODICIDAD	CUANDO	CUMPLIO	
					SI	NO
INTEGRAR Y DEPURAR EN UN SOLO ARCHIVO MAGNÉTICO LA BASE DE DATOS UNICA DE POTENCIALES BENEFICIRIOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO	Elaborar oficio de solicitud de base de datos a la 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					
	Ajustar la información de los listados censales en 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						

INDICADOR DEL SUBPROCESO	ESTANDAR	MEDICION 1	2	3	4	CUMPLIO	
Porcentaje de inconsistencias detectadas en la BDUPB	0%				94	SI	NO
Porcentaje de inconsistencias detectadas en la BDUPB	0%					SI	NO

PLAN DE MEJORAMIENTO SUBPROCESO 2 : ELABORACION BASE DE DATOS INICIAL DE PRIORIZADOS						
OBJETIVO PLAN DE MEJORAMIENTO	QUE	QUIEN	PERIODICIDAD	CUANDO	CUMPLIO	
					SI 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	ESTANDAR	1	2	3	4	CUMPLIO
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			SI NO

PLAN DE MEJORAMIENTO SUBPROCESO 3 : ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE LA BD DE DATOS ÚNICA DE POTENCIALES BENEFICIARIOS					
OBJETIVO PLAN DE MEJORAMIENTO	QUE	QUIEN	PERIODICIDAD	CUANDO	CUMPLIO
					SI 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				
	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	ESTANDAR	1	2	3	4	CUMPLIO
Disponibilidad de la BDUPB priorizada		Entre 150 y 120 días antes del proceso de contratación				SI NO
Solicitudes de actualización digitadas oportunamente						SI NO

2.2.6 Asistencia Directa a municipios y departamentos o estrategia de facilitación en terreno

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 Municipal (o quien haga 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 y específicamente dedicada a:
 - Resolver inquietudes de los servidores públicos municipales relacionadas con la operación del régimen subsidiado.
 - **Realizar seguimiento de los compromisos adquiridos por los municipios.**

- ⇒ Internet o página Web: con el mismo propósito de la línea telefónica, y adicionalmente para actualizar e intercambiar la información que se requiera, envío de documentación conceptual relacionada con el régimen subsidiado o para el envío oportuno de la normatividad vigente.

- ⇒ Visitas de acompañamiento y seguimiento: Estuvo a cargo del equipo técnico o del Facilitador asignado al municipio, y consistió en visitar a los servidores públicos del municipio, con el propósito de:
 - Verificar la información del autodiagnóstico realizado por el equipo técnico del municipio.
 - Apoyar la formulación e implementación del plan de mejoramiento.
 - Realizar el seguimiento a la operación de cada uno de los procesos centrales del Régimen Subsidiado en Salud a nivel municipal
 - Realizar seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento
 - Tramitar y solucionar inquietudes y dudas, con respecto a la operación del régimen subsidiado en cada uno de los procesos y de la aplicación de la normatividad vigente.
 - De cada una de las visitas se levantaron actas, firmadas por los servidores públicos municipales y departamentales que realizan la visita y en ella se consignó los avances, las dificultades y los compromisos de las partes.

- Visitas a todos los departamentos por parte del equipo Técnico central de la firma.
- Visitas a los municipios en compañía de los servidores públicos a cargo de la gestión del Régimen subsidiado en el departamento con el propósito de entrenarlos en terreno en la Asistencia Técnica.
- Se resolvieron dudas por vía telefónica y por correo electrónico, tanto del municipio como del departamento.

⇒ Visitas de seguimiento e interventoría por aparte de los consultores del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud

Para lograr lo anterior, se requirió previamente de la capacitación de los facilitadores contratados por las firmas que hicieron la asistencia técnica; igualmente, fue necesaria la estandarización en la metodología e instrumentos a aplicar en cada uno de los Entes territoriales a asistir.

Se realizaron 5 visitas de asistencia técnica en promedio por cada uno de los Facilitadores Regionales a los 99 municipios que participaron en el proyecto. Adicionalmente se realizaron en promedio tres visitas a los departamentos y visitas a municipios en compañía del departamento.

2.2.7 Visitas de seguimiento por parte de los consultores del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud

Durante toda la ejecución el proyecto se realizaron visitas de seguimiento a las firmas las diferentes estrategias desarrolladas por las firmas, con el propósito de.

- Realizar la interventoría a las firmas con base en los planes de trabajo, cronogramas y desarrollo de las diferentes estrategias del modelo de asistencia técnica
- Conocer la realidad municipal y departamental y verificar la implementación de diagnóstico y planes de mejoramiento.
- Apoyar la validación en la etapa de estandarización de procesos.
- Participar en las discusiones técnicas generadas en el desarrollo de las diferentes sesiones de los diplomados.
- Recibir las innumerables recomendaciones, críticas y felicitaciones de los servidores territoriales en la regulación y la dirección del sistema y en especial del Régimen Subsidiado de Salud.
- Verificar con los servidores de los municipios y departamentos el grado de aceptación del proyecto, el mejoramiento en las gestión de los procesos y el empoderamiento alcanzado a través del manejo

conceptual y operativo de los procesos del Régimen Subsidiado de Salud.

- Verificar el grado de utilización de los materiales diseñados en la Caja de Herramientas.
- Representar al Ministerio de la Protección Social ante las entidades territoriales de salud en las actividades relacionadas con el proyecto.
- Retrolimentar al Ministerio de la Protección Social en las recomendaciones de las entidades territoriales en cumplimiento de la función de transferencia.
- Realizar la propuesta de compilación normativa
- Consolidar la experiencia.

2.2.8 Modelo operativo de Inspección, Vigilancia y Control territorial del Régimen Subsidiado

DEFINICIÓN

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

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

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

Principales debilidades del sistema a nivel local

- *Municipalización en vez de descentralización.*
Las violaciones a los derechos de los beneficiarios se captan y se resuelven en el municipio, es escasa la cooperación del departamento y casi nula la de la nación para detectar problemas y para ayudar a resolverlos. Por lo 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.
- *La 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, constatar 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 éstas.

- *El 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 cual posee una ventaja y una desventaja. Por una parte, incentiva la flexibilidad, la 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 nivel municipal tiende a no funcionar de manera inteligente e integral. Generalmente 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 nos 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.

Objetivo general del SET

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

Objetivos específicos del SET

Los objetivos específicos del SET son por una parte, la promoción de la participación comunitaria en la evaluación del régimen subsidiado y la concertación entre actores del sistema en los niveles territoriales alrededor de ajustes para mejorar el desempeño del régimen subsidiado en salud.

Por otra parte, la detección de fallas en el régimen subsidiado que den lugar a intervenciones oportunas y la calificación del desempeño de las DLS, las EPS y las IPS que tengan consecuencias sobre el funcionamiento del régimen en los niveles territoriales.

Principios de política pública que orientan el sistema de evaluación territorial - SET

- ***Concertación.***
Principio que tiende a romper la fragmentación y el aislamiento institucional, a cambio de propiciar la concertación entre los actores del

sistema 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.

- ***La 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: los prestadores de servicios, la administración local, las aseguradoras, los personeros, los 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 tales 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 respecto de los derechos de las personas tendrán consecuencias. Por una parte, la divulgación pública de resultados, compromisos y el ranking de las empresas, por otra contractual, cuando lo amerite, es decir, advertencias, multas, sanciones, o finalización de la relación contractual.

Componentes funcionales del sistema de evaluación territorial –SET-

Las fuentes del sistema

Cuatro son las fuentes del sistema de evaluación territorial: evaluaciones participativas por usuarios, EP, la 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 ante las 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.

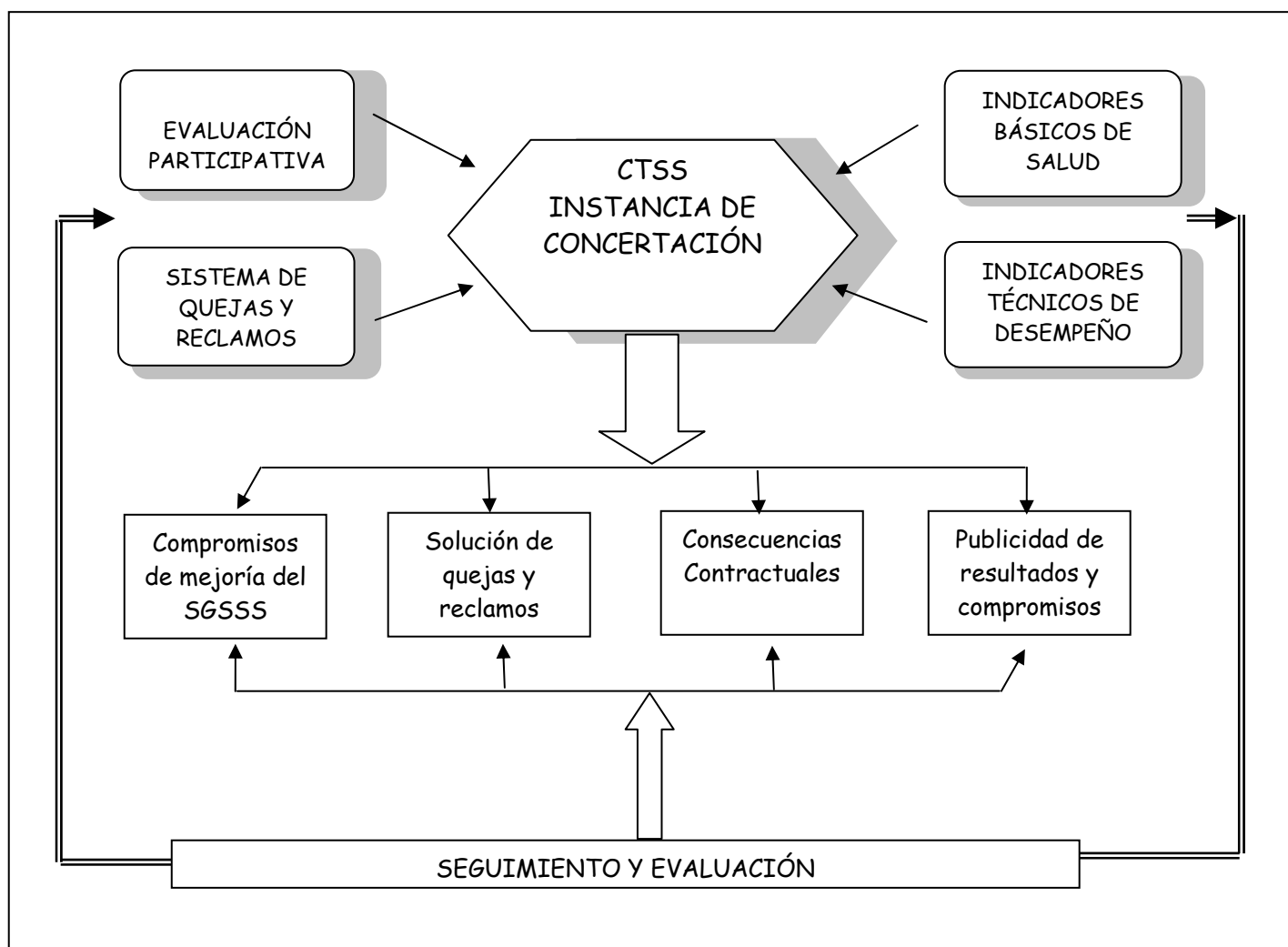
- **Indicadores de salud municipal**

Es el conjunto de mediciones sobre mortalidad, enfermedad y factores de riesgo respecto de los cuales se evalúa el régimen subsidiado en salud.

Instancia de concertación y pactos de desempeño

Las cuatro fuentes de información son consideradas por una instancia de concertación municipal (El Consejo Territorial de Seguridad Social –CTSS- o entidad substituta), 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.

MAPA GENERAL DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN TERRITORIAL-SET-



Consideraciones metodológicas generales del SET

Ambientación de la propuesta a nivel 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:

- a. Convocar (en cabeza del Alcalde) las diferentes instancias municipales ARS, IPS, Personería y servidores públicos de las áreas de planeación, financiera y Secretaría de salud del municipio para presentar la propuesta del SET, contenidas, objetivos, importancia, bondades y resultados esperados en su aplicación.
- b. Realización de campaña publicitaria, invitando a la población a participar en la evaluación comunitaria (afiches, folletos, mensajes en medios de comunicación)

Aprestamiento

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

- a. Diagnóstico preliminar de los principales problemas del régimen subsidiado en salud del municipio (financiero, administrativo, operativo de información, etc.
- b. Determinar las fuentes de información para cada componente
- c. Definir la participación y responsabilidad de cada área de la administración municipal y actor 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

Ejecución

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

- b. Adelantar revisiones periódicas de la ejecución del plan
- c. Realizar reuniones de concertación sobre la marcha entre la secretaria 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.
- d. Dar cumplimiento a los cronogramas de aplicación, conforme a la metodología escogida.
- e. Tabular la información.
- f. Consolidar los resultados y priorizar los problemas que requieren ser tratados en la concertación.
- g. Preparar presentación de los hallazgos y resultados.

Instancia de socialización de resultados y concertación

- a. Determinar la instancia de socialización y los actores a participar. (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 de los resultados).
- b. Planear el orden del día y los temas sobre los cuales se quiere hacer énfasis, para no desviarse de las dificultades sobre las cuales se quiere llegar a acuerdos.
- c. Concertar y establecer compromisos y acciones para mejorar las debilidades detectadas, tratando de que la SLS no asuma todas las responsabilidades de mejoría, sino que sea un trabajo conjunto de todos los actores del sistema.
- d. Discutir y fijar periodicidad de la evaluación de resultados y nueva fecha de reunión para este propósito.

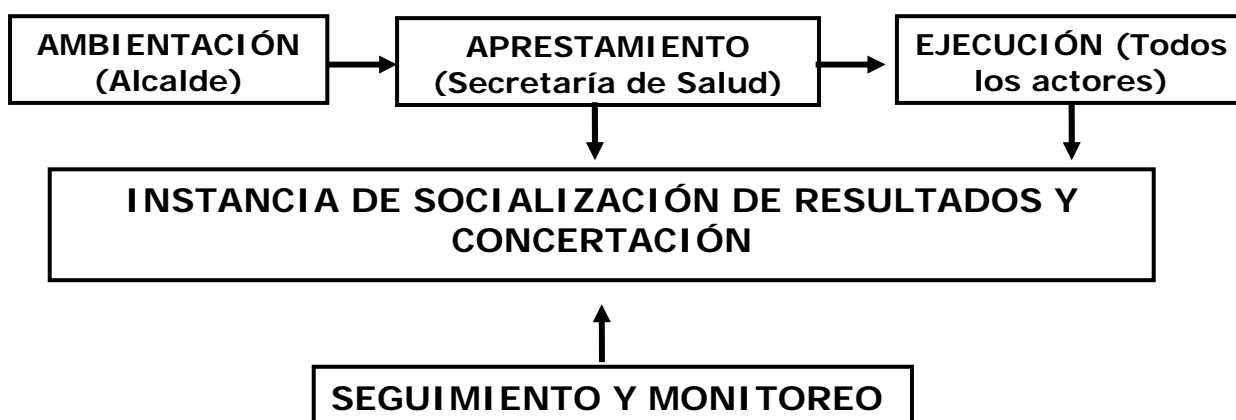
Seguimiento y monitoreo

- a. Verificar el cumplimiento de los compromisos adquiridos, ajustar los planes de mejoría, distribuir responsabilidades y definir metas y cronograma.
- b. Determinar consecuencias para renuentes a realizar los compromisos pactados.
- c. Ajustar el instrumento y/o la metodología, en el momento que sea necesario, de acuerdo a los resultados obtenidos, las particularidades presentadas en la aplicación y las sugerencias de la comunidad y de otros

actores. La aplicación y contenido de los instrumentos no puede ser estática, pues debe adaptarse a las situaciones que surjan en el sistema (normatividad, particularidades de los procesos, respuesta de la comunidad frente a los métodos utilizados etc.)

- d. Diseñar mecanismos de publicidad de resultados de cada componente, los planes de mejoría y los compromisos de cada institución frente a las dificultades encontradas.

ESQUEMA DE CONSIDERACIONES GENERALES



2.3 TERCERA FASE:

En este periodo y con una duración de tres meses, las firmas ejecutoras efectuaron el seguimiento a los planes de mejoramiento planteados y evaluaron el grado de ejecución, se llevaron a cabo los eventos zonales de difusión de avances y el evento final.

2.3.1 Socialización de los resultados

A través de dos eventos por zona y con la participación de los representantes de los departamentos y de los municipios seleccionados y de los municipios que autofinanciando su participación deseen asistir, se llevaron a cabo los eventos de difusión de los avance y resultados del proyecto.

2.3.2 Evaluación del grado de mejoramiento en la cualificación y adquisición de las destrezas, conocimientos y manejo conceptual y operativo por parte de los servidores territoriales que ejercen las funciones operativas del Régimen Subsidiado en los municipios seleccionados.

- **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 ex – post o segunda medición, realizadas por las firmas ejecutoras, verificando la evolución de la realización o no de aquellas actividades consideradas clave para mejorar el desarrollo de cada proceso.

Las evaluaciones realizadas al inicio y al final del proyecto de AT, pueden dar cuenta de la eficacia de la metodología utilizada, para incidir en el cambio de dinámicas presentes en los municipios intervenidos, pero no hay que desconocer la existen otro tipo de relaciones y procesos al interior de las direcciones territoriales cuya transformación trasciende la duración de un proyecto de AT, se requiere continuidad en las intervenciones al tiempo que políticas consistentes con las realidades regionales y las necesidades del sistema.

A continuación se presentan los municipios cuya calificación en la evaluación, por tipo de proceso fue inferior 50% en la medición final:

Tabla No. 1. Municipios que obtuvieron calificaciones inferiores al 50% en la evaluación ex –post.

Proceso	Departamento	Municipio	Categoría	Medición Inicial	Medición Final
Identificación					
	CUNDINAMARCA	LA MESA	6	38%	33%
	BOLIVAR	SANTA ROSA	6	35%	40%
Afiliación					
	CUNDINAMARCA	CACHIPAY	6	38%	38%
	BOLIVAR	MAGANGUE	6	46%	46%
	N. DE SANTANDER	CHINACOTA	6	46%	46%
	ANTIOQUIA	VENECIA	6	15%	40%
	CHOCO	CONDOTO	6	18%	17%
	CHOCO	QUIBDO	6	7%	44%
Contratación					
	MAGDALENA	SANTA MARTA	2	30%	46%
	MAGDALENA	FUNDACION	6	46%	46%
	CHOCO	CONDOTO	6	14%	18%
Gestión Financiera					
	CUNDINAMARCA	CACHIPAY	6	13%	13%
	MAGDALENA	SANTA MARTA	2	30%	46%
	MAGDALENA	FUNDACION	6	46%	46%

Fuente: Informes finales presentados por las firmas ejecutoras del proyecto. Evaluación inicial realizada para el periodo dic/04-feb/05 y evaluación final realizada durante dic/05-mar/06.

A pesar de los esfuerzos por 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 al 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 al 70%, al comparar la línea de base de su evaluación de las actividades clave de cada proceso al inicio y al final de la asistencia técnica. Como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 2 Municipios con mejoramiento según evaluación inicial y final superior al 70%.

Proceso	Departamento	Municipio	Categoría	Medición Inicial	Medición Final	% Mejora
Identificación						
	CUNDINAMARCA	TOCAIMA	6	0%	67%	100%
	CUNDINAMARCA	UBATE	6	0%	100%	100%
	BOYACA	CHIQUINQUIRA	6	0%	100%	100%
	META	VILLAVICENCIO	2	0%	80%	100%
	META	RESTREPO	6	10%	75%	87%
	CASANARE	TAMARA	6	10%	85%	88%
	ATLANTICO	REPELON	5	25%	85%	71%
	ANTIOQUIA	LA CEJA	4	25%	100%	75%
	ANTIOQUIA	YOLOMBO	6	18%	86%	79%
	CORDOBA	CIENAGA DE ORO	6	21%	93%	77%
		DOS	1			
	RISARALDA	QUEBRADAS		14%	86%	84%
	RISARALDA	LA VIRGINIA	4	18%	68%	74%
		BELEN DE	6			
	RISARALDA	UMBRIA		25%	89%	72%
	TOLIMA	ESPINAL	3	18%	63%	72%
Afiliación						
	CUNDINAMARCA	TABIO	6	0%	50%	100%
	BOYACA	AQUITANIA	6	25%	100%	75%
	BOYACA	CHIQUINQUIRA	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	YOLOMBO	6	10%	82%	88%
	CHOCO	NUQUI	6	7%	60%	88%
	CHOCO	QUIBDO	6	7%	44%	84%
	QUINDIO	QUIMBAYA	6	14%	55%	75%
	RISARALDA	LA VIRGINIA	4	15%	68%	78%
	TOLIMA	ESPINAL	3	20%	79%	75%
	VALLE	ZARZAL	6	0%	80%	100%
Contratación						
	CUNDINAMARCA	TABIO	6	0%	89%	100%
	BOYACA	CHIQUINQUIRA	6	0%	89%	100%
	META	RESTREPO	6	20%	80%	75%
	CHOCO	NUQUI	6	13%	55%	76%
	CHOCO	QUIBDO	6	13%	84%	85%
Gestión Financiera						
	CUNDINAMARCA	LA MESA	6	13%	75%	83%
	ATLANTICO	REPELON	5	15%	60%	75%
	ATLANTICO	TUBARA	6	15%	85%	82%

Fuente: Informes finales presentados por las firmas ejecutoras del proyecto. Evaluación inicial realizada para el periodo dic/04-feb/05 y evaluación final realizada durante dic/05-mar/06.

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

2.4 CUARTA FASE

Tuvo como objeto coordinar el trabajo de consolidación de los resultados y de la experiencia de los cuatro proyectos de Asistencia Técnica para el Fortalecimiento de la Capacidad Institucional de las Entidades Territoriales en la Gestión del Régimen Subsidiado y de la estrategia comunicacional, y preparar los documentos para su edición y publicación; apoyar a la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud en la implementación las recomendaciones relacionadas con la integración en un solo cuerpo normativo de las disposiciones que regulan la forma y operación del Régimen Subsidiado y terminar la supervisión técnica y la interventoría de la firma que adelanta el proyecto de Asistencia Técnica para el fortalecimiento de la capacidad institucional en la gestión del Régimen Subsidiado Zona Centro.

1. Coordinar el proceso de documentación y consolidación de los resultados de la experiencia desarrollada por los 4 proyectos de Asistencia Técnica para el Fortalecimiento de la Capacidad Institucional de las Entidades Territoriales en la Gestión del Régimen Subsidiado y de la estrategia comunicacional, en un documento, para su edición y publicación.
2. Transferir a la Dirección General de la Demanda en Salud, con la participación de los otros consultores de la línea de proyectos, los resultados de los proyectos, de tal forma que se promueva en el Nivel Nacional, la institucionalización del modelo asistencia técnica desarrollado por los proyectos.
3. Apoyar el proceso de análisis de la vigencia y articulación de las normas que han modificado el acuerdo 244 de 2003, y participar en la integración en un solo cuerpo normativo las disposiciones que regulan la forma y operación del Régimen Subsidiado a fin de facilitar y garantizar su eficiente implementación y desarrollo en todo el territorio nacional, integrando las sugerencias y

recomendaciones emanadas de las entidades departamentales y municipales de salud que recibieron la asistencia técnica por parte del proyecto.

4. Desarrollar las actividades de supervisión técnica e interventoría a la firma seleccionada y contratada para el desarrollo de Realizar un Video de 17 minutos para complementar un video preexistente de 43 minutos de duración sobre el régimen subsidiado de salud, y grabar y entregar 100 copias de el CD multimedia actualizado entregado por el Ministerio de la Protección Social, que contiene el compendio normativo, los procesos municipales, departamentales y nacionales, hasta su finalización y posterior liquidación