

**DIAGNOSTICO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE
INTERVENTORIA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN UN MUNICIPIO DE
SANTANDER EN SU COMPONENTE ENTE TERRITORIAL -
ASEGURADORA EN EL AÑO 2.008**

POR:

**ALEXANDER ALMEIDA
MARTHA LUCIA MONTAÑEZ
LIDA MARCELA ARGUELLO
SANDRA DEL PILAR RANGEL**

***PROPUESTA DE TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD***

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES Y
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA**

**FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORIA EN SALUD
GRUPO XXIII**

BUCARAMANGA – SANTANDER

2009

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción etapa de diagnóstico y planeación del ciclo de interventoría del régimen subsidiado en un municipio de Santander

1.1. Objetivos de la etapa de diagnóstico y planeación del ciclo de interventoría del régimen subsidiado en un municipio de Santander

1.2. Metodología

1.2.1. Descripción del problema

1.2.2. Formulación de la pregunta

1.2.3. Ciclo de la interventoría

1.3. Etapa de diagnóstico y planificación de la interventoría

1.4. Aplicación del instrumento para el diagnóstico inicial

1.5. Aplicación del instrumento de medición para el régimen subsidiado de la entidad territorial.

1.5.1. Proceso de diagnóstico estructural oficina régimen subsidiado entidad territorial

1.5.1.1 aplicación del instrumento proceso de diagnóstico estructural oficina régimen subsidiado entidad territorial

1.5.2. Proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios

1.5.2.1 proceso de verificación de base de datos

1.5.2.2. Aplicación del instrumento al proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios

1.5.3. Proceso de afiliación en el régimen subsidiado.

1.5.3.1. Aplicación del instrumento al proceso de afiliación de beneficiarios al régimen subsidiado

1.5.4. Proceso de contratación en el régimen subsidiado

1.5.4.1. Aplicación del instrumento al proceso de contratación en el régimen subsidiado

1.5.5. Proceso de gestión financiera

1.5.5.1. Aplicación del instrumento al proceso de gestión financiera municipal

2. Aplicación de instrumentos a las EPS-S en el municipio

2.1. Proceso de activación de derechos de usuarios en el régimen subsidiado

2.2. Evaluación de la red prestadora de servicios y el sistema de referencia y contrarreferencia

2.3. Evaluación de la gestión sanitaria de la EPS-S

2.4. Evaluación de la gestión de la calidad de la atención

3. Conclusiones

4. Bibliografía

1. INTRODUCCION ETAPA DE DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL CICLO DE INTERVENTORIA DEL REGIMEN SUBSIDIADO DEL MUNICIPIO NUMERO 1

Se acuerda dar desarrollo al proceso de interventoria, el cual servirá como sustento de proyecto de grado para optar al título de especialista en auditoría de salud.

La fecha en la cual se desarrolla el proyecto de grado es del 01 de Diciembre de 2008 al 31 de Marzo del año 2009.

La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.”

La Ley 100 de 1.993, en su Libro Segundo expone las normas sobre la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Define los dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, así como el sistema de dirección, vigilancia y control, la financiación y la prestación de los servicios de salud.

El Régimen Subsidiado es definido como un conjunto de normas, entidades administradoras, prestadoras y usuarios de servicios de salud, cuyo objeto es el aseguramiento y prestación integral de servicios de salud a la población pobre y vulnerable que habita el territorio colombiano.

Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad" y creado así: "Créase el Régimen Subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar" dando particular importancia dentro de este grupo, a las madres durante el embarazo, parto, posparto y período de lactancia, a las mujeres cabeza de familia, a los niños menores de 1 año, a los menores en situación irregular, a los enfermos de lepra, a las personas mayores de 61 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores profesionales independientes, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

El régimen subsidiado fue una propuesta ambiciosa para lograr asegurar al menos a un tercio de la población colombiana en la primera década. Este régimen se define como “un conjunto de normas que regulan la identificación y selección de los beneficiarios de los subsidios entre la población más pobre (iniciándose en los estratos 1 y 2), su afiliación a las administradoras del régimen subsidiado, el conjunto de sus derechos incluidos en el plan obligatorio de salud subsidiado y los mecanismos de acceso a sus servicios. El régimen subsidiado establece además las reglas de financiación y administración que debe observar el Fondo de Solidaridad y Garantía

(Fosyga) y las entidades territoriales, las administradoras del régimen subsidiado (ARS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS)”.

Uno de los ejes sobre el cual se construye este régimen es el funcionamiento de los subsidios a la demanda, previa clasificación de la población por niveles de pobreza que conduce a priorizar el acceso al aseguramiento. El instrumento utilizado para este propósito es el sistema de identificación de beneficiarios de programas públicos – Sisben- que ha servido principalmente para la afiliación al régimen subsidiado (RS) del sistema de seguridad social; es la herramienta central para el funcionamiento del régimen subsidiado en pensiones y para focalizar los subsidios a la población indigente de la tercera edad.

La creación del Sisben data de 1994; un año más tarde el gobierno, a través del Ministerio de Salud, reglamentó su aplicación y la hizo de carácter forzoso para todos los municipios del país. El examen y la evaluación del Sisben se deben realizar superando su concepción como instrumento y más bien se le debe considerar como un “programa”⁷; esto implica entenderlo como un instrumento técnico que se encuadra en un medio institucional y que requiere de condiciones organizativas y demanda recursos para su aplicación en los municipios.

Adicionalmente, se deben tomar en cuenta sus interrelaciones con el contexto económico, social, político y cultural.

Hasta el presente, el Sisben ha sido utilizado prioritariamente para favorecer la afiliación al sistema de seguridad social, mientras es muy baja su utilización en programas como los de vivienda y educación. Por ejemplo, el Acuerdo 23 de 1995 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determina que la población que “ameritaba” pertenecer al RS estaba constituida por los pobres y vulnerables, que no tienen capacidad de pago y que la “identificación de los beneficiarios del régimen subsidiado se hará en los municipios categoría 1 a 4 mediante la aplicación del sistema de selección de beneficiarios de programas sociales (Sisben) y en los municipios categorías 5 y 6 definidos por la Ley 136 de 1994 a través de un listado censal que contiene nombre, documento de identidad en caso de existir, edad, sexo, ocupación y lugar de residencia.

La puesta en marcha del régimen subsidiado se basó en cuatro puntos:

1. Consecución de nuevos recursos para su financiamiento. Se dedica a un fondo de solidaridad uno de los 12 puntos de los aportes de todos los trabajadores. El Estado debe destinar similar cantidad de recursos a dicho fondo, provenientes de otros impuestos; impuestos adicionales al petróleo deben fortalecer este fondo. Los municipios deben dedicar al aseguramiento de la población pobre 60% de los nuevos recursos para salud transferidos por la Nación.

2. Transición de los viejos recursos de la oferta a la demanda. Paulatinamente se deben convertir la gran mayoría de los recursos públicos que financian los hospitales en seguros adquiridos para la población pobre. Los hospitales deberán ser eficientes y competitivos, convertidos en empresas sociales del

Estado para lograr sus ingresos por la venta de servicios a las diversas administradoras del régimen subsidiado y del contributivo.

3. Los recursos del Fondo de Solidaridad en la nación, los recursos del financiamiento de los hospitales en los departamentos y los recursos municipales deben sumarse para lograr el aseguramiento de toda la población pobre.

4. La cobertura en servicios del seguro subsidiado se plantea con gradualidad, debiendo ser igual a la del contributivo en el año 2001. Mientras tanto, los servicios no cubiertos por el seguro continúan a cargo de los hospitales públicos.

Si bien la reforma de la seguridad social en Colombia prevé alcanzar la cobertura universal que garantice el acceso a un plan obligatorio de salud igual para todos sus habitantes, determinó que el régimen subsidiado, en su punto de partida, iniciara con un plan que incluyera “servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente a 50% de la unidad de pago por capitación (UPC) del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables” y ordenó que “el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) diseñara un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del régimen contributivo, en forma progresiva.

En junio de 1996 se autorizó la operación de administradoras del régimen subsidiado, entidades privadas en su mayoría que asumen la función de aseguramiento y articulación de los servicios.

Los municipios aseguran los servicios de salud de los ciudadanos, identificados como pobres por la encuesta del Sisben, mediante un contrato de afiliación colectiva firmado con las administradoras y financiado con recursos municipales de salud y cofinanciado por recursos de la Nación, y en algunos casos de los departamentos.

En síntesis, la Ley 100 de 1993 intenta extender esta técnica del aseguramiento a la población sin capacidad de pago y que se encuentra en condiciones de pobreza. Mediante subsidios a la demanda la población pobre tiene acceso a que se le brinde un paquete de servicios, previa la existencia de la afiliación. Mediante este contrato, que se establece entre un ciudadano y una ARS, se otorga la posibilidad de que la población más vulnerable tenga acceso al sistema; sin embargo, a diferencia de lo que sucede en el régimen contributivo, el contrato no se erige sobre la condición de asalariado sino por el simple hecho de ser ciudadano.

La organización del régimen subsidiado en salud funde un conjunto disímil de instituciones y de tareas que se deben realizar para lograr el objetivo de garantizar el acceso de la población pobre a los servicios de salud. En ella convergen los organismos estatales dedicados a la función de regulación, los entes encargados de la identificación de la población sujeto de subsidio, las entidades que se ocupan del aseguramiento y finalmente las empresas prestadoras de servicios de salud.

Estas diversas entidades se articulan a través de las diferentes labores que se desarrollan en el régimen subsidiado, que se pueden agrupar en cuatro grandes componentes: identificación y selección; financiamiento; contratación tanto en aseguramiento como en prestación de servicios; e inspección, vigilancia y control.

Al considerar el sistema de identificación de beneficiarios de las políticas públicas – Sisben- como un programa se comprende que el instrumento técnico se encuadra en un medio institucional que requiere condiciones organizativas y demanda recursos para su aplicación. A pesar de las ventajas del Sisben sobre otros indicadores, aún se incurre en errores significativos; la pérdida de precisión en la asignación de subsidios a los pobres guarda correspondencia con las dificultades y deficiencias en la aplicación del Sisben en los municipios. En general, su implementación exhibe limitaciones en la cobertura y problemas en la actualización; además, existen dificultades en la aplicación de las encuestas a la demanda y falta integración de la base de datos, persiste la ausencia de mecanismos para nuevas afiliaciones a través de listados de núcleos elegibles, hay una elevada rotación de los encargados de operar el sistema, y escasean los equipos, las dotaciones y la capacitación.

En el campo financiero, la dispersión en la gestión y en los flujos de recursos ha favorecido su desvío y la morosidad en las transferencias y pagos a los distintos agentes que participan en el funcionamiento del régimen subsidiado. Los recursos para el régimen subsidiado, en especial los provenientes de los ingresos corrientes de la Nación, no se manejan diferenciadamente en el presupuesto municipal, lo que dificulta el seguimiento y el control de los fondos.

Respecto a la contratación en aseguramiento, se observa que la capacidad técnica municipal para manejarla está directamente relacionada con el grado de desarrollo institucional del municipio. No obstante, una tendencia es la poca eficacia de los contratos para que las autoridades locales puedan exigirles a las ARS el cumplimiento de sus obligaciones, aunque sí resulta útil para garantizar accesibilidad y utilización. Además, los criterios utilizados por los municipios para la selección de los afiliados no siempre son estrictamente técnicos, en especial en localidades de menor desarrollo.

Con relación a los contratos para la prestación de servicios, se puede ver que sólo en muy contados casos operan las leyes de la competencia y que existe una desigual capacidad de negociación entre agentes. Las ARS más grandes fijan contratos muy exigentes a las IPS para garantizar la prestación de los servicios, pero a mayor tamaño y complejidad de las IPS las negociaciones se tornan más balanceadas, e incluso pueden imponer condiciones a las ARS más pequeñas.

Las acciones de inspección, vigilancia y control pueden considerarse como un sistema, es decir, como la relación permanente entre problemas de IVC, actores institucionales y sociales que detectan los problemas a través de mecanismos específicos, en algún ámbito territorial y que remiten la responsabilidad del control a otros órdenes territoriales y actores institucionales, los cuales emprenden prácticas de

control que dan lugar a grados de resolución de los problemas. En el régimen subsidiado se podrían destacar tres características del sistema de IVC: municipalización, atomización e informalidad, tanto en la captura como en el trámite y la resolución de problemas.

En este sentido, no existe un sistema integral de control desde el punto de vista funcional, ni inteligente desde el punto de vista estratégico, porque cada una de sus partes no puede aprender de la otra ni prever acciones y consecuencias sobre los actos anteriores o futuros. El sistema actual posee una ruptura entre una regulación de procedimientos formales y una práctica que escapa a él, tanto en la detección como en la resolución de problemas.

1.1. OBJETIVO DE LA ETAPA DE DIAGNOSTICO Y PLANEACION DEL CICLO DE INTERVENTORIA DEL REGIMEN SUBSIDIADO DEL MUNICIPIO NUMERO 1

- Establecer por medio de la verificación, inspección, seguimiento, y control de cada una de las acciones puntuales que enmarcan el desarrollo del régimen subsidiado en el municipio numero 1, un diagnostico estructural inicial, el cual nos proporcionara pautas importantes para desarrollar planes de mejoramiento que permitirán el optimo y oportuno funcionamiento del régimen subsidiado en el municipio numero 1 – Santander.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el estado actual de diagnostico de la entidad territorial por medio de la aplicación de instrumento de verificación para evaluar el cumplimiento del régimen subsidiado.

Verificación del cumplimiento, por parte de las entidades responsables de garantizar el acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado, de las respectivas normas aplicables.

Seguimiento permanente al desarrollo de las actividades que realizan las entidades territoriales y EPS-S, en torno a la utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles.

Verificación del acceso real y oportuno de los afiliados al Régimen Subsidiado en términos de equidad, libertad de elección, protección integral, participación social y calidad.

1.2. METODOLOGIA

Dentro de la metodología del estudio, es necesario mencionar que será un tipo de estudio descriptivo, retrospectivo y a su vez cuantitativo.

De igual manera del proyecto de grado en su desarrollo, se fundamenta en dos partes; la primera hace referencia a la revisión bibliografía de temas pertinentes a interventoría de régimen subsidiado, a modelos de interventoría de régimen subsidiado y experiencias de interventoría en Colombia.

Se desarrollan instrumentos y papeles de trabajo con el fin de auditar todos los procesos relevantes al desarrollo del régimen subsidiado en el municipio, entre las cuales tenemos actas de vigilancia, verificación y control a entidades promotoras de salud, instrumentos para la auditoría de la prestación de los servicios de salud, auditoría de SIAU, auditoría de matrices de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, auditoría a seguimiento de base de datos, proceso de auditoría al sistema administrativo y financiero, entre otros.

Seguidamente se aplicaran instrumentos de evaluación, los cuales nos permitirán elaborar un diagnóstico inicial del desarrollo del régimen subsidiado a nivel municipal y un diagnóstico inicial de las EPS-S que están contratadas con el municipio.

1.2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La falta de verificación, seguimiento, evaluación e inspección de las actividades y procedimientos que enmarca el desarrollo total del régimen subsidiado en un municipio de Santander

1.2.2. FORMULACION DE LA PREGUNTA

Realizar una etapa de diagnóstico inicial-situacional del régimen subsidiado en un municipio de Santander, el cual logre incluir a la entidad territorial, EPS-S, usuarios y demás actores que participen.

1.2.3. CICLO DE LA INTERVENTORÍA

La Interventoría, como proceso de mejoramiento continuo de la gestión del Régimen Subsidiado, se desarrollará en tres etapas, cada una de las cuales implica las siguientes obligaciones a cargo de la entidad interventora:



1.3. ETAPA DE DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENTORÍA

Esta etapa tiene como objetivo, identificar el estado inicial en el que se encuentran los procesos de gestión del régimen subsidiado, con el fin de determinar áreas críticas de seguimiento, que deberán incluirse en el plan de mejoramiento del municipio, cuyo seguimiento estará a cargo de la entidad interventora.

1.4. DESARROLLO ETAPA INICIAL DEL DIAGNOSTICO DE INTERVENTORIA

1.4.1. APLICACION DEL INSTRUMENTO PARA EL DIAGNOSTICO INICIAL

Durante el periodo del 01 de Diciembre y el 31 de marzo, se desarrollara la aplicación de un instrumento para determinar el diagnostico inicial del régimen subsidiado.

El instrumento consta de dos partes:

La primera hace referencia a la verificación y evaluación de los siguientes procesos establecidos y ejecutados por la entidad territorial:

- Diagnostico estructural
- Proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios.
- Proceso de afiliación del régimen subsidiado
- Proceso de contratación en el régimen subsidiado

Proceso de gestión financiera municipal

Se aplican los instrumentos facilitados por la caja de herramientas del ministerio de la protección social, para determinar el diagnóstico inicial situacional de los componentes que rigen el desarrollo del régimen subsidiado en un municipio de Santander.

De igual manera se elaboran tres instrumentos complementarios que permiten desarrollar un diagnóstico inicial situacional del cumplimiento de las actividades que deben desarrollar las EPS-S contratadas según lo estipula la circular 0660 de 2008.

Para la aplicación de estos instrumentos es necesario aclarar que se realizan visitas a las instituciones anteriormente mencionadas, se elaboran requerimientos de información, se programan auditorías de información solicitada y se elaboran papeles de trabajo que permiten identificar la realización de forma oportuna de estas actividades del régimen subsidiado en un municipio de Santander.

1.5. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL.

1.5.1. PROCESO DE DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL OFICINA RÉGIMEN SUBSIDIADO ENTIDAD TERRITORIAL

La estructura organizativa, locativa y las condiciones donde laboran las personas encargadas del manejo del régimen subsidiado de la entidad territorial, es de gran importancia, por lo tanto pretendemos desarrollar criterios de evaluación que nos den a conocer las condiciones con las que se cuentan para satisfacer las necesidades de las personas que consultan a la oficina del régimen subsidiado del municipio.

INSTRUMENTO A APLICAR



Libertad, Orden

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

República de Colombia

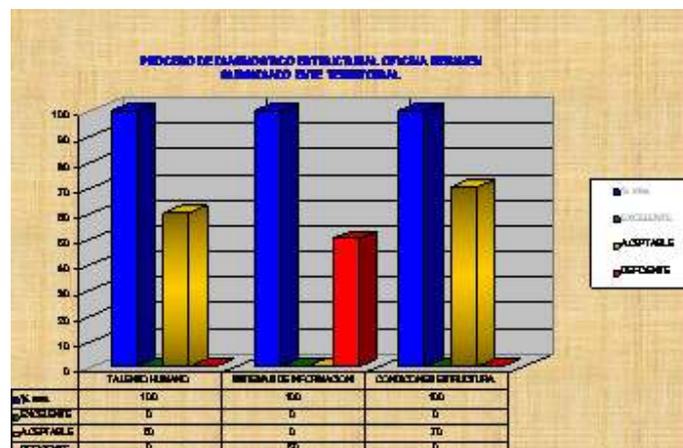
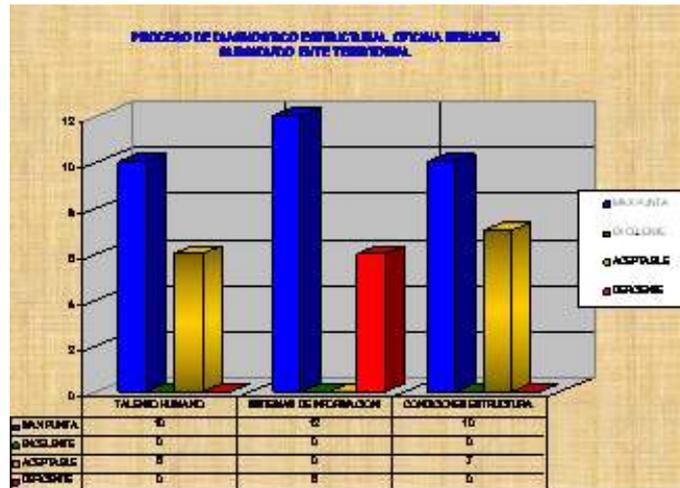
PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD

Proyecto Asistencia Técnica para el Fortalecimiento Institucional
de las Entidades Territoriales en la Gestión del Régimen Subsidiado

EVALUACION ESTRUCTURA OFICINA REGIMEN SUBSIDIADO ENTE TERRITORIAL

MEDICION No.	1			
FECHA DE APLICACION	28	11	8	
Departamento:	SANTANDER			
Municipio:	PIEDE CUESTA			
Fecha Aplicación: (DD / MM / AAAA)				
Nombre responsable del proceso:				
1. CONDICIONES ESTRUCTURA TALENTO HUMANO				
ACTIVIDADES	PUNTAJE			OBSERVACIONES
	2	1	0	
* Puntaje: 2 = Se realiza y hay evidencia, 1 = Se realiza pero no hay evidencia, y 0 = No se realiza				
1.1				La Entidad dispone de RRHH suficiente para realizar las actividades y procesos propios del Regimen Subsidiado
1.2				El RRHH posee los conocimientos técnicos necesarios para el cumplimiento de sus funciones
1.3				La Entidad dispone de un programa de capacitación para los servidores públicos de aseguramiento
1.4				Se evalúa periódicamente al RRHH y se tiene evidencia de los reportes
1.5				El RRHH manifiesta deseo, motivación, empeño y esmero hacia sus actividades diarias de trabajo
SUBTOTAL				
2. CONDICIONES ESTRUCTURA SISTEMA DE INFORMACION				
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				Existen aplicaciones de oficina tales como procesador de texto, hoja de cálculo y base de datos, aplicativos y el Sistema Operativo en cada equipo de cómputo?
2.2				Existe antivirus actualizado ¿Se encuentran licenciados los aplicativos y el Sistema Operativo en cada equipo de cómputo?
2.3				Se encuentran licenciados los aplicativos y el Sistema Operativo en cada equipo de cómputo
2.4				La empresa cuenta con conexión a internet para el equipo del Regimen Subsidiado
2.5				La empresa cuenta con líneas de teléfono y fax para el equipo del Regimen Subsidiado
2.6				La entidad cuenta con sistemas específicos para el manejo de regimen subsidiado
SUBTOTAL				
3. CONDICIONES ESTRUCTURA				
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				Existe una edificación o espacio locativo asignado exclusivamente para el grupo del Regimen Subsidiado
3.2				Existe suficiente espacio para que los funcionarios del Regimen Subsidiado ejecuten sus tareas diarias de manera cómoda y con privacidad
3.3				El espacio locativo asignado posee los mínimos requisitos para laborar (ventilación, iluminación, elementos de oficina)
3.4				Es de conocimiento el espacio locativo por parte de los usuarios
SUBTOTAL				
<p>VERDE: Cuando los resultados muestran un nivel de desempeño, igual o superior al 90%.</p> <p>AMARILLO Cuando los resultados, se encuentran entre 60% y menor al 90%.</p> <p>ROJO Cuando los resultados obtenidos, se encuentran por debajo del 60%.</p>				

1.5.1.1 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO PROCESO DE DIAGNOSTICO ESTRUCTURAL OFICINA RÉGIMEN SUBSIDIADO ENTIDAD TERRITORIAL



TALENTO HUMANO

Se verifica la existencia de personal encargado del manejo de bases de datos ,a su vez identificamos las capacidades que esta persona tiene para brindar una atención acorde, segura, amena y confiable alas personas que consultan alguna situación en particular en esta oficina de la entidad territorial.

El puntaje máximo de calificación es de 10 puntos (color azul), en talento humano la oficina de régimen subsidiado de la entidad territorial obtuvo 6 (60%) puntos (color amarillo), obteniendo una calificación de **ACEPTABLE** según escala de calificación establecida.

Los puntos donde se obtiene la menor calificación, son en lo referente a la falta de capacitación continua y la falta de un proceso de evaluación y medición constante de las actividades desarrolladas en la oficina de régimen subsidiado.

SISTEMAS DE INFORMACION

Se verifica la capacidad instalada de sistemas tecnológicos como computadores, línea telefónica, fax, sistemas específicos para el manejo del régimen subsidiado.

El puntaje máximo de calificación es de 12 puntos (color azul), en sistemas de información la oficina de régimen subsidiado de la entidad territorial obtuvo 6 (50%) puntos (color rojo), obteniendo una calificación de **DEFICIENTE** según escala de calificación establecida.

Los puntos más críticos identificados fueron la falta de líneas telefónicas, fax, acceso a Internet y la disposición de sistemas específicos para manejar el régimen subsidiado municipal.

CONDICIONES DE ESTRUCTURA

Se verifican las condiciones de estructura, espacios locativos, ventilación e iluminación, localización de la oficina, identificación del espacio locativo pro parte de los usuarios, entre otros.

El puntaje máximo de calificación es de 10 puntos (color azul), en condiciones de estructura la oficina de régimen subsidiado de la entidad territorial obtuvo 7 (70%) puntos (color amarillo), obteniendo una calificación de **ACEPTABLE** según escala de calificación establecida.

El punto crítico identificado fue la falta de iluminación y ventilación en al oficina de régimen subsidiado municipal.

1.5.2. PROCESO DE IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE BENEFICIARIOS

La identificación y selección de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud con base en la encuesta SISBEN se reglamenta a partir de 1995 con la expedición el Acuerdo 23 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Para este momento se había avanzado en la aplicación de la encuesta especialmente en los municipios de mayor tamaño y desarrollo y por esto el acuerdo 23 definió que: “La

identificación de los beneficiarios del régimen subsidiado se hará en los municipios categorías 1 a 4 mediante la aplicación del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) y en los municipios categorías 5 y 6 definidos por la ley 136 de 1994 a través de un listado censal que contiene nombre, documento de identidad en caso de existir, edad, sexo, ocupación y lugar de residencia. Si un municipio categoría 5 ó 6 ha realizado o realiza el SISBEN, éste será el único instrumento a utilizar para la identificación de beneficiarios de subsidios en salud.” Se exceptúan las comunidades indígenas.

Posteriormente los acuerdos 77 de 1997 y 244 de 2003, ratifican la obligatoriedad de identificar a los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud mediante la encuesta SISBEN o el instrumento que haga sus veces, manteniendo la excepción para las comunidades indígenas y para algunos grupos vulnerables que se identifican mediante listados censales.

A través de los diferentes acuerdos expedidos, el CNSSS ha determinado los criterios de priorización de los beneficiarios potenciales identificados mediante la encuesta SISBEN y así mismo ha definido aquellas poblaciones especiales que son exceptuadas de la focalización a través de este mecanismo.

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, 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 en 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.

La misma le define en forma novedosa una alternativa para promover que la población del nivel III del SISBEN pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado. La UPC de los subsidios parciales no podrá ser inferior al 50% del valor de la UPC-S.

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 objetó de evitar la multiafialición.
- 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.

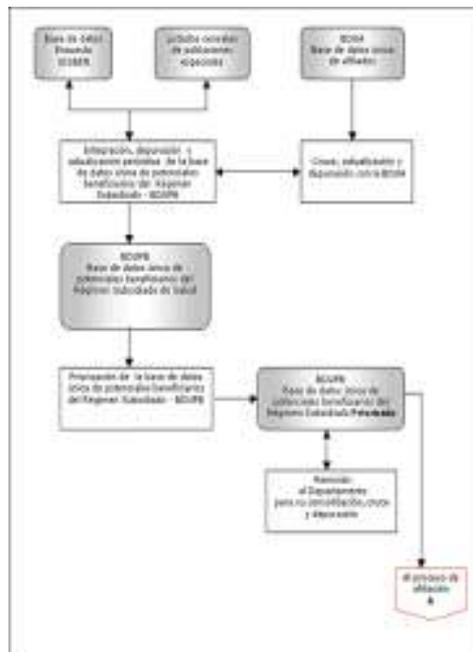
El marco normativo general contemplado para este proceso inicia con la revisión de la Constitución de 1991, y de las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, [691](#) de 2001 que reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Así mismo se revisa la Ley 1122 de 2007 que la modifica la ley 100 de 1993, la cual en su artículo 44° determina que el el Ministerio de la Protección Social definirá el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social –SISPRO.

Por otra parte se hace énfasis en La Resolución **812 de abril de 2006**, “Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud, determina la estructura técnica de la base de datos única de afiliados BDUA de el SGSSS. Esta norma o la que la modifique o actualice, cobra vital importancia para el proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud ya que la misma estructura establecida en ella para la Base de datos única de afiliados-BDUA será la utilizada para la integración de la base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud, **BDUPB-RS** con la información proveniente del SISBEN y de los listados censales.

También se resalta la Resolución 816 de 2004 por la cual se regula la difusión, acceso y utilización de la información en los Sistemas de Seguridad Social Integral y de Protección Social administrados por el Ministerio de la Protección Social.

Por último se enfatiza en la Ley 872 de 2003 y su norma técnica de calidad en la gestión pública por la cual se Crea el Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del Estado, como 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. El sistema de gestión de la calidad obliga a adoptar en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente¹.

FLUJOGRAMA DEL PROCESO



1. ministerio de la protección social, República de Colombia; 2008

1.5.2.2. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO AL PROCESO DE IDENTIFICACION, SELECCION Y PRIORIZACION DE BENEFICIARIOS



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

EVALUACIÓN PROCESOS RÉGIMEN SUBSIDIADO

PROCESO A: IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE BENEFICIARIOS

SUBPROCESO 1: INTEGRACIÓN Y DEPURACIÓN DE LA BASE DE DATOS DE POTENCIALES BENEFICIARIOS

ACTIVIDADES	PUNTAJE			OBSERVACIONES
	2	1	0	
* Puntaje: 2 = Se realiza y hay evidencia, 1 = Se realiza pero no hay evidencia, y 0 = No se realiza				
1.1 La Administración del SISBEN cuenta con dispositivos de almacenamiento de datos para la posterior remisión				
1.2 Elabora y remite oficio de solicitud de base de datos a la oficina del SISBEN				
1.3 Recibe y verifica la base de datos SISBEN recibida				
1.4 Ajusta base de datos SISBEN a la estructura de las normas vigentes.				
1.5 Elabora y remite oficio de solicitud de listados censales				
1.6 Recibe y verifica los archivos recibidos en medio magnéticos de los listados censales				
1.7 Transcribe la información recibida en medio físico de los listados censales				
1.8 Ajusta la información de los listados censales en la estructura de las normas vigentes.				
1.9 Consolida la base de datos SISBEN y Listados Censales en un mismo archivo o BDUFB				
1.10 La Dirección Territorial de Salud cuenta con los aplicativos informáticos necesarios para la administración de bases de datos				
1.11 Existe un historial de base de datos con motivo de consulta y búsqueda de información de régimen subsidiado				
1.12 Identifica y elimina las duplicidades en los registros				
1.13 Identifica y corrige las inconsistencias evidentes de datos en los registros que no requieren verificación en terreno				
1.14 Identifica y corrige las inconsistencias de datos en los registros que requieren verificación en terreno				
1.15 Identifica listados actualizados de personas desplazadas, sumistrados por la red de solidaridad				
1.16 Identifica base de datos actualizada y sistematizada de niños abandonados (CBF)				
1.17 Identifica base de datos de los núcleos familiares de las madres comunitarias (CBF)				
1.18 Identifican listados de indigentes y pacientes psiquiátricos				
SUBTOTAL				

SUBPROCESO 2: ELABORACIÓN BASE DE DATOS INICIAL DE PRIORIZADOS

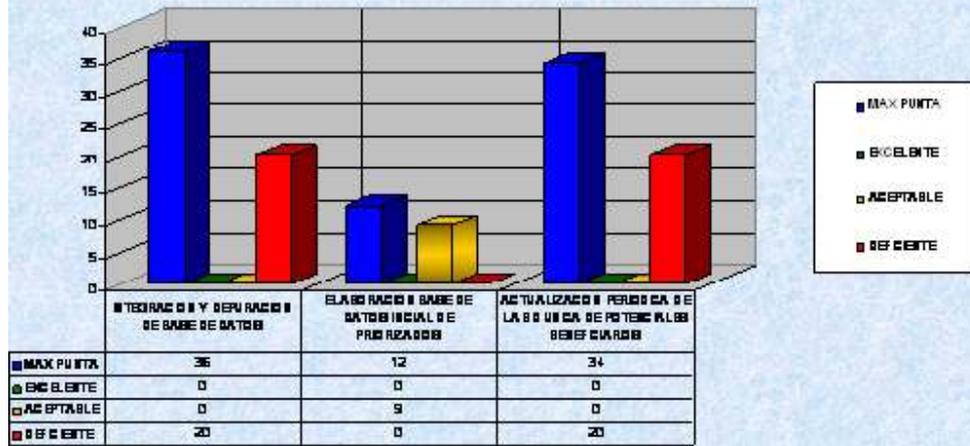
ACTIVIDADES	PUNTAJE			OBSERVACIONES
	2	1	0	

* Puntaje: 2 = Se realiza y hay evidencia, 1 = Se realiza pero no hay evidencia, y 0 = No se realiza

2.1 La BDLPB 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 BDLPB 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 BDUFB se identifican las Mujeres en estado de gestación, 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 desvinculados.				



PROCESO DE IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN
DEL RECURSO HUMANO DE VALOR



PROCESO DE IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN
DEL RECURSO HUMANO DE VALOR



IDENTIFICACION Y DEPURACION DE BASE DE DATOS

Se verifican la realización de identificación, integración y depuración de base de datos municipal.

El puntaje máximo de calificación es de 36 puntos (color azul), en identificación y depuración de base de datos la oficina de régimen subsidiado de la entidad territorial obtuvo 20 (56%) puntos (color rojo), obteniendo una calificación de **DEFICIENTE** según escala de calificación establecida.

Los puntos críticos identificados fue la falta de de identificación y corrección de las inconsistencias de datos en los registros que requieren verificación en terreno, identificación de listados actualizados de personas desplazadas, suministrados por la red de solidaridad, identificación de base de datos actualizada y sistematizada de niños abandonados ICBF, identificación de base de datos de los núcleos familiares de las madres comunitarias ICBF e identificación de listados de indigentes y pacientes psiquiátricos

ELABORACION BASE DE DATOS INICIAL DE PRIORIZADOS

Se verifican la elaboración de la base de datos de los posibles priorizados, se verifica su orden de puntaje, y la relación existente de los usuarios priorizados, tomando como referencia los anexos técnicos de la resolución 812 de 2007.

El puntaje máximo de calificación es de 12 puntos (color azul), en elaboración de base de datos inicial de priorizados obtuvo 9 (75%) puntos (color amarillo), obteniendo una calificación de **ACEPTABLE** según escala de calificación establecida.

ACTUALIZACION PERIODICA DE LA BASE DE DATOS UNICA DE POTENCIALES BENEFICIARIOS

Se verifican las actualizaciones periódicas de la base de datos única de los potenciales beneficiarios.

El puntaje máximo de calificación es de 34 puntos (color azul), en actualización periódica de la base de datos única de potenciales beneficiarios obtuvo 20 (58%) puntos (color rojo), obteniendo una calificación de **DEFICIENTE** según escala de calificación establecida.

Los puntos críticos identificados fueron la NO solicitud de reportes de novedades a las entidades encargadas de seleccionar beneficiarios con criterios distintos al SISBEN mensualmente, la No solicitud de reportes de novedades a la oficina del SISBEN y la Dirección Territorial de Salud NO cuenta con recurso humano para realizar las visitas de verificación de inconsistencias o corroborar solicitudes de actualización de datos.

1.5.3. PROCESO DE AFILIACIÓN EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

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 ARS¹, 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 hora², 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 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 CNSSS 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.³ 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.

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.

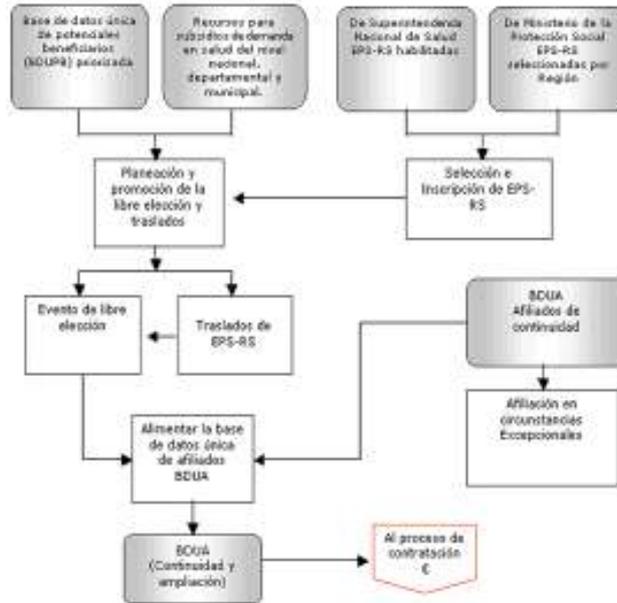
Libre elección, que garantiza que el potencial beneficiario priorizado escoja libremente la EPS de su preferencia, mediante un acto público transparente.

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 afiliación¹.

FLUJOGRAMA DEL PROCESO



1. ministerio de la protección social, República de Colombia; 2008

1.5.3.1. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO AL PROCESO DE AFILIACION DE BENEFICIARIOS AL REGIMEN SUBSIDAIDO

PROYECTO: APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS AL REGISTRO/REVISIÓN DE SALUD

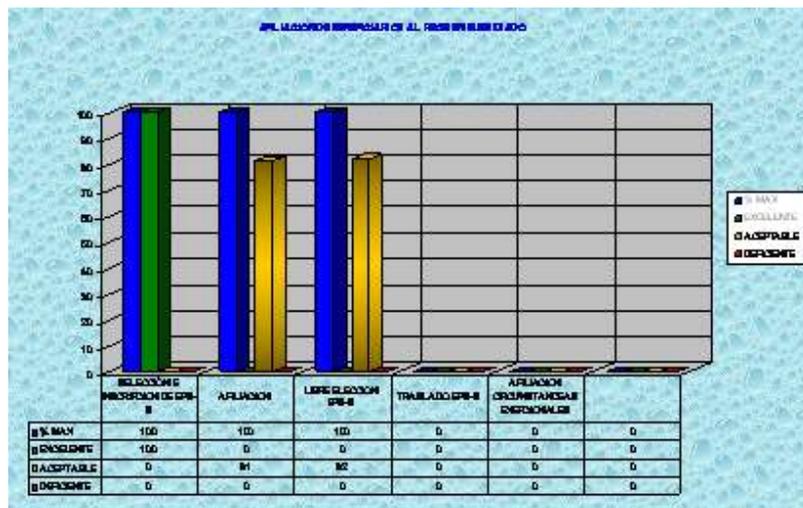
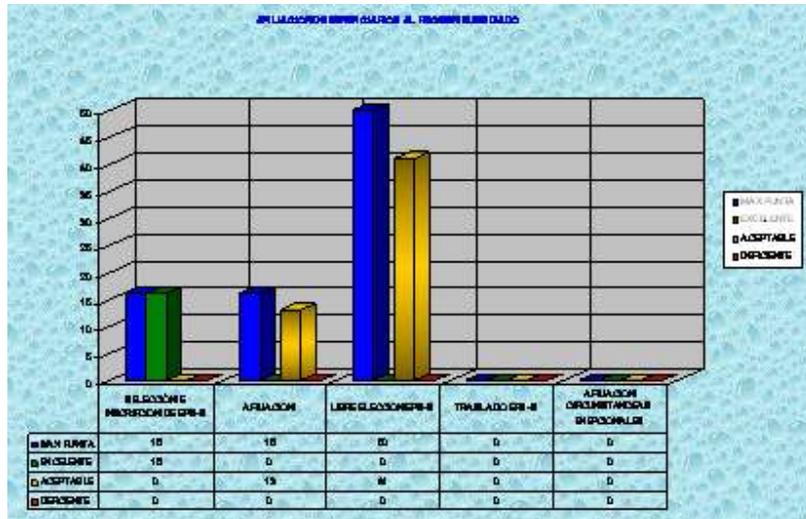
ACTIVIDAD	PUNTAJE			OBSERVACIONES
	A	I	B	
Planear la estrategia técnica e instrumental para los municipios e instituciones				
1.2 Verificar que la EPS-ES la entidad de inscripción para el registro en el municipio				
1.3 Verificar la habilitación de la Superintendencia Nacional de Salud				
1.3 Verificar la selección para la operación regional a nivel nacional				
1.4 Calificar concepto técnico				
1.5 Analizar y validar resultado de negativa				
1.6 Analizar y validar resultado de aplicación				
1.7 Inscribir a la EPS-ES				
1.8 Publicar el listado de las EPS-ES habilitadas				
SUBTOTAL				

SUBPROYECTO: APLICACIÓN

ACTIVIDAD	PUNTAJE			OBSERVACIONES
	A	I	B	
Planear la estrategia técnica e instrumental para los municipios e instituciones				
1.1 Verificar que las Entidades Inscribirse de Salud del Registro Subvencional EPS, acordadas para el proceso de afiliación en el Municipio o Distrito, se encuentren habilitadas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y estén seleccionadas y autorizadas para operar en la región o Departamento, según el caso				
1.2 Verificar que la entidad nacional publique en lugares visibles, el listado de EPS-ES-OTROS Subvencional inscritas en el municipio o Distrito, junto con los datos de abonos de los afiliados y evaluaciones de riesgo que se tengan de los mismos en el municipio				
1.3 Verificar si se está la planeación o promoción del evento de libre elección de EPS-ES del Registro Subvencional para las inscripciones de cobertura, mediante la realización de las convocatorias de cobertura y los acuerdos, convenios y demás datos administrativos que sustentan la aplicación de subvenciones y demás los recursos de contingencia y recursos propios a ser aplicados				
1.4 Acompañar junto con los beneficiarios seleccionados y demás interesados de salud social, los eventos de libre elección de EPS-ES				
1.5 Verificar la entrega de bases de datos de afiliados a las EPS-ES, de acuerdo y actualizadas. Establecer mecanismos de intercambio, en caso de presentarse inconvenientes en la base de datos al momento de afiliar				
1.6 Verificar mediante consultas y pruebas piloto, que los afiliados trasladados de EPS-ES cumplen con los requisitos para el evento y que se encuentran debidamente inscrito en la Base de Datos Única de Afiliados del municipio o Distrito, conforme a la metodología vigente				
1.7 En caso de presentarse riesgo de retro de una EPS-ES afiliada en circunstancias excepcionales, verificar que el caso esté en firme y cumpla los requisitos legales, e informar al Departamento y a los afiliados afectados con el tiempo				
1.8 Verificar que las EPS-ES y las Entidades Terrestres hayan adelantado en el marco de la operación del régimen Subvencional los procedimientos establecidos en la Resolución 812 de 2007 y demás que lo aduzcan, mediante el software, para actualizar la base de datos cuando se presenten novedades por fallecimiento, matrimonio, nacimiento, duplicados y demás causas de pérdida de calidad del afiliado.				
SUBTOTAL				

SUBPROYECTO: APLICACIÓN DE EPS-ES (Caso de aplicación)

ACTIVIDAD	PUNTAJE			OBSERVACIONES
	A	I	B	
Planear la estrategia técnica e instrumental para los municipios e instituciones				
1.1 Verificar que las Entidades Inscribirse de Salud del Registro Subvencional EPS, acordadas para el proceso de afiliación en el Municipio o Distrito, se encuentren habilitadas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y estén seleccionadas y autorizadas para operar en la región o Departamento, según el caso				
1.2 Verificar que la entidad nacional publique en lugares visibles, el listado de EPS-ES-OTROS Subvencional inscritas en el municipio o Distrito, junto con los datos de abonos de los afiliados y evaluaciones de riesgo que se tengan de los mismos en el municipio				
1.3 Verificar si se está la planeación o promoción del evento de libre elección de EPS-ES del Registro Subvencional para las inscripciones de cobertura, mediante la realización de las convocatorias de cobertura y los acuerdos, convenios y demás datos administrativos que sustentan la aplicación de subvenciones y demás los recursos de contingencia y recursos propios a ser aplicados				
1.4 Acompañar junto con los beneficiarios seleccionados y demás interesados de salud social, los eventos de libre elección de EPS-ES				
1.5 Verificar la entrega de bases de datos de afiliados a las EPS-ES, de acuerdo y actualizadas. Establecer mecanismos de intercambio, en caso de presentarse inconvenientes en la base de datos al momento de afiliar				
1.6 Verificar mediante consultas y pruebas piloto, que los afiliados trasladados de EPS-ES cumplen con los requisitos para el evento y que se encuentran debidamente inscrito en la Base de Datos Única de Afiliados del municipio o Distrito, conforme a la metodología vigente				
1.7 En caso de presentarse riesgo de retro de una EPS-ES afiliada en circunstancias excepcionales, verificar que el caso esté en firme y cumpla los requisitos legales, e informar al Departamento y a los afiliados afectados con el tiempo				
1.8 Verificar que las EPS-ES y las Entidades Terrestres hayan adelantado en el marco de la operación del régimen Subvencional los procedimientos establecidos en la Resolución 812 de 2007 y demás que lo aduzcan, mediante el software, para actualizar la base de datos cuando se presenten novedades por fallecimiento, matrimonio, nacimiento, duplicados y demás causas de pérdida de calidad del afiliado.				
SUBTOTAL				



SELECCIÓN E INSCRIPCIÓN DE EPS-S

Se verifican los procesos desarrollados de selección e inscripción de las EPS-S, que actualmente tienen contratación con el municipio.

El puntaje máximo de calificación es de 16 puntos (color azul), en el ítem de selección e inscripción de EPS-S obtuvo 16 (100%) puntos (color verde), obteniendo una calificación de **EXCELENTE** según escala de calificación establecida.

AFILIACIÓN

Se verifican los procesos referentes a afiliación, sus componentes, directrices y demás componentes útiles de medición.

El puntaje máximo de calificación es de 16 puntos (color azul), en el ítem de afiliación obtuvo 13 (81%) puntos (color verde), obteniendo una calificación de **ACEPTABLE** según escala de calificación establecida.

LIBRE ELECCION EPS-S

Se verifican los procesos referentes a libre elección de la EPS-S, los requisitos de cumplimiento y directrices de aplicación.

El puntaje máximo de calificación es de 50 puntos (color azul), en el ítem de libre elección de EPS-S obtuvo 41 (82%) puntos (color amarillo), obteniendo una calificación de **ACEPTABLE** según escala de calificación establecida

TRASLADO EPS-S

NO APLICA

AFILIACION EN CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES

NO APLICA

1.5.4. PROCESO DE CONTRATACION EN EL REGIMEN SUBSIDIADO

En la operación del Régimen subsidiado en Salud, la contratación, 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.

Previo a la contratación, 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.

La Resolución 4449 de 2006, por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud, define las estructuras de datos que permitan la consolidación de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), con el fin de garantizar la calidad y oportunidad de la información de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Resolución establece los requerimientos mínimos de información sobre la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, y aplica a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar EOC, a las entidades de medicina prepagada y a quienes administren pólizas o seguros de salud, a las entidades administradoras del régimen subsidiado, ARS, (hoy EPS-RS) a los departamentos, distritos municipios, a quienes administren los regímenes especiales y exceptuados del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a todos los obligados a suministrar la información requerida para el adecuado control de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, evitando su desviación o indebida apropiación.

Los obligados a mantener y reportar información deberán mantener una base de datos de afiliados o asegurados, debidamente actualizada con la información generada desde el momento de la afiliación o celebración o prórroga de un plan adicional de salud, garantizando su disposición y entrega de conformidad con las especificaciones contenidas en los Anexos Técnicos de la Resolución. La base de datos se mantendrá actualizada con la información de cada afiliado o asegurado y, en el caso de su desafiliación o retiro, deberá conservarse durante cinco años.

Los documentos fuente que soportan la información del afiliado o asegurado deberán mantenerse a disposición de los organismos de dirección, vigilancia y control, del Ministerio de la Protección Social y del Administrador Fiduciario del FOSYGA debidamente clasificados y organizados, sin perjuicio de la obligación que les asiste a las administradoras del régimen subsidiado, ARS, (hoy EPS-RS) de entregar la información a los departamentos, distritos y municipios, de conformidad con lo estipulado en los respectivos contratos y en los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y de la observancia de las demás normas sobre la materia

La Resolución 1149 fue modificada por la Resolución 5078 de 2006 2006 y a su vez ambas por la 812 de marzo de 2007, que introduce algunos ajustes con el fin de poder relacionar las bases de datos de afiliados con los respectivos contratos suscritos entre las entidades territoriales y las EPS-RS. Incluye además un código para identificar el concepto de la modalidad de subsidio: ST= subsidio total y SP= subsidio parcial y tipo de contrato C= continuidad y A= ampliación, con el fin de identificar plenamente a los afiliados contratados.

Este macro-proceso comprende 6 subprocesos y múltiples procedimientos y actividades interrelacionadas, las cuales incluyen, la suscripción de contratos, la verificación del cumplimiento de requisitos de contratación por parte de las EPS de

Régimen Subsidiado de Salud, el seguimiento del cumplimiento de las obligaciones contractuales, la certificación de pagos y la liquidación de contratos con las EPS.

Los subprocesos mencionados son los siguientes:

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

El contrato se suscribe para asegurar a un número de afiliados debidamente identificados en la BDUA, por lo tanto el municipio debe hacer entrega en el momento de su suscripción, de la base de datos de afiliados inicial de cada contrato.

Administración de la base de datos BDUA: que incluye a su vez:

- Manejo de novedades en este subproceso se identifican y validan los diferentes cambios en la información de afiliación, especialmente los que implican modificaciones en los valores a pagar a las EPS-RS. Es importante resaltar que las novedades deben ser validadas por el interventor del contrato en la periodicidad que se defina en el mismo (mensual o bimensual). Incluyen los cambios por nacimientos, fallecimientos, traslados, múltiples afiliaciones.

- Realización de inclusiones y reemplazos: en este subproceso se hacen efectivas las inclusiones y reemplazos identificados en el subproceso de manejo de novedades, conservando los criterios de priorización vigentes.

Interventoría y seguimiento a contratos: corresponde a la verificación del cumplimiento de los compromisos contractuales adquiridos entre la EPS-RS y el ente territorial. Para cumplir esas actividades se debe establecer una Interventoría permanente de carácter interno o externo que podrá ser desarrollada en el ámbito regional o municipal, y que deberá elaborar como mínimo dos informes anuales y remitir el resultado a los departamentos para su consolidación.

Certificación de pagos: como su nombre lo indica, en este subproceso se realizan las actividades para determinar y certificar el valor del pago bimestral a cada EPS-S. Implica confrontar las novedades reportadas por las EPS-RS, verificar sus soportes,

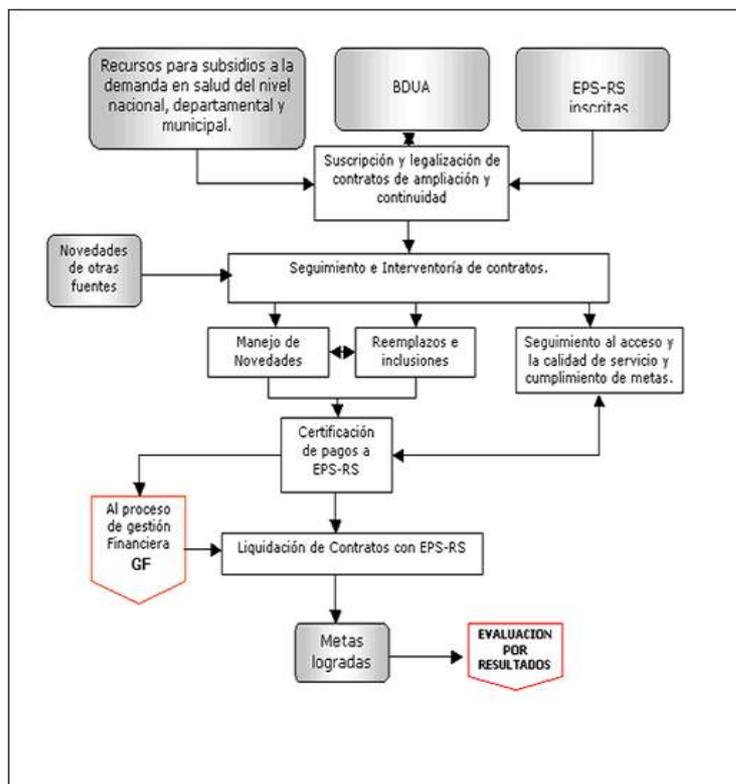
avalarlas o rechazarlas, verificar los informes de la Interventoría, las facturas de las EPS-RS y el trámite de tesorería correspondiente a cada entidad territorial.

Liquidación de contratos: en este subproceso se da por concluida la relación contractual, y se determinan los saldos a favor o en contra del municipio, si es el caso.

Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS-RS se harán bimestre anticipado dentro de los primeros 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario. Así mismo establece que las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, deberán manejar los recursos en cuentas maestras separadas para el recaudo y gasto en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social y que sus rendimientos deberán ser invertidos en los Planes Obligatorios de Salud.

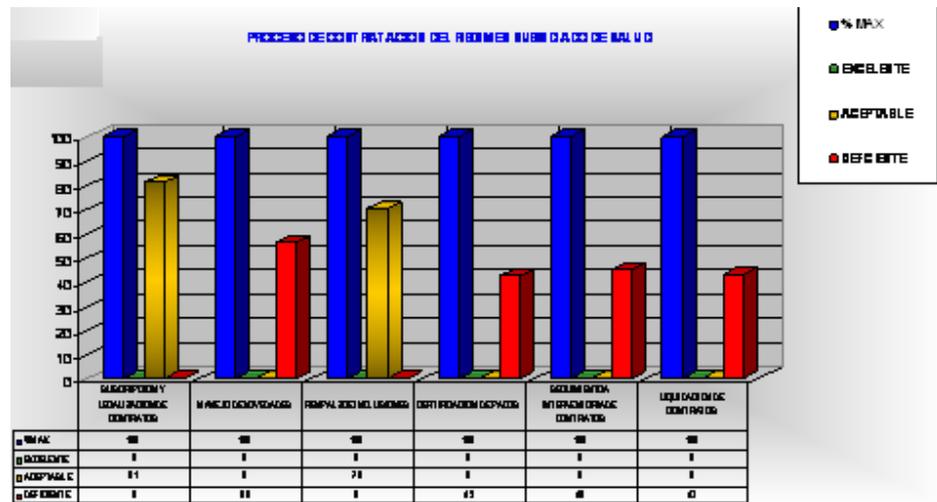
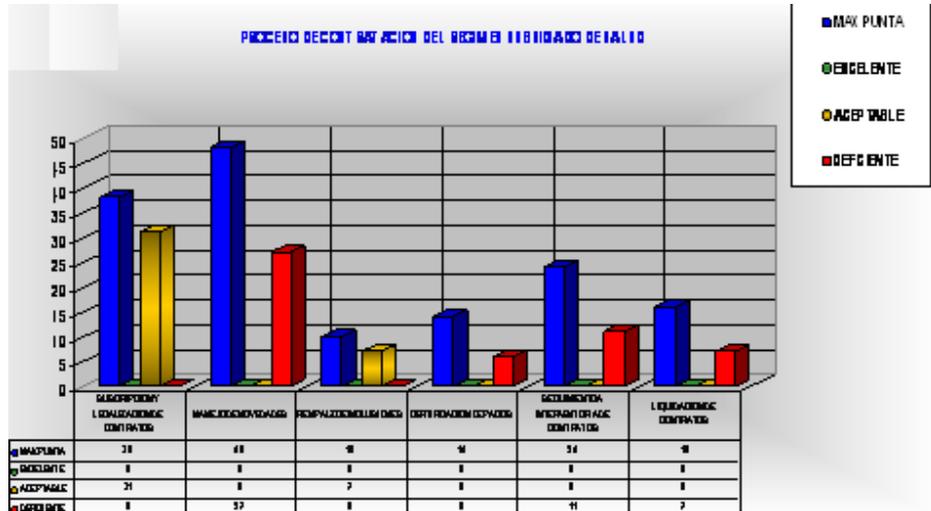
La ley 1122 de 2007 en el artículo 13, establece que las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial en el caso del régimen subsidiado. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago¹.

FLUJOGRAMA DEL PROCESO



1. ministerio de la protección social, República de Colombia; 2008

APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO AL PROCESO DE CONTRATACION EN EL REGIMEN SUBSIDADIO



SUSCRIPCION LEGALIZACION DE CONTRATOS

Se verifican los procesos de legalización contractual, se hace énfasis en verificar uno a uno los contratos de administración establecidos con cada una de las EPS-S contratadas con el municipio

El puntaje máximo de calificación es de 36 puntos (color azul), en el ítem de suscripción y legalización de contratos obtuvo 31 (81%) puntos (color amarillo), obteniendo una calificación de **ACEPTABLE** según escala de calificación establecida.

No se evidencian puntos críticos, solo falta al consolidación de algunos subprocesos como Vigilar que las partes del contrato de aseguramiento cumplan sus obligaciones, Verificar que la red de servicios de las EPS-S cubran la totalidad del periodo contractual (como mínimo un año) y los respectivos niveles de complejidad, Verificar la expedición oportuna de las pólizas de cumplimiento y de alto costo, revisando que la vigencia de las pólizas y el número de los afiliados asegurados correspondan con la vigencia y afiliados del contrato de aseguramiento.

MANEJO DE NOVEDADES

Se realiza seguimiento pormenorizado a cada una de las novedades reportadas por las EPS-S contratadas, se hace procesos de verificación de datos, de soportes, de valores pactados, se hace referencia al manejo de información, se verifica la liquidación de novedades y pagos de facturas establecidas.

El puntaje máximo de calificación es de 48 puntos (color azul), en el ítem de manejo de novedades obtuvo 27 (56%) puntos (color rojo), obteniendo una calificación de **DEFICIENTE** según escala de calificación establecida.

Los puntos críticos identificados fueron la NO información al beneficiario de la múltiple afiliación a EPS-RS, la verificación de la presentación de los reportes de novedades del respectivo bimestre por las EPS-S de acuerdo con la circular **No. 018 MS - 074 SNS del 30 de junio de 1998**, (verificar que la EPS-S presento los 5 primeros días del mes el reporte de novedades). La verificación de la entrega bimestral por parte de la EPS-S a la IPS y a los entes territoriales de los listados de los afiliados en continuidad y los nuevos afiliados según reporte de novedades. Se debe verificar la presentación los 5 primeros días del mes y la realización de auditoria a las novedades reportadas y a la facturación de las EPS-S

REEMPLAZOS E INCLUSIONES

El puntaje máximo de calificación es de 10 puntos (color azul), en el ítem de de reemplazos e inclusiones obtuvo 7 (70%) puntos (color amarillo), obteniendo una calificación de **ACEPTABLE** según escala de calificación establecida.

No se identifican puntos críticos, solos la falta de soportes que nos indiquen la correcta realización del proceso.

CERTIFICACIONES DE PAGO

Se hace verificación del proceso establecido de pagos.

El puntaje máximo de calificación es de 14 puntos (color azul), en el ítem de certificaciones de pago obtuvo 6 (42%) puntos (color rojo), obteniendo una calificación de **DEFICIENTE** según escala de calificación establecida.

SEGUIMIENTO A INTERVENTORIA DE CONTRATOS

El puntaje máximo de calificación es de 24 puntos (color azul), en el ítem de certificaciones de pago obtuvo 11 (45%) puntos (color rojo), obteniendo una calificación de **DEFICIENTE** según escala de calificación establecida.

No se evidencian puntos críticos que no obtengan alguna calificación, solo falta la prueba física de algunos procesos que se deben desarrollar.

LIQUIDACION DE CONTRATOS

El puntaje máximo de calificación es de 16 puntos (color azul), en el ítem de certificaciones de pago obtuvo 7 (43%) puntos (color rojo), obteniendo una calificación de **DEFICIENTE** según escala de calificación establecida.

No se observan puntos críticos, solo se hace relación a la falta de liquidación de algunos contratos establecidos en vigencias anteriores.

1.5.5. PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA

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 aumentaría en un porcentaje fijo (2% entre 2002 y 2005 y 2,5% entre 2006 y 2008) más la inflación causada. Lo anterior se ejecutó mediante el Acto legislativo 01 del 2001 (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%).”

A su vez, la citada Ley modificó el artículo 214 de la Ley 100 estableciendo como recursos financiadores del Régimen Subsidiado los siguientes:

De las entidades territoriales:

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.

Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por Ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial.

Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, a partir del año 2009, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 25% a la financiación del régimen subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente Ley estén asignando, si éste es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial. Para los años 2007 y 2008 se mantendrá en pesos constantes el monto de los recursos de rentas cedidas asignados al régimen subsidiado en la vigencia 2006.

Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.

Los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al régimen subsidiado, diferentes a los que deben destinar por Ley, deberán estar garantizados de manera permanente.

Del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA:

Uno punto cinco de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción.

El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes mas 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 SISBEN I, II y III en los términos establecidos en la presente ley.

El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el Artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

Otros:

Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.

Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado.

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.

Los recursos que aporten los afiliados que tienen derecho a subsidio parcial y que quieran optar al subsidio pleno o al POS del régimen contributivo.

Es de notar que algunos de estos recursos deben concurrir a la cofinanciación que garantice el derecho de acceso y participación de los grupos étnicos en el sistema general de seguridad social en Colombia, según la Ley 691 de 2001 y el Decreto 2716 de 2004 que la reglamenta parcialmente.

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:

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.

Desconocimiento por parte de los servidores de municipios y distritos, del manejo financiero de las fuentes que financian el Régimen Subsidiado.

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 expidieron 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-S 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 trimestre 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.

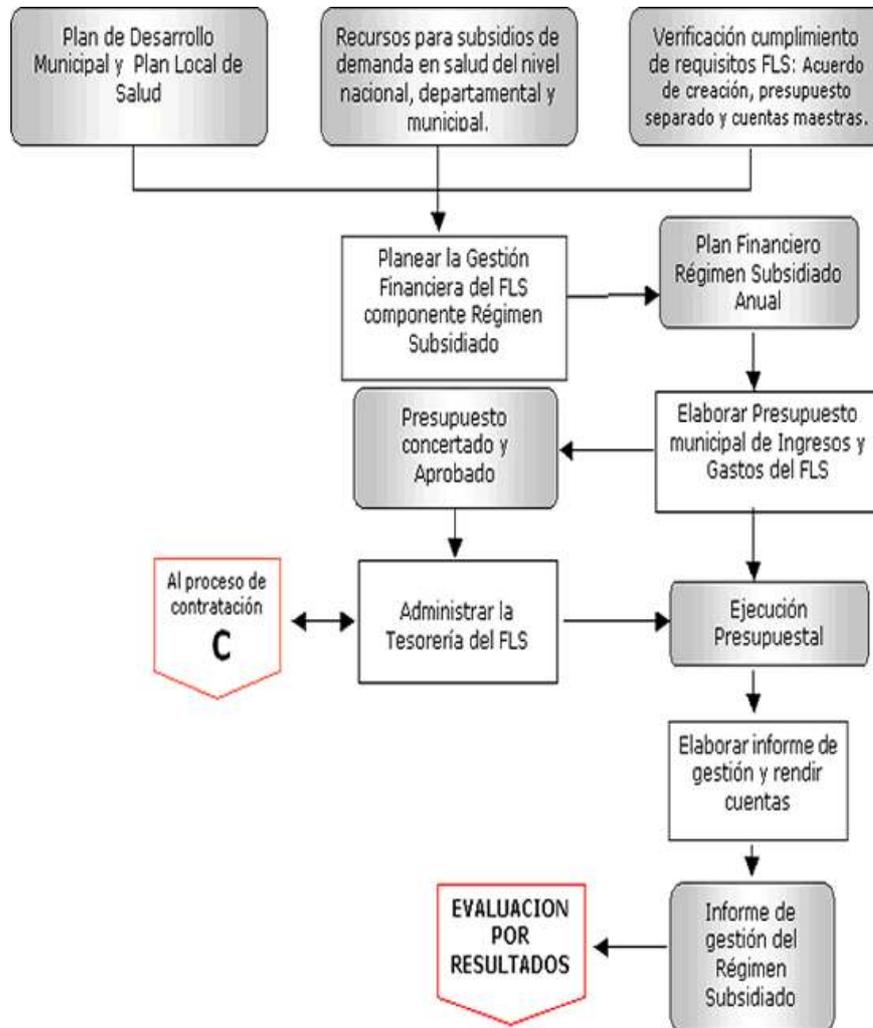
En el mismo sentido y con el fin de actualizar el funcionamiento de los fondos locales de salud el Ministerio de la Protección Social expidió en diciembre de 2005 el Decreto 4693 creando “cuentas maestras” que centralizan la recepción y giro de los recursos de salud en una sola cuenta bancaria acreditada 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, en el cual se establece que: “Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y

presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social.”

Adicionalmente la citada ley establece que “las cuentas maestras deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 2° de la presente ley.”

Finalmente, con la expedición de la resolución 3042 de agosto 31 de 2007, por la cual se reglamenta la organización de los Fondos de Salud de las Entidades Territoriales, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los Fondos de Salud y se dictan otras disposiciones, se define y reglamenta la administración y la estructura de los Fondos de locales y departamentales y se dan las directrices para la elaboración del presupuesto de ingresos y gastos y para la operación de las cuentas maestras¹.

FLUJOGRAMA DE PROCESO



1. ministerio de la protección social, República de Colombia; 2008

1.5.5.1. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO AL PROCESO DE GESTION FINANCIERA MUNICIPAL



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 de la Gestión del Seguro en Salud
ENTIDAD TERRITORIAL: BOGOTÁ D.C.

MEDICIONES FORMA DE MEDICACIÓN	PUNTAJE				OBSERVACIONES
	A	B	C	D	
Alcance:					
Responsable del proceso:					
INDICADOR A. GESTIÓN FINANCIERA INSTITUCIONAL DE RECURSOS DE SALUD	RECURSOS DE SALUD DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES				
ACTIVIDADES	PUNTAJE				OBSERVACIONES
	A	B	C	D	

1.1	Elaborar diagnóstico municipal sobre las necesidades en salud y la población objeto de atención.				
1.2	Realizar proyecciones poblacionales con fuentes de información local e nacional.				
1.3	Identificar fuentes de financiación de los niveles nacional, departamental y municipal y elaborar proyección estimada de ingresos y gastos.				
1.4	Realizar la estimación de Acuerdo de creación del FLS conforme a la normatividad vigente.				
1.5	Realizar la estimación de capítulos según el nivel de prestación de servicios y de gastos para el FLS discriminado por fuente de financiación.				
1.6	Realizar la apertura de las cuentas maestras e inscripción de cuentas de EPS-PS o EPS-privas beneficiarias de los cesos y subcontratos, entre las actividades de control.				
1.7	Formular plan Mensual de ingresos financieros y coberturas, proceso de pago de coberturas y disponibilidad de recursos.				
1.8	Elaborar plan financiero (Mensual, Trimestral, semestral, anual).				
1.9	Realizar el cumplimiento de requisitos a solicitud por parte de la entidad territorial, Fondo Local de Salud y Cuota Mensual para la transferencia de recursos desde el nivel nacional y otras fuentes financieras hasta el municipio, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 460 de 2006 y la Resolución 3842 de 2007.				
1.10	Verificar que la entidad territorial cumple con el principio de unidad de caja para el manejo de los recursos del régimen subsidiado, de conformidad con lo establecido en la Resolución 3842 de 2007 y demás normas que la adicionan o modifican.				
1.11	Realizar la apertura de mecanismos de pago y control de la ejecución de los recursos del régimen subsidiado en la entidad territorial, así como la identificación clara de las fuentes de financiación y el monto de los recursos asignados al pago de EPS.				
1.12	Realizar la priorización de pagos trimestrales a las EPS, conforme a las necesidades prioritarias y avaladas en el proceso de intervención.				
1.13	Realizar y validar la liquidación de los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado celebrados entre el municipio y las EPS, una vez finalizada la ejecución de los recursos.				
1.14	Equipar trimestralmente a las EPS, los estados de cuentas con los generadores de servicios de salud públicos y privados y realizar los respectivos requerimientos sobre los casos de no pago de cesos.				
1.15	Realizar los respectivos requerimientos que se presenten y recomendar al ordenador del gasto sobre el pago a cesos.				

RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES Y ADMINISTRACIÓN DEL PRESUPUESTO GENERAL DE INGRESOS Y GASTOS

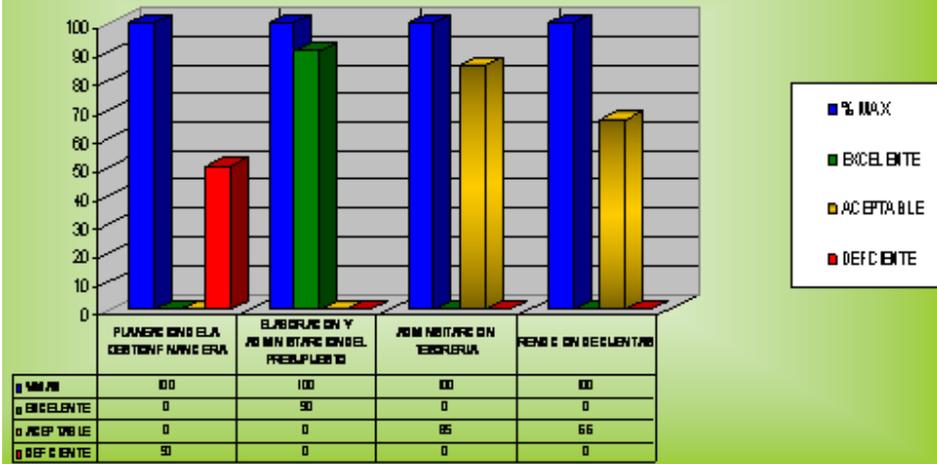
ACTIVIDADES	PUNTAJE				OBSERVACIONES
	A	B	C	D	
1.1					
1.2					
1.3					
1.4					
1.5					
1.6					
1.7					
1.8					
1.9					
1.10					
1.11					
1.12					
1.13					
1.14					
1.15					

ACTIVIDADES	PUNTAJE				OBSERVACIONES
	A	B	C	D	
1.1					
1.2					
1.3					
1.4					
1.5					
1.6					
1.7					
1.8					
1.9					
1.10					
1.11					
1.12					
1.13					
1.14					
1.15					

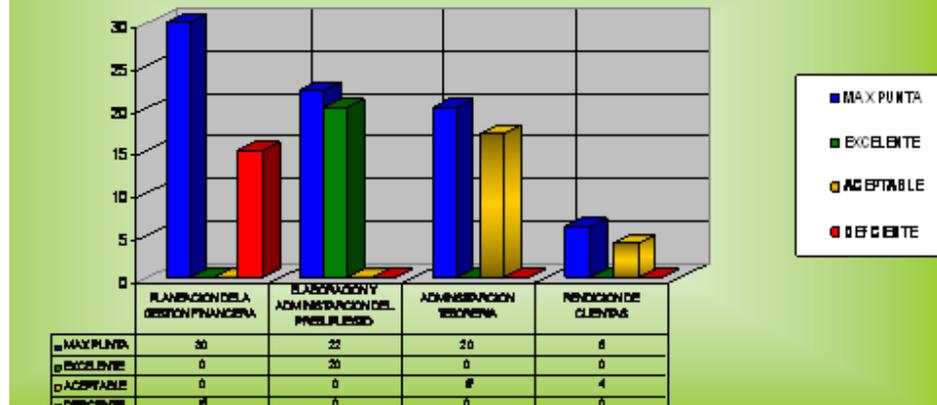
ACTIVIDADES	PUNTAJE				OBSERVACIONES
	A	B	C	D	
1.1					
1.2					
1.3					
1.4					
1.5					
1.6					
1.7					
1.8					
1.9					
1.10					
1.11					
1.12					
1.13					
1.14					
1.15					

ACTIVIDADES	PUNTAJE				OBSERVACIONES
	A	B	C	D	
1.1					
1.2					
1.3					
1.4					
1.5					
1.6					
1.7					
1.8					
1.9					
1.10					
1.11					
1.12					
1.13					
1.14					
1.15					

PROCESO DE IDENTIFICACION, SELECCIÓN Y PRIORIZACION
DEL REGIMEN SUBSIDIADO DESALUD



PROCESO DE GESTION FINANCIERA MUNICIPAL
DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO



PLANEACION DE LA GESTION FINANCIERA

El puntaje máximo de calificación es de 30 puntos (color azul), en el ítem de planeación de la gestión financiera obtuvo 15 (50%) puntos (color rojo), obteniendo una calificación de **DEFICIENTE** según escala de calificación establecida.

Los puntos críticos encontrados consisten en realizar y avalar la liquidación de los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado celebrados entre el municipio y las EPS-S, una vez terminada la ejecución de los mismos, requerir trimestralmente a las EPS-S, los estados de cartera con los prestadores de servicios de salud públicos y privados y realizar los respectivos requerimientos sobre las causas de no pago oportuno y realizar las respectivas conciliaciones que se presenten y recomendar al ordenador del gasto sobre el paso a seguir.

ELABORACION Y ADMINISTRACION DEL PRESUPUESTO

El puntaje máximo de calificación es de 22 puntos (color azul), en el ítem de elaboración y administración del presupuesto obtuvo 20 (90%) puntos (color verde), obteniendo una calificación de **EXCELENTE** según escala de calificación establecida.

El resultado obtenido fue muy satisfactorio, ya que la elaboración y administración del presupuesto a nivel municipal realiza todas las actividades evaluadas con sus respectivos soportes.

ADMINISTRACION DE TESORERIA

El puntaje máximo de calificación es de 20 puntos (color azul), en el ítem de administración de tesorería obtuvo 17 (85%) puntos (color amarillo), obteniendo una calificación de **ACEPTABLE** según escala de calificación establecida.

No se identifican puntos críticos para mejoría, solo faltan algunos soportes que verifiquen la realización de actividades propias de administración.

RENDICION DE CUENTAS

El puntaje máximo de calificación es de 6 puntos (color azul), en el ítem de rendición de cuentas obtuvo 4 (66%) puntos (color amarillo), obteniendo una calificación de **ACEPTABLE** según escala de calificación establecida.

El único punto crítico que reporta la evaluación es la no realización de rendimiento de cuentas a la comunidad sobre los resultados alcanzados con respecto a las metas planteadas y los recursos utilizados.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES VERIFICADAS CON LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO A LA OFICINA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y ENTIDAD TERRITORIAL DEL MUNICIPIO NUMERO 1.

VARIABLES EVALUADAS	DESCRIPCIÓN	PUNTOS OBTENIDOS	%
DIAGNOSTICO ESTRUCTURA	TALENTO HUMANO	6 / 10	1.4
	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	6 / 12	1.4
	CONDICIONES ESTRUCTURA	7 / 10	1.7
IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE USUARIOS	IDENTIFICACIÓN Y DEPURACIÓN DE BASE DE DATOS	20 / 36	4.9
	ELABORACIÓN BASE DE DATOS INICIAL DE PRIORIZADOS	9 / 12	2
	ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE LA BASE DE DATOS ÚNICA DE POTENCIALES BENEFICIARIOS	34 / 20	8
PROCESO DE AFILIACIÓN	SELECCIÓN E INSCRIPCIÓN DE EPS-S	16 / 16	3
	AFILIACIÓN	13 / 16	3
	LIBRE ELECCIÓN EPS-S	41 / 50	10
	SUSCRIPCIÓN LEGALIZACIÓN DE CONTRATOS	36 / 31	8
	MANEJO DE NOVEDADES	27 / 48	6
	REEMPLAZOS E INCLUSIONES	7 / 10	1

PROCESO DE CONTRATACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	CERTIFICACIONES DE PAGO	6 / 14	1
	SEGUIMIENTO A INTERVENTORIA DE CONTRATOS	11 / 24	2
	LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS	7 / 16	1
PROCESOS DE GESTIÓN FINANCIERA MUNICIPAL	PLANEACION DE LA GESTIÓN FINANCIERA	15 / 30	3
	ELABORACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL PRESUPUESTO	20 / 22	4.9
	ADMINISTRACIÓN DE TESORERÍA	17 / 20	4
	RENDICIÓN DE CUENTAS	4 / 6	1
TOTAL		302 PUNTOS 403 (100%)	74%

De las actividades, funciones, variables verificadas y evaluadas en la oficina del régimen subsidiado, y demás directrices responsables del manejo del régimen subsidiado en la entidad territorial, se observa que se está cumpliendo el 74% de las actividades que la entidad territorial del municipio numero 1 debe realizar; es por esto que se deben plantear acciones de mejora con el fin de acercar a la meta del 100% para la realización de las actividades evaluadas.

La segunda parte del instrumento, corresponde a actividades verificadas en lo referente a cumplimiento de actividades y procesos propios de las EPS-S

2. APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS A LAS EPS-S CONTRATADAS EN EL MUNICIPIO

Con el fin de elaborar el diagnóstico situacional actual de las EPS-S contratadas en el municipio, se aplicaran instrumentos en los cuales se busca medir el comportamiento de las EPS-S frente a temas de gran importancia como la activación de derechos de usuarios en el régimen subsidiado, la evaluación de la red prestadora de servicios y el sistema de referencia y contrarreferencia, la evaluación de la gestión sanitaria de la EPS-S y la evaluación de la gestión de la calidad de la atención

Se aplica el instrumento de medición a la EPS-S Numero 3, la cual fue escogida de forma aleatoria dentro de las 5 EPS-S contratadas con el municipio.

En esta EPS-S Numero 3 se aplican los instrumentos de medición de cumplimiento en los cuales se busca determinar el cumplimiento de las actividades que deben desarrollarse según lo estipulado en la resolución 0660 de 2008.

2.1 PROCESO DE ACTIVACION DE DERECHOS DE USUARIOS EN EL REGIMEN SUBSIDIADO



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

República de Colombia

PROGRAMA DE APYO A LA REFORMA DE SALUD

Proyecto Asistencia Técnica para el Fortalecimiento Institucional

de las Entidades Territoriales en la Gestión del Régimen Subsidiado

EVALUACION PROCESO DE ASESORAMIENTO DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

FECHA DE APLICACION: 1 2 3

REVISOR: SUPERVISORA

Nombre responsable del proceso:

PROCESO A. EVALUACION DEL PROCESO DE ACTIVACION DE DERECHOS EN EL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

SUBPROCESO A. ADMISIONACION

Table with 4 columns: ACTIVIDADES, PUNTAJE (1-4), OBSERVACIONES. Includes points 1.1 to 1.4 regarding registration and data management.

SUBPROCESO B. ASISTENCIA DE INFORMACION A USUARIOS

Table with 4 columns: ACTIVIDADES, PUNTAJE (1-4), OBSERVACIONES. Includes points 1.1 to 1.7 regarding organizational structure, information systems, and user assistance.

SUBPROCESO C. PARTICIPACION SOCIAL

Table with 4 columns: ACTIVIDADES, PUNTAJE (1-4), OBSERVACIONES. Includes points 1.1 to 1.2 regarding user participation and capacity building.

SUBPROCESO D. AUTOMAZION DE SERVICIOS

Table with 4 columns: ACTIVIDADES, PUNTAJE (1-4), OBSERVACIONES. Includes points 1.1 to 1.4 regarding information systems and automation.

SUBPROCESO E. TRANSITO DE QUEJAS Y RECLAMOS

Table with 4 columns: ACTIVIDADES, PUNTAJE (1-4), OBSERVACIONES. Includes points 1.1 to 1.3 regarding complaint management.

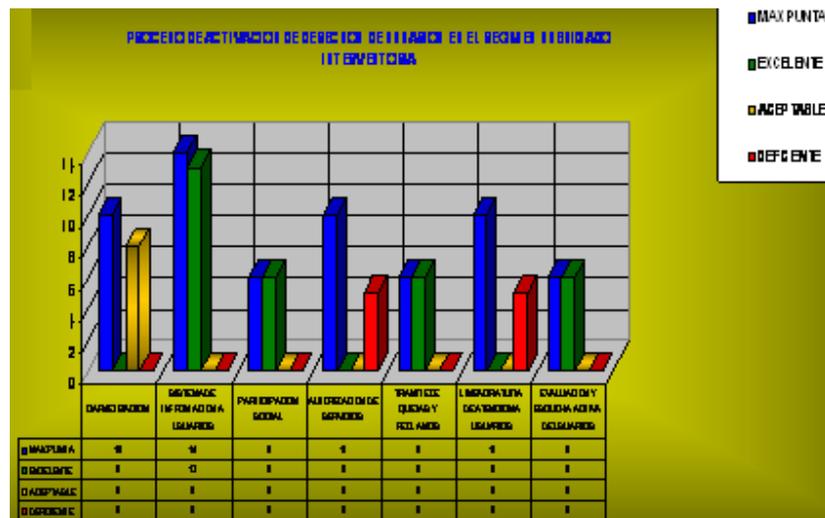
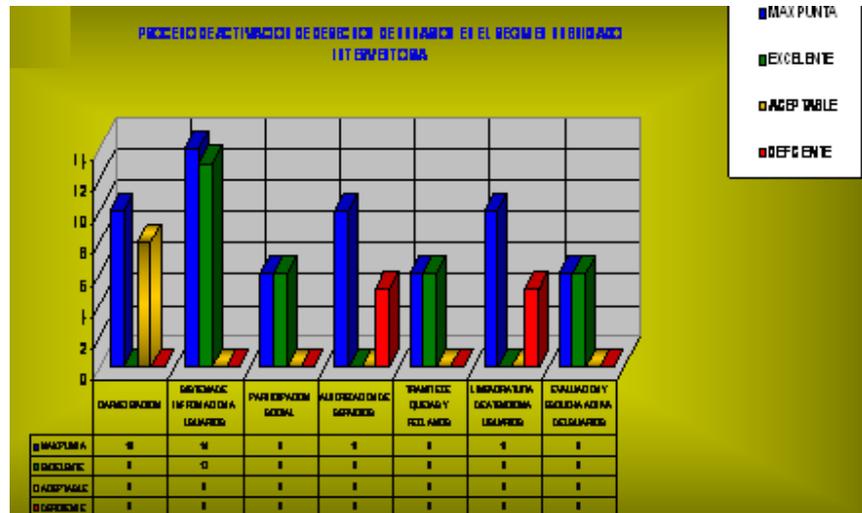
SUBPROCESO F. LINEA GRATUITA DE ATENCION AL USUARIO

Table with 4 columns: ACTIVIDADES, PUNTAJE (1-4), OBSERVACIONES. Includes points 1.1 to 1.5 regarding the toll-free service line.

SUBPROCESO G. ENTRENAMIENTO Y FORTALECIMIENTO DE MANEJO

Table with 4 columns: ACTIVIDADES, PUNTAJE (1-4), OBSERVACIONES. Includes points 1.1 to 1.3 regarding training and capacity building.

GRAN TOTAL SUBPROCESOS



CARNETIZACION

El proceso de verificación de Carnetización, resulta de la comparación detallada de información que han facilitado las EPS-S contra la información obtenida de la actualización de la base de datos de la oficina de régimen subsidiado del municipio numero 1.

El puntaje máximo de calificación es de 10 puntos (color azul), en el ítem de Carnetización obtuvo 8 (80%) puntos (color amarillo), obteniendo una calificación de **ACEPTABLE** según escala de calificación establecida.

El único punto crítico que reporta la aplicación del instrumento es la de Verificar mediante visita domiciliar una muestra aleatoria de las actas de entrega de carnés, con el fin de corroborar la verdadera entrega del carnet y el acceso seguro a los servicios de salud.

Se viene adelantando un cronograma de actividades donde se planea realizar esta verificación de campo, por el momento se hacen verificaciones por línea telefónica de la oportuna Carnetización realizada por las EPS-S contratadas.

SISTEMAS DE INFORMACION A USUARIOS

Se realiza seguimiento a toda la información facilitada a los usuarios de las EPS-S contratadas, se hace verificación de entrega y explicación de folletos, cartillas, materiales educativos, explicación de deberes y derechos y demás sistemas útiles para la informaron y ubicación para la correcta prestación de los servicios de salud.

El puntaje máximo de calificación es de 14 puntos (color azul), en el ítem de sistemas de información obtuvo 13 (92%) puntos (color verde), obteniendo una calificación de **EXCELENTE** según escala de calificación establecida.

PARTICIPACION SOCIAL

Se verifica información referente a participación de usuarios en alianzas y mesas de trabajo, en las reuniones de trabajo trimestrales que desarrollan las EPS-S, del proceso de comunicación y de conformación de estas alianzas de usuarios.

El puntaje máximo de calificación es de 6 puntos (color azul), en el ítem de participación social obtuvo 6 (100%) puntos (color verde), obteniendo una calificación de **EXCELENTE** según escala de calificación establecida.

AUTORIZACIONES DE SERVICIOS

Se verifican los sistemas de información computarizados, los procedimientos autorizados en periodos de tiempo.

El puntaje máximo de calificación es de 10 puntos (color azul), en el ítem de autorización de servicios obtuvo 5 (50%) puntos (color rojo), obteniendo una calificación de **DEFICIENTE** según escala de calificación establecida.

No se logra identificar puntos críticos, simplemente debe adelantar acciones encaminadas a realizar seguimientos continuos de los procesos de autorizaciones de servicios, la medición de los tiempos de espera para cirugía y procedimientos programados según circular 30 de 2006; a su vez la verificación de la circular externa 021 de 2005, relacionada con los formatos de negación de servicios.

TRAMITES DE QUEJAS Y RECLAMOS

Se verifica la información por medio de seguimientos continuos y oportunos al manejo del buzón de sugerencias, quejas y reclamos, de la verificación de las

aperturas de los mismos y de los procesos que conllevan la aparición de alguna queja, sugerencia o reclamo.

El puntaje máximo de calificación es de 6 puntos (color azul), en el ítem de trámite de quejas y reclamos obtuvo 6 (100%) puntos (color verde), obteniendo una calificación de **EXCELENTE** según escala de calificación establecida.

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL USUARIO

Se verifica el correcto funcionamiento de la línea de atención a usuarios 24 horas, se mide la capacidad de resolución de problemas de los operarios que orientan el proceso de consulta por parte de la EPS-S.

El puntaje máximo de calificación es de 10 puntos (color azul), en el ítem de línea gratuita de atención al usuario obtuvo 5 (50%) puntos (color amarillo), obteniendo una calificación de **DEFICIENTE** según escala de calificación establecida.

El punto crítico detectado por el instrumento es la falta de inspección al software que registra las llamadas y la capacidad para generar reportes.

EVALUACION Y ESCUCHA ACTIVA DE USUARIOS

Se verifica la existencia de modelos de calificación implementados por las EPS-S para determinar la satisfacción de usuarios.

El puntaje máximo de calificación es de 6 puntos (color azul), en el ítem de evaluación y escucha activa de usuarios obtuvo 6 puntos (color verde), obteniendo una calificación de **EXCELENTE** según escala de calificación establecida.

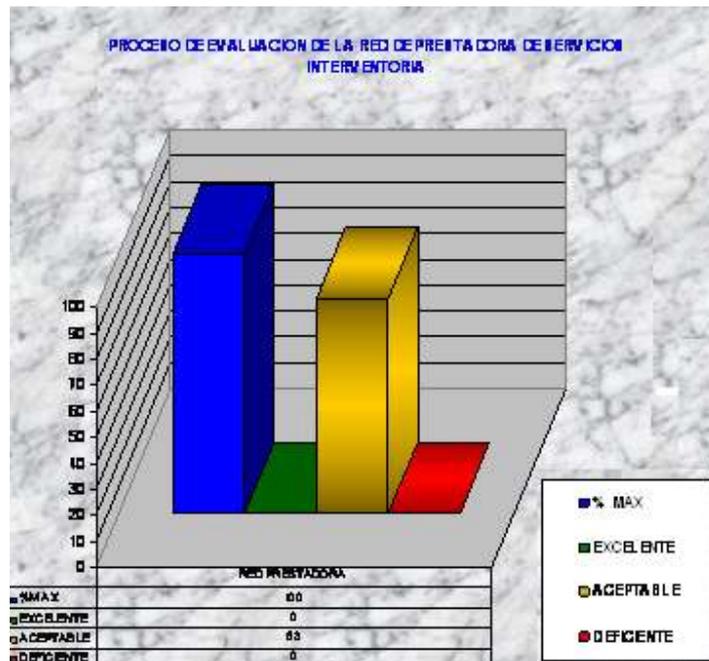
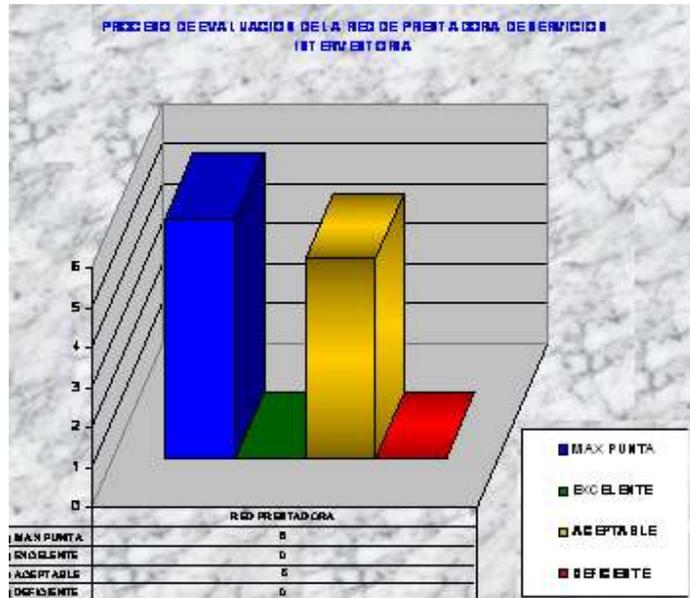
2.1. EVALUACIÓN DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS Y EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



Urbes y Jdru

MINISTERIO DE LA PROTECCION 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
EVALUACION PROCESO DE ASEGURAMIENTO DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

FECHA DE APLICACION				
MEDICION No.		1	2	3
Departamento:				
INTERVENTORIA				
Nombre responsable del proceso:				
PROCESO: A. EVALUACIÓN DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS Y EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA				
SUBPROCESO A: RED PRESTADORA				
ACTIVIDADES	PUNTAJE *	OBSERVACIONES		
		2	1	0
* Puntaje: 2 = Se realiza y hay evidencia, 1 = Se realiza pero no hay evidencia, y 0 = No se realiza				
1.1	Verificar el cumplimiento del portafolios de servicios declarados			
1.2	Verificar la existencia de los formatos de habilitación declarados			
1.3	Verificar los reportes de referencias realizadas en el mes a través de la línea de atención al usuario y a través de los auditores de turno.			
SUBTOTAL				
GRAN TOTAL SUBPROCESOS				



EVALUACION RED PRESTADORA

Se verifica el cumplimiento de los portafolios de servicios ofrecidos, los formularios de habilitación institucional reportados.

El puntaje máximo de calificación es de 6 puntos (color azul), en el ítem de evaluación de la red prestadora obtuvo 5 (83%) puntos (color amarillo), obteniendo una calificación de **ACEPTABLE** según escala de calificación establecida.

No existen puntos críticos, se debe hacer seguimiento a los reportes de referencias realizadas en el mes a través de la línea de atención al usuario y a través de los auditores de turno.

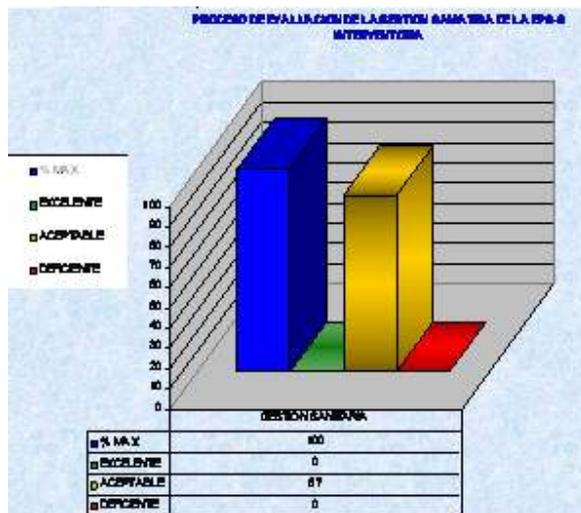
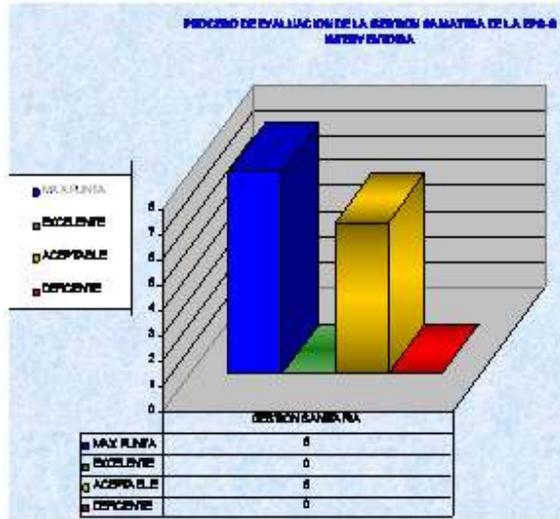
2.2. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA DE LA EPS-S



Derechos Reservados

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
EVALUACION PROCESO DE ASEGURAMIENTO DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

FECHA DE APLICACION				
MEDICION No.		1	2	3
Departamento:				
INTERVENTORIA				
Nombre responsable del proceso:				
PROCESO: A. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA DE LA EPS-S				
SUBPROCESO A: GESTION SANITARIA				
ACTIVIDADES	PUNTAJE			
		2	1	0
* Puntaje: 2 = Se realiza y hay evidencia, 1 = Se realiza pero no hay evidencia, y 0 = No se realiza				
1.1	Verificar la existencia del Diagnóstico del estado de la salud de los afiliados que contenga: perfil demográfico, perfil epidemiológico y socioeconómico			
1.2	Verificación de la existencia de los Modelo de atención en salud			
1.3	Verificar las Matrices de programación de promoción y prevención por cada contrato de aseguramiento			
1.4	Verificar el diligenciamiento de los RIPS de promoción y prevención mes a mes para realizar un análisis comparativo entre los valores reportados.			
SUBTOTAL				
GRAN TOTAL SUBPROCESOS				



GESTION SANITARIA

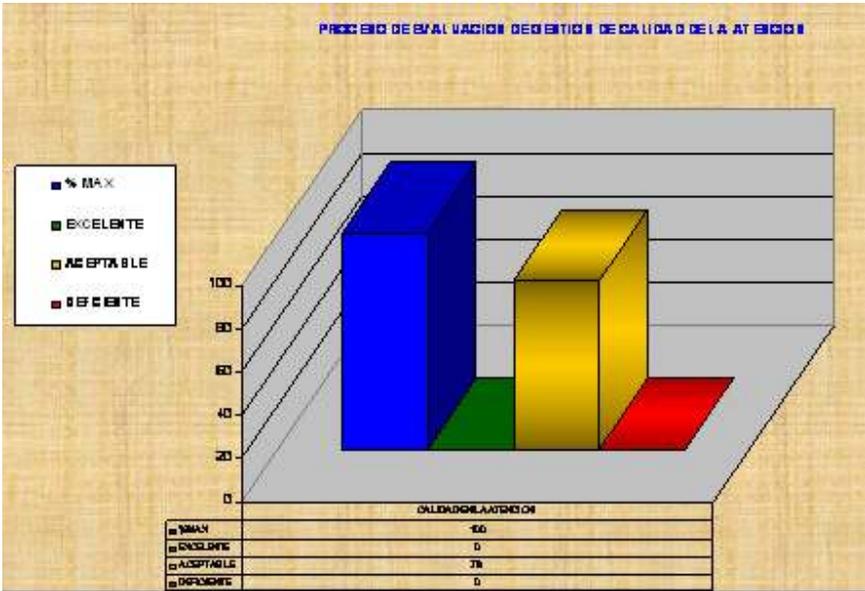
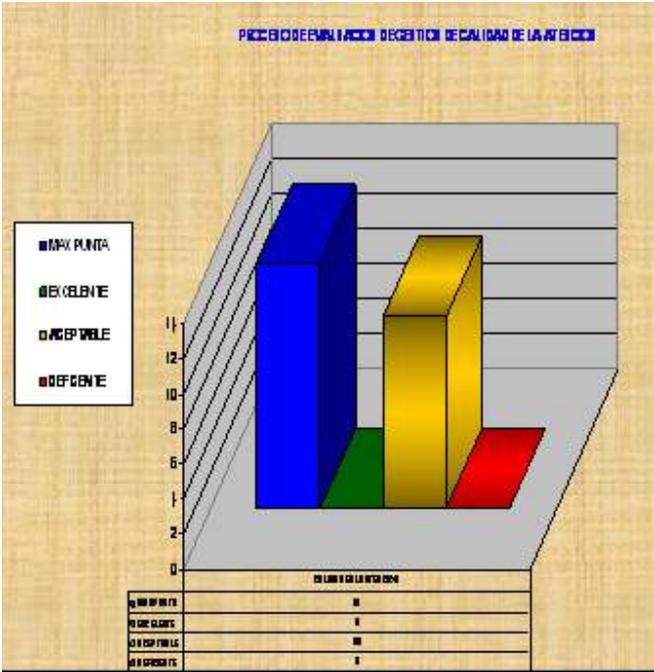
Se verifican la existencia de diagnósticos de salud, perfiles epidemiológicos, cumplimiento de metas de promoción y prevención.

El puntaje máximo de calificación es de 8 puntos (color azul), en el ítem de evaluación de la gestión sanitaria obtuvo 6 (87%) puntos (color amarillo), obteniendo una calificación de **ACEPTABLE** según escala de calificación establecida.

No existen puntos críticos, se debe hacer seguimiento a el diligenciamiento de los RIPS de promoción y prevención mes a mes, así como el seguimiento permanente a los indicadores epidemiológicos que se efectúan trimestralmente para su interpretación.

2.3. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

 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 EVALUACION PROCESO DE ASEGURAMIENTO DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD				
FECHA DE APLICACION				
MEDICION No.	1	2	3	
Departamento:				
INTEREVENTORIA				
Nombre responsable del proceso:				
PROCESO: A. EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN				
SUBPROCESO A: EVALUACION DE LA CALIDAD EN LA ATENCION				
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				
L.1	Verificar la capacidad instalada de la red prestadora			
L.2	Verificar el monitoreo de los indicadores de gestión clínica de las IPS contratada			
L.3	Verificar el desarrollo de los procedimientos de auditoría concurrente			
L.4	Verificar los procedimiento de auditoría clínica en casos de desviaciones de la atención			
L.5	Verificar el proceso de monitoreo de los requisitos de permanencia para la habilitación de EPS-S			
L.6	Verificar la elaboración del PAMEC para procesos de habilitación de la EPS-S			
L.7	Verificar los procesos para el cumplimiento de requisitos de permanencia como EPS-S			
SUBTOTAL				
GRAN TOTAL SUBPROCESOS				



EVALUACION DE GESTION DE CALIDAD EN LA ATENCION

Se verifica la capacidad instalada de la red prestadora, el cumplimiento de PAMEC, procesos de calidad y auditorías desarrolladas para el mejoramiento continuo institucional.

El puntaje máximo de calificación es de 14 puntos (color azul), en el ítem de evaluación de la gestión de la calidad en la atención obtuvo 11 (78%) puntos (color amarillo), obteniendo una calificación de **ACEPTABLE** según escala de calificación establecida.

Se identifican falencias en los procesos de la red prestadora, requisitos de cumplimiento mínimos para la habilitación de las instituciones.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES VERIFICADAS CON LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO A LAS EPS-S			
VARIABLES EVALUADAS	DESCRIPCIÓN	PUNTOS OBTENIDOS	%
PROCESO DE ACTIVACION DE DERECHOS DE USUARIOS EN EL REGIMEN SUBSIDIADO	CARNETIZACIÓN	8 / 10	10
	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	13 / 14	15.4
	AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	5 / 10	6
	TRAMITE DE QUEJAS Y RECLAMOS	6 / 6	7.1
	LÍNEA ATENCIÓN GRATUITA	5 / 10	6
	EVALUACIÓN ACTIVA Y ESCUCHA DE USUARIOS	6 / 6	7.1
EVALUACIÓN DE LA RED PRESTADORA DE SERVICIOS Y EL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	RED PRESTADORA	6 / 6	7.1
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN SANITARIA DE LA EPS-S	GESTIÓN SANITARIA	6 / 8	7.1
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN	11 / 14	1.3
TOTAL		66 PUNTOS	79%
		84 (100%)	

Si tomamos el 100% de actividades que se deben verificar en la etapa de diagnóstico inicial de cumplimiento, la EPS-S Numero 3 se encuentra en un 79% de cumplimiento de desarrollo del total de las actividades que la resolución 0660 de 2008 notifica.

Se aplicaron los instrumentos previamente mencionados a cada uno de los procesos que enmarca el desarrollo del régimen subsidiado en esta EPS-S Numero 3, tales como, evaluación de la red prestadora, activación de derechos de usuarios, evaluación de la gestión de la calidad y evaluación de la gestión de la atención.

3. CONCLUSIONES

ENTIDAD TERRITORIAL

La entidad territorial obtiene un 74% de calificación según el instrumento aplicado, lo cual representa que debe orientar sus acciones en buscar el cumplimiento total de las actividades y obligaciones que rige el desarrollo del régimen subsidiado en el municipio.

Se debe realizar mayor seguimiento a los procesos que enmarcan el desarrollo del Régimen Subsidiado en el municipio, acompañamiento permanente por parte de la administración a procesos como Carnetización, inquietudes de los beneficiarios del régimen subsidiado en salud, prestación de los servicios de salud a los usuarios, seguimiento al pago de la red prestadora y más temas relacionados con este componente de seguridad social.

El municipio numero 1 sigue a cabalidad cada uno de los lineamientos y es responsable de la ejecución de todas las acciones, requerimientos y demás solicitudes que realizan los diferentes órganos de control establecidos por la ley colombiana. Entre tanto se solicita a la entidad territorial continuar con ese acompañamiento directo al cumplimiento de las diferentes solicitudes que las directrices de control requieran.

El municipio numero 1 vela por el cumplimiento y ejecución de las obligaciones contractuales firmadas entre este y las diferentes EPS-S que ejercen su función de aseguramiento en el municipio.

La entidad territorial es la directa responsable de las acciones y demás procedimientos que ejecute o deje de hacer la oficina del régimen subsidiado del municipio.

La entidad territorial es responsable del resultado final de algún procedimiento, actividad, satisfacción o grado de cumplimiento que tenga un usuario beneficiario del régimen subsidiado al momento de una prestación de servicios de salud.

La entidad territorial debe realizar jornadas de capacitación y evaluaciones periódicas a los funcionarios que prestan los servicios de asesoría y acompañamiento directo a los usuarios del régimen subsidiado en el municipio.

Es responsabilidad de la entidad territorial realizar juicios valorativos y calificativos sobre el cumplimiento de acciones dejadas de ejecutar por parte de las EPS-S contratadas.

La entidad territorial esta en facultades por normatividad vigente de recurrir a proceso de llamados de atención pro no cumplimiento o sanciones sobre las EPS-S que incumplan las obligaciones contractuales

Es responsabilidad de la entidad territorial realizar seguimiento al pago oportuno de la liquidación de facturas a favor de las EPS-S en el municipio.

La entidad territorial debe realizar el seguimiento al pago oportuno, seguro y en plazos acordes a facturación de las EPS-S a las distintas IPS contratadas, en especial ala red publica de prestación de servicios de salud.

La entidad territorial adelanta acciones de seguimiento mediante el coordinador de promoción de salud y prevención de enfermedad con el fin de trabajar mancomunadamente con las EPS-S contratadas, buscando el cumplimiento de metas según la resolución 3384 y 412 del año 2000.

La oficina de régimen subsidiado municipal, cuenta con la aplicación de un software, el cual realiza la identificación y seguimiento de una forma mas oportuna y ordenada de los beneficiarios que consultan sobre alguna inquietud referente al sistema de seguridad social.

Los usuarios tiene facilidad de acceso al ofician de régimen subsidiado municipal.

La calidad de la atención brindaba por parte de los funcionarios de la entidad territorial y en especial de los de la oficina de régimen subsidiado, es un punto a favor y de gran importancia para el desarrollo continuo de mejoramiento institucional.

La entidad territorial cuanto con un grupo de apoyo capacitado, coordinado y actualizado, lo cual proporciona una herramienta importante en la solución de inconsistencias que pueden generarse con el desarrollo del procesos institucional.

La entidad territorial debe comprometerse son al mejora de aplicativos, sistemas de computo, instalaciones de red locales, sistema de Internet, en la oficina de régimen

subsidiado, con el fin de garantizar un mejor servicios a los usuarios consultantes del régimen subsidiado municipal.

No existe capacitación permanente para los funcionarios responsables del manejo del régimen subsidiado a nivel municipal.

No se evidencia evaluaciones periódicas por parte de las directrices de la entidad territorial a los funcionarios responsables del manejo del régimen subsidiado municipal.

A EPS-S NUMERO 3 (SELECCIONADA ALEOTARIAMENTE)

La EPS-S Numero 3, obtiene un 79% de calificación según el instrumento aplicado, lo cual representa que debe orientar sus acciones en buscar el cumplimiento total de las actividades y obligaciones que rige el desarrollo del régimen subsidiado en el municipio.

Se debe aplicar los instrumentos correspondiente a cada una de las EPS-S que contratan con el municipio con el fin de determinar el nivel del cumplimiento de las actividades de aseguramiento que desarrollan cada una de las EPS-S.

Las actividades que representan mayor incumplimiento por parte de la EPS-S Numero 3, es la de activación de los derechos de usuarios, lo cual se fundamenta en la falta de carnetizacion oportuna a los usuarios, falta de seguimiento interno a la resolución de quejas y reclamos, la falta de atención y escucha activa a los usuarios, a los procedimientos permanentes de mejora continua institucional entre otras.

4. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de la protección social
2. Caja de herramientas, ministerio de la protección social
3. Jaime Maria Orozco Africano, Interventoria del régimen Subsidiado
4. Banco Interamericano de Desarrollo (2001). Protección social para la equidad y el crecimiento. Washington
5. Acosta OL, Ramírez JC (2003); ¿Han servido las redes de protección social para enfrentar la vulnerabilidad social? Informe Final Preliminar, Proyecto Política Macroeconómica y Vulnerabilidad Social. CEPAL – BID; (mimeo).
6. Fresneda (2002). ¿Identifica el Sisben a los pobres? El proceso de focalización en salud. En Rodríguez Oscar. ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado en Salud. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo I. CID Universidad Nacional. Ministerio de Salud. Bogotá.
7. Fresneda (2002b). “La visión de la población pobre sobre el sistema de salud: resultados de la encuesta a la población de los estratos 1, 2 y 3 de las principales ciudades”. En Rodríguez Oscar. ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado en Salud. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo I. CID Universidad Nacional. Ministerio de Salud. Bogotá.