

**CONSULTORÍA PARA DISEÑAR UN MODELO DE AUDITORIA ORIENTADA A
LOS PROCESOS QUE GARANTIZAN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN
POBRE Y VULNERABLE VINCULADA AL SGSSS EN SANTANDER**

**SONIA MARINA FORERO BARÓN
JENNY MOSCOSO BRAVO
GERMAN AUGUSTO MUTIS ALMEIDA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2009**

**CONSULTORÍA PARA DISEÑAR UN MODELO DE AUDITORIA ORIENTADA A
LOS PROCESOS QUE GARANTIZAN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN
POBRE Y VULNERABLE VINCULADA AL SGSSS EN SANTANDER**

**SONIA MARINA FORERO BARÓN
JENNY MOSCOSO BRAVO
GERMAN AUGUSTO MUTIS ALMEIDA**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de
Especialista En Administración De Servicios de Salud**

**Directora
Ing. Esp. CLAUDIA PATRICIA APONTE HERNÁNDEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2009**

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento:

Este trabajo de grado es el fruto de un gran esfuerzo y dedicación, lo cual no hubiera sido posible sin la ayuda y cooperación de cada una de las personas que intervinieron en este de forma directa e indirecta para su exitosa culminación.

Primero damos gracias a Dios, por su guía y por que puso en nuestro camino las personas idóneas para este proyecto.

A nuestras respectivas familias por ser el pilar de la culminación de esta meta y por su constante apoyo.

A la Dra. Mary Lupe Angulo, por su empeño y constancia para ayudarnos a culminar en el tiempo estipulado.

A la Dra. Claudia Aponte, por su efectiva colaboración y por su incondicional ayuda en la tutoría de esta monografía.

A nuestras compañeras, por enriquecer nuestro intelecto, nuestros recuerdos y por sembrar una semilla de amistad.

A cada uno de los docentes de esta especialización por su amor a la docencia y por su entrega incondicional de su conocimiento.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	18
1. ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO	20
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
1.2 JUSTIFICACIÓN	21
1.3 OBJETIVOS	23
1.3.1 Objetivos Generales	23
1.3.2 Objetivos Específicos	23
1.4 ALCANCE DEL PROYECTO	24
2. ESTUDIO DEL ARTE	25
2.1 TERMINOLOGÍA	25
2.1.1 Sistema de Salud Colombiano y Población Vinculada	25
2.1.2 Calidad y Auditoria en el Sector de Salud	28
2.2 MARCO LEGAL	35
2.2.1 Leyes	36
2.2.2 Decretos	41
2.2.3 Resoluciones	45
2.2.4 Acuerdos	49
2.2.5 Circulares	55
2.3 MARCO TEÓRICO	56
2.3.1 SISBEN y Listado Censal	56
2.3.1.1. SISBEN	56
2.3.1.1.1 Objetivo General	58
2.3.1.1.2 Objetivos Específicos	58
2.3.1.1.3 Solicitud de la aplicación de la encuesta SISBEN	58
2.3.1.2 Listado Censal	59

	Pág.	
2.3.1.2.1	Definición	59
2.3.1.2.2	Potenciales beneficiarios que se identifican mediante listados censales.	60
2.3.2	Identificación, Selección y Priorización de la Población Pobre y Vulnerable.	60
2.3.2.1	La focalización para la aplicación del gasto social.	62
2.3.2.2	El proceso de selección y priorización de potenciales beneficiarios del régimen subsidiado de salud.	64
2.3.2.3	Principales problemas del proceso de identificación, selección y priorización.	66
2.3.2.4	El sistema integral de información de la protección social – SISPRO.	67
2.3.3	Objetivo del Proceso de Identificación, Selección y Priorización de Beneficiarios al Régimen Subsidiado de Salud.	70
2.3.3.1	Insumos y productos del proceso.	70
2.3.3.2	Descripción del proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios.	71
2.3.3.3	Mapa del proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del régimen subsidiado de salud.	72
2.3.4	Recursos Destinados al Sector Salud.	89
2.3.4.1	Principales competencias en salud por niveles.	89
2.3.4.2	Distribución de los recursos del sistema general de participaciones – SGP- Ley 715 de 2001.	90
2.3.4.3	Distribuciones de las rentas cedidas.	91
2.3.4.4	Distribuciones de los recursos de Ley 643 de 2001	92
2.3.4.5	Fondos territoriales de salud	93

	Pág.
2.3.4.5.1 Fondos locales o municipales de salud en municipios descentralizados.	94
2.3.4.5.2 Fondos locales o municipales de salud en municipios centralizados.	94
2.3.4.5.3 Fondos seccionales o departamentales de salud.	94
2.3.4.5.4 Fondos seccionales o departamentales de salud con corregimientos departamentales.	94
2.3.4.6 Criterios de distribución de los recursos.	94
2.3.4.6.1 Para afiliación al régimen subsidiado.	94
2.3.4.6.2 Para prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.	95
2.3.4.6.3 Para salud pública.	95
2.3.5 Prestación de Servicios de Salud a la Población Vinculada.	95
2.3.6 Calidad y Auditoria en el Sector Salud.	96
2.3.6.1 Ganancias cuando se hacen las cosas con calidad.	97
2.3.6.2 Áreas y procesos involucrados en la calidad del servicio hospitalario.	98
2.3.6.3 Lo que cuesta es la mala calidad.	99
2.4 ANTECEDENTES	102
2.4.1 Avance en los Departamentos en Relación con la Aplicación del Nuevo SISBEN III.	103
2.4.2 Cifra en el Régimen Subsidiado en Colombia.	107
2.4.2.1 Implementación de Modelos de Auditorias de Gestión de la Calidad en Colombia.	108
2.4.2.2 Cobertura para poblaciones especiales.	109

	Pág.
3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA ATENCIÓN EN SALUD A LA POBLACIÓN POBRE VINCULADA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.	116
3.1 DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD.	116
3.1.1 Razón Social	117
3.1.2 Ubicación Geográfica	117
3.1.3 Funciones	117
3.1.4 Estructura Organizacional	122
3.1.5 Misión	125
3.1.6 Visión	125
3.1.7 Política de Calidad	125
3.1.8 Objetivo de Calidad	125
3.1.9 Mapa de Procesos	127
3.1.10 Mapa de Procesos de la Secretaria de Salud Departamental.	131
3.1.10.1 Lista de procedimientos dentro del sistema de calidad existentes en la secretaria de salud departamental.	133
3.2 ÁREAS Y SUS PROCESOS INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE VINCULADA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.	135
3.2.1 Principales Problemas en la Gestión de los Procesos Departamentales del Régimen Subsidiado de Salud.	136
3.2.2 Descripción General de los Procesos Departamentales del Régimen Subsidiado.	138
3.2.2.1 Proceso de Asistencia técnica a los Municipios en la Gestión del Régimen Subsidiado de Salud.	139
3.2.2.2 Gestión del sistema de información del régimen subsidiado.	140

	Pág.
3.2.2.3	Gestión financiera departamental del régimen subsidiado de salud. 140
3.2.2.4	Inspección, vigilancia y control al régimen subsidiado de salud. 141
3.2.2.5	Gestión para la prestación de los servicios de salud para la población pobre y vulnerabilidad vinculada. 141
3.2.3	Cobertura en Aseguramiento en Santander. 142
4.	DISEÑO METODOLÓGICO DE UN MODELO DE AUDITORIA ORIENTADA A LOS PROCESOS QUE GARANTIZAN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE VINCULADA AL SGSSS EN SANTANDER. 144
4.1	TIPO DE ESTUDIO 144
4.2	POBLACIÓN 144
4.3	MUESTRA 145
4.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN 145
4.5	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 145
4.6	INSTRUMENTOS, VARIABLES Y VALORES POSIBLES 146
4.7	PROCEDIMIENTOS, ANÁLISIS Y RESULTADOS 161
5.	CONCLUSIONES 163
6.	RECOMENDACIONES 166
7.	BIBLIOGRAFÍA. 168

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Aseguramiento en Colombia a diciembre de 2008	20
Tabla 2.	Comparativo 2005 a 2007 en aseguramiento en Santander.	22
Tabla 3.	Potenciales beneficiarios que se identifican mediante listados censales.	60
Tabla 4.	Consolidado, problemas procesos de identificación, selección y priorización, en 99 municipios, enero a febrero de 2005.	69
Tabla 5.	Cupos del Régimen Subsidiado por Departamento	109
Tabla 6.	Ampliación de cobertura Régimen Subsidiado población indígena.	110
Tabla 7.	Ampliación de cobertura Régimen Subsidiado población en condición de desplazamiento.	111
Tabla 8.	Ampliación de cobertura Régimen Subsidiado población general.	112
Tabla 9.	Lista de procedimientos de la Secretaria de Salud de Santander.	113
Tabla 10.	Consolidado problemas procesos departamentales diciembre 2005 a febrero de 2006.	137
Tabla 11.	Cobertura en aseguramiento en el Departamento de Santander.	142

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Diferencias esenciales entre la Ley y la Seguridad de Salud y su Reforma.	102
Gráfico 2. Avance departamentos en SISBEN III	104
Gráfico 3. Avances en departamento SISBEN III	106
Gráfico 4. Avances departamentos en SISBEN III - Firma de Convenios.	107
Gráfico 5. Distribución de la cobertura en aseguramiento en Santander.	143

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.	Ciclo de Deming	100
Figura 2.	Componentes del SOGCS	101
Figura 3.	Estructura Organizacional del Departamento de Santander.	116
Figura 4.	Estructura Organizacional de la Secretaria de Salud de Santander.	124
Figura 5.	Mapa de Procesos	128
Figura 6.	Procesos Estratégicos	129
Figura 7.	Procesos Misionales	129
Figura 8.	Procesos de Apoyo	130
Figura 9.	Procesos de Evaluación	130

RESUMEN

TITULO: CONSULTORÍA PARA DISEÑAR UN MODELO DE AUDITORIA ORIENTADA A LOS PROCESOS QUE GARANTIZAN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE VINCULADA AL SGSSS EN SANTANDER*

AUTORES: SONIA MARINA FORERO BARÓN
JENNY MOSCOSO BRAVO
GERMÁN AUGUSTO MUTIS ALMEIDA**

PALABRAS CLAVES: Auditoria, Procesos, Atención, Población, Vulnerable, Santander.

INTRODUCCIÓN: El Estado Colombiano en la constitución establece el acceso a la salud como un derecho. A través de la ley 100 de 1993, se regula y se permite el acceso a la prestación de servicios de salud mediante el SGSSS, definiendo dos tipos de afiliados los del régimen contributivo y régimen subsidiados

Existe un grupo poblacional que no pertenece a ninguno de los dos regímenes Y recibe el nombre de vinculados al SGSSS, lo cual se demuestra a través del Sisben o de listados censales, esta población en le momento que requieran ser atendidos transforman las secretarías de salud en EAPB.

OBJETIVOS: Diseñar Un Modelo De Auditoria Orientada A Los Procesos Que Garantizan La Atención A La Población Pobre Y Vulnerable Vinculada Al SGSSS En Santander.

METODOLOGÍA UTILIZADA : Revisión de la normatividad del SGSSS en Colombia, realizamos levantamiento de la información para conocer la situación actual relacionada con el objetivo, visitas a la Secretaria de Salud de Santander para conocer e identificar los procesos relacionados con la atención a la población pobre y vulnerable y sus respectivos indicadores de medición.

RESULTADOS: La necesidad de tener un modelo de auditoria , pasando por la Atención de la Población Pobre y Vulnerable Vinculada y terminando en el pago efectivo que esta realiza a la red que atiende

CONCLUSIONES: Formular El Modelo De Auditoria Orientada A Los Procesos Que Garantizan La Atención A La Población Pobre Y Vulnerable Vinculada Al SGSSS En Santander

* Trabajo de grado

** Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Departamento de Salud pública.
Especialización en Administración de Servicios de Salud. Claudia Patricia Aponte Hernandez. Directora

SUMMARY

TITLE: CONSULTANCY TO DESIGN A MODEL OF AUDIT PROCESS ORIENTED TO GUARANTEE THE ATTENTION TO THE POOR AND VULNERABLE SGSSS RELATED IN SANTANDER*

AUTHORS: SONIA MARINA FORERO BARÓN
JENNY MOSCOSO BRAVO
GERMÁN AUGUSTO MUTIS ALMEIDA**

KEY WORDS: Audit, Processes, Attention, Population, Vulnerable, Santander.

INTRODUCTION: The Colombian State in the constitution provides for access to health as a right. Through Law 100 of 1993, regulates and provides access to health services through the SHSS, defining two types of members of the contributory scheme and the scheme and subsidiadoebers.

There is a population group that does not belong to either of the two schemes And connected is called the SHSS, which is demonstrated through Sisben or listing census, this population will be served requiring time transform health secretaries EAPB.

OBJECTIVES: Designed a model of process-oriented audit guaranteeing Care for poor and vulnerable Linked by SGSSS in Santander.

METHODOLOGY USED: Regulatory review by the Reform in Colombia, carried out for gathering information about the current situation related to the objective, visits to the Ministry of Health of Santander to know and identify the processes involved in the care of the poor and vulnerable and their respective metrics.

RESULTS: The need for an audit model, through the care of poor and vulnerable Linked and ending cash payment is made to the network that serves.

CONCLUSIONS: Ask The audit model oriented to the processes that provides assistance for the poor and vulnerable Linked By SGSSS In Santander

* Work of grade

** University Industrial of Santander. Faculty of Cheers. Department of Cheers communal. Specialization at Dispensation of Toilets of Cheers. Claudia Patricia Aponte Hernandez. Directora

INTRODUCCIÓN

El Estado Colombiano en cumplimiento del ordenamiento constitucional que establece el acceso a los servicios de salud como un derecho de todos los habitantes del territorio nacional y un deber de los ciudadanos el cuidado integral de su salud y la de su comunidad, garantiza el *Derecho a la Salud* para todos mediante la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A través del aseguramiento, el SGSSS permite el acceso a la prestación de los servicios de salud. El objetivo es lograr el aseguramiento de la totalidad de los colombianos, bien sea mediante la afiliación al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado.

En el primer caso, para la población que tiene capacidad de pago, y en el segundo mediante el aporte estatal – subsidios a la oferta y a la demanda-, este último para quienes viven en condiciones de pobreza y no tienen la posibilidad de financiar el aseguramiento.

El Régimen Subsidiado de Salud, definido en la Ley 100 de 1993 como “el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y de su núcleo familiar 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”.

Existe un grupo poblacional que no pertenece a ninguno de los dos regímenes lo cual aunado a sus condiciones de vulnerabilidad y pobreza, demostrados a través del SISBEN o de los LISTADOS CENSALES, debe ser atendido directamente por el Estado a través de las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales.

Esta población recibe el nombre de VINCULADOS al SGSSS y en el momento que requieren ser atendidos transforman el quehacer dentro de su misión a las Secretarías de Salud en Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB.

Lo anterior, conlleva la responsabilidad no sólo de identificarlos y garantizarles la prestación de los servicios a través de una red de IPS públicas y en su defecto privadas, contratadas para ello, sino también desde un comienzo garantizar los recursos para su atención, la calidad en los servicios y los pagos oportunos tras la facturación de dicha red contratada, lo cual sólo se puede garantizar si existe el seguimiento y control a cada proceso involucrado a través de herramientas de Auditoría existentes y por formular.

1. ASPECTOS GENERALES DEL PROYECTO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para diciembre de 2008 el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, ascendió a 39'719.476 habitantes presentando un crecimiento del 2.87% con relación al año inmediatamente anterior.

Para dicho año en Colombia el número de pobres y/o vulnerables clasificados como población sin aseguramiento en salud o población vinculada al SGSSS, ascendía 4'730.784, un equivalente al 10,64% de la población total según DANE, es decir, la cobertura en aseguramiento en el país según Minprotección Social es del 89,36%, distribuido así:

TABLA 1. Aseguramiento en Colombia a Diciembre de 2008

RÉGIMEN	PERSONAS AFILIADAS	% PERSONAS AFILIADAS	% POBLACIÓN TOTAL
Contributivo	17.234.265	43,39%	38,77%
Subsidiado*	22.485.211	56,61%	50,59%
Población Cubierta	39.719.476	100,00%	89,36%
Población No cubierta (VINCULADOS)	4.730.784		10,64%
TOTAL	44.450.260		100,00%

* Número de Afiliados con Subsidios Plenos con corte a 31 de diciembre de 2008

FUENTE: Informe 2008-2009 MinProtección Social al Congreso de la República

Esta situación conlleva a que se siga aumentando la asignación de los recursos a la cuenta de subsidios a la demanda, disminuyendo cada vez más los subsidios a la oferta con los cuales actualmente se atiende a la población vinculada en el país, propendiendo paulatinamente que este grupo de ciudadanos pase a formar parte de las EPS-S del régimen subsidiado.

Tanto así, que el gobierno nacional atendiendo a las Leyes y particularmente a la Reforma al SGSSS, la Ley 1122 de 2007, entre sus planes y políticas que lógicamente trascienden a todo el país, tiene la meta de aseguramiento universal para los niveles 1,2 y 3 del SISBEN en el régimen subsidiado, porque se supone que los niveles superiores tienen la posibilidad de pagar aseguramiento en el régimen contributivo.

Santander como parte integrante del territorio colombiano, igualmente trabaja desde la Secretaría de Salud Departamental para aumentar la cobertura de población asegurada, ligado esto a garantizar la prestación de servicios de calidad, teniendo como prioridad la contratación con la Red Pública en los diferentes niveles de complejidad en la atención y el cumplimiento

1.2. JUSTIFICACIÓN

La Salud es un Derecho constitucional que, si bien no es catalogado como Derecho Fundamental toma esta connotación cuando está en riesgo la Vida del individuo.

Por ende, el Estado debe garantizar la atención de las personas en condiciones de pobreza y vulnerabilidad que aún no se encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado de Salud. Así mismo, se debe encargar de la atención de los servicios en lo no cubierto por el POS-S.

La atención en salud de la población del territorio nacional que cumple con las características de pobreza y vulnerabilidad, pero que aún no se encuentra afiliada al **Sistema General de Seguridad Social en Salud** como responsabilidad del Estado, debe ser atendida en las instituciones públicas o en aquellas privadas contratadas por éste, con cargo a los llamados recursos de oferta

Igualmente, los servicios no cubiertos por el POSS deben ser prestados en las instituciones públicas o en aquellas privadas contratadas por las entidades territoriales (municipios, departamentos o distritos), con cargo a los llamados recursos de oferta. En este caso es importante considerar que en el régimen subsidiado existen subsidios plenos y parciales, estos últimos corresponden a población carnetizada por una EPS-S, pero NO con todos los servicios que ofrece el POS-S.

En Santander existe un número importante de población pobre y vulnerable vinculada al SGSSS, además de, aquellos que poseen sólo subsidios parciales, que mientras no alcancen su estado de subsidio pleno, podrán estar carnetizados pero su administración pareciera como población vinculada, pues gran parte de los servicios que reciben son atendidos con subsidios a la oferta, según se muestra en la Tabla 2.

TABLA 2. Comparativo 2005 a 2007 en Aseguramiento en Santander

AÑO	RÉGIMEN SUBSIDIADO		POBLACIÓN VINCULADA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	POBLACIÓN TOTAL
	PLENOS	PARCIALES			
Vigencia 2007	947.358	92.949	301.756	637.027	1.979.090
Vigencia 2008	992.674	94.488	317.509	871.306	2.275.977
Vigencia 2009 - I Semestre	1.000.396	85.956	248.345	860.492	2.195.189

FUENTE: Oficina de Sistemas de Información-Secretaría de Salud de Santander

La población no cubierta en Santander, asciende en el primer semestre de 2009 a 248.345 personas como VINCULADOS y 85.956 con SUBSIDIOS PARCIALES, para un total de **334.301 habitantes**, un número considerable aún, si recordamos que cuando se promulgó la Ley 100 de 1993 se estipuló en ella que en el año 2001, toda la población contaría con aseguramiento en algún régimen de salud. (Lo anterior asumiendo la metodología de Minprotección en el Informe al Congreso 2008-2009, en el cual los asegurados en el régimen subsidiado que se cuentan son aquellos con SUBSIDIOS PLENOS).

Un reto importante para el Departamento es su coparticipación en el cubrimiento de dicha población sin subsidios plenos en salud, con la mayor racionalidad, efectividad, calidad y transparencia, más cuando la movilidad en lo relacionado con migraciones de otros territorios generan un número dinámico para cubrir, así como, la movilidad entre regímenes en salud por la modalidad de contratación laboral existente a través de intermediarios.

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. Objetivo General. Diseñar Un Modelo De Auditoria Orientada A Los Procesos Que Garantizan La Atención A La Población Pobre Y Vulnerable Vinculada Al SGSSS En Santander

1.3.2. Objetivos Específicos

- Revisar el Marco Conceptual y Normativo que Regula la Atención de la Población Vinculada del SGSSS en Colombia.
- Definir una Lista de Chequeo de las Variables a Considerar para el Diagnóstico en la Secretaría de Salud de Santander.
- Realizar el Levantamiento de la Información para Conocer la Situación Actual Relacionada con el Objetivo.
- Identificar los Procesos Relacionados con la Atención a la Población Pobre y Vulnerable Vinculada y sus Respectivos Indicadores Objeto de Seguimiento y Control.
- Documentar el Diagnóstico y Realizar el Análisis de la Información Respectiva
- Formular el Modelo de Auditoria Orientada a los Procesos que Garantizan la Atención a la Población Pobre y Vulnerable Vinculada al SGSSS en Santander
- Validar y Ajustar el Modelo de Auditoria Propuesto
- Documentar el Modelo de Auditoria para Entrega

1.4. ALCANCE DEL PROYECTO

El desarrollo incluye formular un Modelo De Auditoria Orientada A Los Procesos Que Garantizan La Atención A La Población Pobre Y Vulnerable Vinculada Al SGSSS En Santander, contemplando los momentos y soportes desde la recepción de los recursos por parte de la Secretaria de Salud de Santander, pasando por la Atención de la Población Pobre y Vulnerable Vinculada y terminando en el pago efectivo que esta realiza a la red que atiende a dicha población.

2. ESTADO DEL ARTE

2.1 TERMINOLOGÍA

2.1.1 Sistema de Salud Colombiano y Población Vinculada

- **SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado a partir de la Ley 100 de 1993 y Reformado parcialmente con la Ley 1122 de 2007.
- **CNSSS:** Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, creado en la Ley 100 de 1993.
- **CRES:** Comisión de Regulación En Salud, creada en la Ley 1122 de 2007.
- **FOSYGA:** Fondo de Solidaridad y Garantía, instancia que administra a nivel nacional la totalidad de los recursos para el sector salud.
- **CUPS:** Clasificación Única de Procedimientos en Salud
- **SISBEN:** El Sisbén es el **Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales**, que le permite al país focalizar el gasto público y así lograr una mayor justicia social, basada en principios de solidaridad, equidad, eficiencia y universalidad. Su instrumento es una **ficha** o **encuesta de clasificación socioeconómica**, que es diseñada por el Departamento Nacional de Planeación, DNP. La **ficha** Sisbén permite identificar las necesidades de la población más pobre y vulnerable. Los hogares encuestados obtienen un puntaje y un nivel que les prioriza para la asignación de subsidios.¹

¹ MINPROTECCION SOCIAL, Seguridad Social en Salud, Bogotá, Oficina de Comunicaciones, 2006, Pág. 6

- **LISTADO CENSAL:** Existen algunos grupos poblacionales con características especiales a los cuales no les obliga la aplicación de la encuesta Sisbén. En este caso, la relación de beneficiarios del Régimen Subsidiado es suministrada por autoridades o entidades específicas tales como los gobernadores de los cabildos indígenas, Acción Social de la Presidencia de la República, el Ministerio del Interior, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, entre otras. Las entidades deben presentar la información completa de acuerdo con las normas que rigen esta materia.²
- **POBLACIÓN VINCULADA AL SGSSS:** Población Pobre y Vulnerable que tiene clasificación en el SISBEN en los niveles 1 ó 2 ó 3 o existe en Listados Censales del Estado, que no tiene aseguramiento en salud ni en el régimen contributivo ni el régimen subsidiado.
- **SALUD PÚBLICA:** Es la salud del colectivo o de la comunidad en general en un territorio.
- **PAB:** Plan de Atención de Básica en Salud, acciones e intervenciones de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades, de aplicación colectiva.
- **PSP:** Plan de Salud Pública, acciones e intervenciones de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades, de aplicación colectiva a partir de la Ley 1122 de 2007.
- **POA:** Plan Operativo Anual, acciones y recursos para aplicar en un periodo anual.

² Idem 1

- **POS:** Plan Obligatorio de Salud, conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que reciben los afiliados en el SGSSS de los regímenes subsidiado POS-S y contributivo POS-C, los cuales a partir de Enero de 2010 ofrecen iguales alcances para la población de 0 a 12 años.
- **MAIPOS:** Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud.
- **EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS EAPB:** Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.
- **PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:** Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.
- **PROFESIONAL INDEPENDIENTE:** Es toda persona natural egresada de un programa de Educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.
- **ESE:** Empresa Social del Estado, es una entidad pública con autonomía administrativa y financiera, prestadora de servicios de salud de bajo, medio o alto nivel de complejidad en la atención.

- **SUBSIDIOS A LA OFERTA:** Recursos estatales destinados al fortalecimiento de la Red Pública prestadora de servicios de salud para atención de la población pobre y vulnerable vinculada al SGSSS y a lo no cubierto por el POS-S.
- **SUBSIDIOS A LA DEMANDA:** Recursos estatales destinados a la cobertura de la población en el régimen subsidiado en salud, afiliada a través de una Aseguradora del Régimen Subsidiado.
- **SERVICIOS DE SALUD:** Todas las Actividades, Procedimientos en Intervenciones que ofrecen las IPS, para garantizar la recuperación integral de la salud de la población.

2.1.2. Calidad y Auditoria en el Sector Salud

- **CALIDAD:** es definida como la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades³, también puede ser vista desde el punto organizacional como una forma de vida organizacional, la cual hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde.
- **CALIDAD INTRÍNSECA**⁴: Se relaciona con las características y especificaciones que el producto o servicio deben cumplir para que funcione adecuadamente.

³ RAMIREZ, A. M.; GARCIA, J. E. G. A. & FRAUSTRO, S. R. A Scientific Approach to the Definition of Quality in Medical Care: A Model for Mexican Reality. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 456-462, Jul/Sep, 1995.

⁴ AGUIRRE MARTÍNEZ (Andrés), Calidad en el Servicio Hospitalario, Administración de Servicios de Salud – Tomo II-Capítulo 9, Bogotá D.C.: Corporación para Investigaciones Biológicas, 2006

- **COSTOS:** Es la suma total de los costos en que se incurrió para la producción de un bien o servicio y que determinan la tarifa para poder ser adquirido por el cliente o usuario, el cual desea percibir un beneficio, es decir notar que lo que se recibe es proporcional y equitativo, por lo que paga e incluso más de lo que se considera el mínimo justo.
- **ATENCIÓN O NIVEL DE SERVICIO:** Se define a la forma como el cliente percibe que es tratado.
- **SEGURIDAD Y MOTIVACIÓN DE LOS EMPLEADOS:** Independientemente de su jerarquía; se refiere a la actitud de ellos, a sus convicciones, a sus valores y prioridades, a su vocación, a su deseo de hacer las cosas de determinada manera, a su nivel de energía para el trabajo, este componente se conoce como la cultura de una organización y es la base sobre la que se dan los otros componentes. Esta base de la motivación y el hecho de que la calidad esta orientada a la satisfacción de personas, son el fundamento de la orientación humanística de la calidad.
- **SATISFACCIÓN DEL USUARIO:** Es el cumplimiento de las expectativas del usuario. Dado lo complejo y cambiante que es la ciencia médica y la tecnología utilizada, se hace importante diseñar (indicadores y estándares) que permitan evaluar de manera impersonal y objetiva los resultados de una determinada atención al usuario. La sola satisfacción del paciente no es suficiente para deducir que se presta un servicio con calidad, ya que por razones de limitación de conocimiento técnico científico frente a lo que puede y no puede esperar de una determinada atención, no siempre estará en capacidad de juzgar si fue buena o mala la atención recibida.

- **CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD:** Donabedian⁵, define la Calidad como la propiedad de los servicios de salud que puede ser alcanzada en diversos grados y que incorpora la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención con los menores riesgos para el paciente. Los beneficios entendidos en función de los avances de las ciencias médicas y de la tecnología disponible, e igualmente estos beneficios están condicionados por los valores éticos.
- **ATENCIÓN EN SALUD:** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al Usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.
- **AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD (PAMEC)⁶:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
- **CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.
- **CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA.** Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y

⁵ DONABEDIAN (Avedis): Boletín de la Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS, 2000

⁶ URIBE VELEZ (Alvaro): Decreto 1011 de 2006, Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2006

que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

- **SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – SOGCS⁷:** Es el conjunto de Instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.
- **UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD:** Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud. Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.
- **ACCESIBILIDAD:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **OPORTUNIDAD:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

⁷ Idem 6

- **SEGURIDAD:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **PERTINENCIA:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **CONTINUIDAD:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.
- **SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN⁸:** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.
- **SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN:** Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan

⁸ Idem 6

acogerse a este proceso. Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación.

- **SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD⁹:** El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página Web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.
- **INSPECCIÓN:** Es el ejercicio ocasional o periódico de la atribución de solicitar, confirmar y analizar, en la forma, detalle y términos que determine la Superintendencia Nacional de Salud, la información que requiera el Sistema sobre la situación jurídica, contable, económica, administrativa, técnica y operativa de los entes vigilados. Esta facultad le permite visitar, investigar, explorar y verificar información sobre las estructuras, procesos y resultados en los entes vigilados de su área de competencia.
- **VIGILANCIA:** Es el ejercicio permanente de la atribución de velar por que en la formación, funcionamiento y desarrollo del objeto social, los entes vigilados se ajusten a la ley y a sus estatutos. Mediante la vigilancia se ejerce un proceso de seguimiento y monitoreo del cumplimiento de la constitución y las leyes en las entidades de dirección territorial, financiamiento, administración,

⁹ Idem 6

aseguramiento y prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social.

- **CONTROL:** Es el ejercicio de la atribución de ordenar los correctivos requeridos para subsanar situaciones críticas de orden jurídico, contable, económico, administrativo, técnico u operativo de cualquier ente vigilado. El control además de correctivo debe ser de carácter preventivo y promocional e incluye la publicación periódica de los resultados del desempeño de las entidades vigiladas en aspectos de cobertura, calidad y eficiencia.
- **AUTOCONTROL:** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- **AUDITORIA INTERNA:** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
- **AUDITORIA EXTERNA:** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

- **ACCIONES PREVENTIVAS:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
- **ACCIONES DE SEGUIMIENTO:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- **ACCIONES COYUNTURALES:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

2.2. MARCO LEGAL

Constitución Política de Colombia de Julio 6 de 1991

- √ Artículo 48: Define la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de Eficiencia, Universalidad Y Solidaridad.
- √ Artículo 49: Se establecen como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.
- √ Artículo 50: Derecho de los niños menores de 1 año sin aseguramiento, a recibir atención gratuita en todas las entidades que reciban aportes del Estado.

2.2.1. Leyes

Ley 10 de Enero de 1990. Establece la Descentralización Administrativa, se reorganiza el SGSSS y se dictan otras disposiciones. Para tal efecto, todas las instituciones o entidades que presten servicios de salud están obligadas a presentar la atención inicial de urgencias, con independencia de la capacidad socioeconómica de los demandantes de estos servicios, en los términos que determine el ministerio de salud.

Ley 21 de 1991. Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989. Responsabilidad del Estado sobre estos grupos poblacionales y sus Derechos. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales

Ley 60 de 1993. Dicta normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

Ley 82 de 1993. Por la cual se expiden normas para apoyar de manera especial a la mujer cabeza de familia.

Ley 100 de Diciembre 23 de 1993. Artículo 153: Fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentra Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre escogencia, Autonomía de las Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y Calidad. La Calidad Caracterizada como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

√ Artículo 157: Reglamenta los tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud: Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus Subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago

√ Artículo 158: Reglamenta los beneficios para desmovilizados. Los colombianos que, acogiéndose a procesos de paz, se hayan desmovilizado, o lo hagan en el futuro, tendrán derecho a los beneficios del régimen subsidiado en salud contenido en la presente Ley, mientras no se afilien al régimen contributivo en virtud de relación de contrato de trabajo.

√ Artículo 178: Dentro de las funciones de la Entidades Promotoras de Salud se incluyen: Establecer Procedimientos para Controlar la Atención Integral, eficiente,

oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

√ Artículo 227: Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud: Establecer la responsabilidad del Gobierno de definir el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.

Ley 387 de 1997. Implementa los mecanismos para que la población afectada por el desplazamiento acceda a los servicios de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993.

Ley 509 de 1999. Por la cual se disponen unos beneficios en favor de las Madres Comunitarias en materia de Seguridad Social y se otorga un Subsidio Pensional.

Ley 691 de 2001. Estipula la Participación De Los Grupos Étnicos En El SGSSS, su afiliación, participación, deberes y derechos son los mismos para todos los habitantes del territorio nacional.

Ley 643 de 2001. Fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar. Se deberán transferir directamente a los servicios de salud en la forma establecida en la presente ley y emplearse para contratar directamente con las empresas sociales del Estado o entidades públicas o privadas la prestación de los servicios de salud a la población vinculada, o para la afiliación de dicha población al régimen subsidiado.

Ley 715 de 2001¹⁰. Establece los Recursos Y Competencias De La Prestación De Servicios De Salud. El Sistema General de Participaciones –SGP. El Sistema General de Participaciones son los recursos que la Nación transfiere, por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política (reformados por el Acto Legislativo 01 de 2001), a las entidades territoriales – departamentos, distritos y municipios, para la financiación de los servicios a su cargo, en salud, educación y los definidos en el Artículo 76 de la Ley 715 de 2001, armoniza los principios establecidos por la ley 100/93 en el sentido de acelerar el proceso de transformación de subsidios de oferta a demanda, estable que el aseguramiento en el régimen subsidiado para la población pobre y vulnerable queda a cargo de los municipios y distritos.

Ley 850 de 2003. Reglamenta las veedurías ciudadanas. Se entiende por Veeduría Ciudadana el mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública, respecto a las autoridades, administrativas, políticas, judiciales, electorales, legislativas y órganos de control, así como, de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional que operen en el país, encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público.

Ley 872 de 2003 y su norma técnica de calidad en la gestión pública NTC-GP. 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

¹⁰ DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN DE COLOMBIA, Orientaciones para la Programación y Ejecución de los Recursos del Sistema General de Participaciones – SGP, Bogotá, Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible DNP, 2004, pág. 13

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 vigente. ¹¹

Ley 1122 del 9 de Enero de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones a la Ley 100 de 1993 en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Decreto Ley 1298 de 1994. Por el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto Ley 028 de 2008. Mediante el cual se desarrolla la estrategia de monitoreo, seguimiento y control al Sistema General de Participaciones.

CONPES 22 de 1994. Focalización del gasto social en las entidades territoriales.

CONPES 40 de 1997. Focalización del Gasto Social.

CONPES 55 de 2001. Define los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios, así como los criterios para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales.

CONPES 102 de 2006. Red de protección social contra la extrema pobreza.

CONPES 115 de 2008. Distribución de los recursos del sistema general de participaciones provenientes del crecimiento real de la economía superior al 4% de la vigencia 2006.

11 Ley 872 de 2003, Artículo 1º

CONPES 117 de 2008. Actualización de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios de programas sociales.

CONPES 121 de 2008. Ajuste a la distribución de las once doceavas de la vigencia 2008 (educación, salud, agua potable y saneamiento básico, propósito general y asignación especial para alimentación escolar, municipios ribereños del río Magdalena y resguardos Indígenas) - Distribución de la última doceava y del mayor valor, generado por efecto de la inflación definitiva causada en el año 2007, del sistema general de participaciones vigencia 2008.

CONPES 123 de 2009. Distribución de los recursos del sistema general de participaciones para la atención integral de la primera infancia para la vigencia 2009, provenientes del crecimiento real de la economía superior al 4% en el 2007 y declaración estratégica del programa de atención integral a la primera infancia. Ajuste a la distribución de las once doceavas de la vigencia 2009 de la participación para salud ajuste de a la asignación de dos resguardos indígenas por efecto de nueva certificación del DANE sobre su ubicación.

2.2.2. Decretos

Decreto 2759 de 1991. Por el cual se organiza y establece el régimen de Referencia y Contrarreferencia de pacientes entre niveles de complejidad en la atención en salud.

Decreto 1664 de 1994 (Aclarado por el Decreto 1614 de 1995). Se definen los gastos en salud financiados con las participaciones de inversión social y el situado fiscal.

Decreto 1757 de 1994. Establece las Formas De Participación En Salud, la Participación En Las Instituciones Del SGSSS, Garantías a la participación,

Alianzas o Asociaciones de Usuarios, Representantes del Sector Rural, Comités de Ética Hospitalaria, Participación ciudadana y comunitaria, SIAU.

Decreto 1893 de 1994 - Aclarado por el Decreto 1625 de 1995. Por el cual se reglamentan los artículos 31o del Decreto Ley 1298 de 1994 y 19º de la Ley 60 de 1993 sobre los Fondos de Salud de carácter Departamental, Distrital y Municipal y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1895 de 1994. Forma de Operación del Régimen Subsidiado en Salud.

Decreto 2357 de 1995. Establece la organización del Régimen Subsidiado Del Sistema General De Seguridad Social En Salud, corresponde a la Nación y quien la ejercerá a través del ministerio de seguridad social y traslado de funciones de vigilancia, control e inspección por parte de los entes territoriales.

Decreto 2174 de 1996. Organiza el SOGAS.

Decreto 781 de 1997. Autoriza una cobertura inferior a los mínimos propuestos para la garantía única en el artículo 17 del Decreto 679 de 1994, reglamentario del artículo 24 de la Ley 80 de 1993 dentro del Proyecto Centro Hospitalario Nacional enfocado al fortalecimiento de la Red de Urgencias de los Hospitales de Tercer Nivel de Atención a nivel nacional.

Decreto 3007 de 1997. Estipula las garantías existentes en el sistema de seguridad social, en atención a la salud, se contempla la población vinculada, objeto de la aplicación de recursos de oferta, destinados a financiar los eventos no cubiertos por el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado de la población afiliada.

Decreto 806 de 1998. Reglamenta la afiliación al régimen de seguridad social en salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de la seguridad social en salud y como servicio de interés general en todo el territorio nacional. Obliga a todas las entidades públicas, privadas, mixtas o de economía solidaria debidamente autorizadas para participar en el SGSSS, a prestar los beneficios a la población vinculada al sistema.

Decreto 841 de 1998. Reglamenta parcialmente el Estatuto Tributario y la Ley 100 de 1993 en los aspectos tributarios relacionados con el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones.

Decreto 47 de 2000. Por el cual se expiden normas sobre Afiliación y se dictan otras disposiciones en salud.

Decreto 2569 de 2000. Define el “registro único de población desplazada” como herramienta técnica, que busca identificar a la población afectada por el desplazamiento y sus características y tiene como finalidad mantener información actualizada de la población atendida y realizar el seguimiento de los servicios que el Estado presta a la población desplazada por la violencia.

Decreto 2309 de 2002. Modifica El Decreto 2174 De 1996 – Calidad en Salud.

Decreto 2131 de 2003. Define el mecanismos por el cual la población desplazada por la violencia deberá estar inscrita en el "Registro Único de Población Desplazada", conforme a lo dispuesto por el artículo 32 de la Ley 387 de 1997 y el Título III del Decreto 2569 de 2000 o las normas que los modifiquen, sustituyan o adicionen.

Decreto 1703 de 2002. Por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 1011 de 2006. Por El Cual Se Establece El Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención De Salud Del Sistema General De Seguridad Social En Salud.

Decreto 4444 del 13 de 2006. Establece que es deber de los responsables de cada régimen garantizar que en su red de prestadores existan proveedores habilitados y suficientes, en todos los grados de complejidad, y el sistema de referencia y contrarreferencia, que garanticen la prestación de los servicios de interrupción voluntaria de embarazo a su población afiliada o beneficiaria. Para el caso de la población vinculada, el Decreto señala que la responsabilidad recae en las Direcciones Territoriales de Salud, a través de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS, públicas o las privadas que tengan contrato con el Estado. Además menciona que no habrá lugar al cobro de cuotas de recuperación por la prestación de servicios para la población pobre.

Decreto 1020 de 2007. Por el cual se reglamenta la ejecución y giro de unos recursos del Régimen Subsidiado y aspectos de la prestación de servicios de salud a la población cubierta con subsidios a la demanda.

Decreto 4747 de 2007. Por Medio Del Cual Se Regulan Algunos Aspectos De Las Relaciones Entre Los Prestadores De Servicios De Salud Y Las Entidades Responsables Del Pago De Los Servicios De Salud De La Población A Su Cargo, Y Se Dictan Otras Disposiciones.

Decreto 313 de 2008. Reglamenta la Ley 1122 de 2007, Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

2.2.3. Resoluciones

Resolución 5264 de 1994. Define el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud – MAPIPOS.

Resolución 3997 de 1996. Establece las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS, de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, las Entidades Adaptadas, las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) e Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y establecer los lineamientos para su evaluación y seguimiento.

Resolución 5089 de 1997. Metodología para la transformación de los subsidios de oferta en subsidios de demanda contenida en el anexo 1, "Lineamientos generales para la transición de subsidios de oferta a subsidios a la demanda- Manual para las Direcciones Territoriales de Salud- y que hace parte integrante de la misma Resolución.

Resolución 219 de 1998. Por la cual se adoptan formularios en relación con la forma y operación del Régimen Subsidiado en el SGSSS. Adopta el formulario único nacional para elaborar el listado censal de las comunidades indígenas, indigente y la población infantil abandonada, beneficiaria del régimen subsidiado.

Resolución 651 de 1998. Adoptase la metodología para la transformación de los subsidios de oferta en subsidios a la demanda contenida en el anexo 1 y que hace parte integrante de la misma resolución, que sustituye los "Lineamientos generales para la transición de subsidios de oferta a subsidios a la demanda-Manual para las Direcciones Territoriales de Salud" adoptado mediante Resolución 05089 de 1997.

Resolución 2546 de 1998. Se determinan los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información de prestaciones de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1995 de 1999. Por La Cual Se Establecen Normas Para El Manejo De La Historia Clínica.

Resolución 3374 de 2000. Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. Las direcciones departamentales, distritales y locales de salud, que actúen como administradoras para la prestación de servicios de salud a la población vinculada y a los beneficiarios del régimen subsidiado cubiertos con servicios de salud por fuera del POSS, que sean financiados con recursos de oferta, deberán llevar a cabo los mismos procesos informáticos y conformar la base de datos de los servicios prestados a la población, dentro de su ámbito territorial.

Resolución 890 de 2002 (Aclarada y Complemento en la Res. 1375 de 2002-Modificada por la Res. 195 de 2005). Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1439 de 2002. Inscripción De Servicios De Salud.

Resolución 1474 de 2002. Funciones Entidad Acreditadora Y Estándares.

Resolución 486 de 2003. Modifica La Res 1439 De 2002

Resolución 1894 de 2003. Modifica La Res.1439 De 2002 Y 486 De 2003 – Habilitación De Servicios de Salud.

Resolución 816 de 2004. 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.

Resolución 1618 de 2004. Por medio de la cual se define la calidad de creador y gestor cultural y se establecen los requisitos e instrumentos de validación para su acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 812 de 2006. Deroga la Resolución 1149 de 2006 y los artículos 1º, 2º y 3º de la Resolución 5078 de 2006. 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 del 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. Reglamenta la recolección, transferencia y difusión de la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud.

Resolución 1043 de 2006. Por La Cual Se Establecen Las Condiciones Que Deben Cumplir Los Prestadores De Servicios De Salud Para Habilitar Sus Servicios E Implementar El Componente De Auditoria Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención Y Se Dictan Otras Disposiciones.

Manual Único De Procedimientos De Habilitación De La Resolución No. 1043 De 2006. Por La Cual Se Establecen Las Condiciones Que Deben Cumplir Los Prestadores De Servicios De Salud Para Habilitar Sus Servicios E Implementar El

Componente De Auditoria Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención Y Se Dictan Otras Disposiciones.

Resolución 1445 de 2006. Por La Cual Se Definen Las Funciones De La Entidad Acreditadora Y Se Adoptan Otras Disposiciones.

Resolución 1446 de 2006. Por La Cual Se Define El Sistema De Información Para La Calidad Y Se Adoptan Los Indicadores De Monitoría Del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención En Salud.

Resolución 5078 de 2006. Modifica el Anexo Técnico No.1 de la Resolución 1149 de 2006.

Resolución 2679 de 2007. Conformar El Comité Sectorial De Calidad Y Seguridad De La Atención En Salud.

Resolución 2680 de 2007. Modifica Parcialmente La Resolución 1043 De 2006 Y Se Dictan Otras Disposiciones.

Resolución 2955 de 2007. Por la cual se modifican algunos numerales del Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio Farmacéutico, adoptado mediante Resolución 1403 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3221 de 2007. Dicta disposiciones sobre la actualización de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA).

Resolución 3763 de 2007. Modifican Parcialmente La Resolución 1043 Y 1448 De 2006 Y La Resolución 2680 De 2007 Y Se Dictan Otras Disposiciones.

Resolución 0473 de 2008. Por Medio De La Cual Se Define La Metodología Para El Diseño, Elaboración Y Evaluación Del Plan De Gestión De Los Gerentes O Directores De Las Empresas Sociales Del Estado Del Nivel Territorial Y Se Adopta Para Ello Un Instrumento De Medición Y Evaluación.

Resolución 2181 de 2008. Expide La Guía Aplicativa Del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad De La Atención De Salud, Para Las Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud De Carácter Público.

Resolución 3960 de 2008. Modifica Parcialmente La Resolución 1445 De 2006 Y Los Anexos Técnicos.

2.2.4. Acuerdos

Acuerdo 008 de 1994. Se define el Plan Obligatorio de Salud

Acuerdo 010 de 1994. Sobre el funcionamiento de las EPS

Acuerdo 064 de 1997. Define las prioridades para la asignación de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía provenientes del impuesto social a las armas, destinados a financiar la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia a la población afiliada al régimen subsidiado, en los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y de la población vinculada al Sistema.

Acuerdo 041 de 1996. Establece un mecanismo especial de identificación, afiliación y subsidio dentro del Régimen Subsidiado del SGSSS para los trabajadores migratorios del área rural.

Acuerdo 138 de 1999. Establece un mecanismo especial de identificación, selección, afiliación, contratación y subsidio dentro del SGSSS. Reglamenta la identificación de beneficiarios correspondiente a la población desmovilizada y sus núcleos familiares a cargo de la Secretaría Especial para la Reinserción, de la Red de Solidaridad Social identificará mediante listado censal elaborado por esta Secretaría, con el fin de que puedan acceder a los beneficios contemplados en el Régimen Subsidiado de Salud, sin aplicársele la encuesta SISBEN.

Acuerdo 176 de 2000. Procedimiento excepcional para afiliar a los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado, con cargo a los excedentes de las vigencias 1.996, 1.997, 1.998 y 1.999, de los recursos que las Cajas de Compensación Familiar administran directamente; establece la forma de identificación de los miembros del núcleo familiar de las madres comunitarias del ICBF, de los niños menores de 6 años abandonados a cargo del ICBF. Los miembros del núcleo familiar de las madres comunitarias, que no pueden ser beneficiarios del Régimen Subsidiado.

Acuerdo 244 de 2003. Por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Prioriza las poblaciones especiales, define criterios de cofinanciación para ampliaciones de cobertura y determina períodos de contratación. Define el mecanismo de identificación de potenciales beneficiarios mediante instrumentos diferentes de la encuesta SISBEN.

Acuerdo 253 de 2004. Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, Elaboración y certificación del Listado Censal guardar la reserva legal a que haya lugar, Marco normativo para la identificación de potenciales beneficiarios mediante la encuesta SISBEN: Norma Grupo poblacional a focalizar Entidad responsable Funciones Instrumentos y mecanismos.

Acuerdo 258 de 2004. Aplicación de nueva encuesta SISBEN. Alcaldía Municipal, Dirección territorial de salud Mantener condición de afiliados al RS o aplicar procedimiento de sustitución de subsidios. Nuevo SISBEN.

Acuerdo 262 de 2004. Criterios de priorización para la afiliación en el Régimen Subsidiado en Salud. Reglamenta la identificación, financiación y contratación de la afiliación al Régimen Subsidiado de la población rural no migratoria. Se entiende por Población Rural no migratoria los agricultores de Nivel I y II del SISBEN, cuyos ingresos no superen un tercio de los ingresos que perciben las Unidades Agrícolas Familiares según la definición del Departamento Nacional de Planeación. Los Gremios agrícolas y demás organizaciones interesadas en promover la identificación para la afiliación al Régimen Subsidiado de la población rural, deberán inscribirse para tal fin, mediante comunicación escrita ante el Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones, la cual deberá contener la propuesta de financiación y el esquema de operación propuesto.

Acuerdo 266 de 2004. Implementa la asignación de recursos para la afiliación de la población raizal del departamento de San Andrés y Providencia clasificados en niveles I y II del SISBEN y que posean la tarjeta de la Occre, de acuerdo con la información certificada por el departamento.

Acuerdo 267 de 2004. Autoriza la asignación de recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga para ampliar cobertura en el Régimen Subsidiado de Salud mediante subsidios parciales. Entendido el subsidio parcial, como una proporción del valor de la unidad de pago por capitación subsidiada UPC-S, destinada a cofinanciar algunos contenidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POS-S. Podrán ser beneficiarios de los subsidios parciales todas las personas del área urbana pertenecientes a los niveles 2 y 3 del SISBEN no

afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud o a un régimen exceptuado de la ley 100 de 1993.

Acuerdo 272 de 2004. Se modifican las condiciones de acceso a los subsidios parciales en el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Reglamenta la población objeto de focalización para la asignación de los subsidios parciales: Los taxistas independientes asociados en sindicatos u otro tipo de agremiación identificado por las autoridades locales. - Los artistas y artesanos vinculados a eventos locales, de celebración periódica, con tradición y reconocimiento cultural y cuya realización represente valor patrimonial. - Las madres cabeza de familia organizadas en procesos productivos liderados por las Alcaldías. - Los vendedores informales asociados en sindicatos u otro tipo de agremiaciones identificadas por las autoridades locales. - Los líderes comunales y comunitarios registrados ante las secretarías de gobierno o desarrollo comunitario.

Acuerdo 273 de 2004. Se adiciona el Acuerdo 244 de 2003 en cuanto a la afiliación de la población ROM (gitano) al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Define la identificación de la población ROM mediante un listado de potenciales beneficiarios que será elaborado por la autoridad legítimamente constituida (Shero Rom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior y de Justicia. El listado deberá ser registrado y verificado por la alcaldía del municipio o distrito en donde se encuentren las Kumpania. No obstante, cuando las autoridades legítimas del pueblo ROM lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta SISBEN.

Acuerdo 274 de 2004. Define los criterios de cofinanciación para la afiliación al régimen subsidiado en salud de los artistas (creadores y gestores culturales) y se establecen condiciones para el otorgamiento de los subsidios.

Acuerdo 275 de 2004. Define los criterios de redistribución de recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga para ampliación de cobertura y se dictan

otras disposiciones. Reglamenta la ampliación de la cobertura al régimen subsidiado de la población raizal de San Andrés perteneciente al nivel 3 del SISBEN una vez agotada la cobertura de la población 1 y 2 del SISBEN.

Acuerdo 301 de 2004. Reglamenta la selección, financiación y contratación para la afiliación al Régimen Subsidiado de la población rural. Población Rural no migratoria los agricultores de nivel 1 y 2 del SISBEN, cuyos ingresos no superen un tercio de los ingresos que perciben las Unidades Agrícolas Familiares según la definición del Departamento Nacional de Planeación. Asignación de recursos para la cofinanciación de la afiliación de los transportadores rurales independientes clasificados en los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN, priorizando en orden ascendente de acuerdo con éste, que no reúnan los requisitos para pertenecer al régimen contributivo y que se encuentren organizados o agremiados en una entidad reconocida legalmente.

Acuerdo 331 de 2004. Modifica el artículo 7º del Acuerdo 244 de 2003. Define los criterios de priorización de beneficiarios de subsidios. Las alcaldías o Gobernaciones (en el caso de los corregimientos departamentales) elaborarán las listas de potenciales afiliados al Régimen Subsidiado, clasificados en los niveles 1 y 2 de la encuesta SISBEN, en orden ascendente de menor a mayor puntaje y de la más antigua a la más reciente, con su núcleo familiar cuando haya lugar a ello.

Acuerdo 325 de 2005. Define los criterios de identificación de los deportistas. La acreditación de la condición de deportista se efectuará por parte del Instituto Colombiano del Deporte, Coldeportes, quien de conformidad con sus competencias diseñará el mecanismo de acreditación de la condición de deportista.

Acuerdo 326 de 2005. Asigna los subsidios para la población indígena siempre y cuando la población beneficiaria identificada a través del listado censal no coincida

con la población indígena certificada por el DANE, la autoridad territorial lo verificará y validará de manera conjunta con la autoridad tradicional para efectos del registro individual en la base de datos de afiliación al Régimen Subsidiado.

Acuerdo 307 de 2006. Define los mecanismos de identificación de las personas desmovilizadas mediante listado censal elaborado por el Ministerio del Interior y de Justicia, Programa de Reincorporación a la Vida Civil, discriminado por cada municipio. Para que el núcleo familiar de las personas desmovilizadas puedan acceder al Régimen Subsidiado de Salud deberán pertenecer a los niveles 1 ó 2 del SISBEN. En caso de no estar incorporados en el mismo, ingresarán al Régimen Subsidiado mediante listado censal, mencionado en el inciso anterior, en cuyo caso la entidad territorial deberá proceder a aplicar la encuesta SISBEN, en un plazo máximo de 6 meses. La afiliación al Régimen Subsidiado de Salud se mantendrá siempre y cuando no se cumplan las condiciones para pertenecer al régimen contributivo.

Acuerdo 346 de 2006. Modifica el Acuerdo 329 que a su vez modificó el Acuerdo 299. Conservación de la afiliación a Régimen Subsidiado para afiliados clasificados en SISBEN 3. Determina que los actuales afiliados al régimen subsidiado que por la aplicación de la nueva encuesta SISBEN se encuentren clasificados en el nivel 3, podrán conservar su afiliación hasta el 30 de septiembre de 2007, mientras no se demuestre que pertenecen al régimen contributivo o a regímenes de excepción.

Acuerdo 415 DE 2009. Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

2.2.5. Circulares

Circular 018 de 2004. Define las Metas, Actividades E Indicadores De Las Acciones De Estricto Cumplimiento Del Plan De Atención Básica. Las pruebas de laboratorio realizadas con fines diagnósticos, dentro del proceso de atención, deberán financiarse con los recursos correspondientes a la prestación de servicios de salud, de acuerdo con el estado de afiliación del usuario al Sistema General de Seguridad Social en Salud y para la población vinculada con cargo a los recursos destinados para la atención en salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Circular No. 0006 de 2005. Reglamentación Existente para la afiliación de la población indígena al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Circular 0022 de 2006. Adopción De Formularios De Inscripción En El Registro Especial De Prestadores De Servicios De Salud Y De Reporte De Novedades Del Sistema Único De Habilitación Del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad.

Circular Externa 030 de 2006. Instrucciones En Materia De Indicadores De Calidad Para Evaluar La Oportunidad, Accesibilidad, Continuidad, Pertinencia Y Seguridad En La Prestación De Los Servicios De Salud De Las Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud; Los Indicadores De Calidad Y Los Respectivos Estándares En Los Procesos Prioritarios De Atención De Salud Autoevaluación De La Red Prestadora De Servicios De Salud Y Atención Del Usuario) En Las Entidades Promotoras De Salud, Cualquiera Sea Su Naturaleza Jurídica Y El Régimen De Salud Que Administren, Incluyendo Las Empresas De Medicina Prepagada, Y Los Requerimientos De Información.

Circular No. 0035 de 2007. Identificación y divulgación de los potenciales beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado, y divulgación de la información de los afiliados al Régimen Subsidiado.

Circular 076 de 2007. Modificación Y Adopción De Formularios De Inscripción En El Registro Especial De Prestadores De Servicios De Salud Para Los Que Inicien La Prestación De Servicios Y De Reporte De Novedades Al Sistema Único De Habilitación Del Sistema Obligatorio De Garantía De Calidad Del Sistema.

Políticas, Directrices y Documentos Técnicos que Inciden Directamente en El Desarrollo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

- ✓ Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud 2005.
- ✓ Programa de Apoyo a la Reforma en Salud - PARS
- ✓ Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud.
- ✓ Guía Básica para la Implementación de las Pautas de Auditoria.
- ✓ Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud.
- ✓ Principios Internacionales Para Estándares de Atención en Salud.
- ✓ Sentencia T-760 de 2008, Magistrado ponente Manual José Cepeda Espinoza, 31 de Julio de 2008.

2.3 MARCO TEÓRICO

2.3.1 Sisbén y Listado Censal¹²

2.3.1.1 Sisbén. La Constitución Política de 1991 dentro del ámbito de Estado Social de Derecho establece la necesidad de focalizar o dirigir el gasto social a la población más pobre y vulnerable por parte del gobierno nacional y de los gobiernos departamentales y locales. Para cumplir con este mandato, los

¹² www.sisben.gov.co

responsables de la administración pública deben contar con mecanismos técnicos y objetivos que garanticen una total transparencia en la identificación de las necesidades reales y en la selección de los potenciales beneficiarios para los programas sociales.

El Sisbén es el Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales. Esta es una herramienta de identificación, que organiza a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.

El Sisbén es el **Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales**, que le permite al país focalizar el gasto público y así lograr una mayor justicia social, basada en principios de solidaridad, equidad, eficiencia y universalidad.

Su instrumento es una **ficha o encuesta de clasificación socioeconómica**, que es diseñada por el Departamento Nacional de Planeación, DNP. La **ficha** Sisbén permite identificar las necesidades de la población más pobre y vulnerable.¹³

Los hogares encuestados obtienen un puntaje y un nivel que les prioriza para la asignación de subsidios.

Si una persona ha sido identificada como potencial beneficiario de los programas sociales, es decir que el nivel está entre 1 y 3, podrá acceder a los subsidios que otorga el Estado a través de los diferentes programas y de acuerdo con la reglamentación de cada uno de ellos.

¹³ Ídem 1

La selección y asignación de subsidios, la hacen las entidades ejecutoras de programas sociales del Estado a partir de la información de la base consolidada y certificada por el DNP y los otros instrumentos de focalización que utilice el respectivo programa.

2.3.1.1.1. Objetivo general. Establecer un mecanismo técnico, objetivo, equitativo y uniforme de identificación de posibles beneficiarios del gasto social para ser usado por las entidades territoriales y ejecutores de política social del orden nacional.

2.3.1.1.2. Objetivos específicos

- Facilitar la clasificación de los potenciales beneficiarios para programas sociales de manera rápida, objetiva, uniforme y equitativa.
- Permitir la elaboración de diagnósticos socioeconómicos precisos de la población pobre para apoyar los planes de desarrollo municipal y distrital, y el diseño y elaboración de programas concretos, orientados a los sectores de menores recursos o población vulnerable.
- Contribuir al fortalecimiento institucional del municipio y distrito, mediante la puesta en marcha de un sistema moderno de información social confiable.
- Apoyar la coordinación interinstitucional municipal y distrital para mejorar el impacto del gasto social, eliminar duplicidades y facilitar el control tanto municipal y distrital, como de la sociedad y entidades ejecutoras de programas sociales que asignan subsidios a través del Sisbén.
- Facilitar la evaluación de las metas de focalización de los departamentos, distritos y municipios y lucha contra la pobreza en el territorio colombiano.

2.3.1.1.3. Solicitud de la aplicación de la Encuesta Sisbén. Cualquier ciudadano se puede acercar a la alcaldía de su municipio y solicitar que le sea aplicada la encuesta **sin ningún costo**. La aplicación del Sisbén, su implementación y administración están a cargo del **alcalde del respectivo**

municipio. Por lo tanto, es responsabilidad de las alcaldías mantener a disposición del público toda la información concerniente al resultado de la aplicación de la encuesta Sisbén en su territorio.

Después de aplicada la encuesta el municipio deben informarle al ciudadano el puntaje y el nivel del Sisbén que obtuvo. Si pertenece a los niveles 1 ó 2 del Sisbén y el municipio dispone de recursos para ampliar la cobertura para el ciudadano y su familia, tienen el derecho a afiliarse al Régimen Subsidiado mediante subsidio pleno.

Para afiliarse el ciudadano debe escoger libremente una Entidad Promotora de Salud de Régimen Subsidiado – EPS-S, de las que están autorizadas para operar en el municipio respectivo.

Si el nivel de Sisbén es el 3, puede afiliarse mediante la modalidad de subsidio parcial. Si el ciudadano no está de acuerdo con la clasificación o el puntaje obtenido en la encuesta, puede solicitar una nueva Encuesta en las oficinas del Sisbén de su municipio.

2.3.1.2. Listado Censal

2.3.1.2.1. Definición. Existen algunos grupos poblacionales con características especiales a los cuales no les obliga la aplicación de la encuesta Sisbén. En este caso, la relación de beneficiarios del Régimen Subsidiado es suministrada por autoridades o entidades específicas tales como los gobernadores de los cabildos indígenas, Acción Social de la Presidencia de la República, el Ministerio del Interior, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, entre otras. Las entidades deben presentar la información completa de acuerdo con las normas que rigen esta materia.

2.3.1.2.2. Potenciales beneficiarios que se identifican mediante listados censales. Se presenta la Tabla No.3 en la cual se observan los potenciales beneficiarios que se identifican mediante listados censales y qué entidad es la responsable de esa identificación:

Tabla 3. Potenciales Beneficiarios que se Identifican Mediante Listados Censales

Grupo poblacional por focalizar	Entidad responsable
Población infantil abandonada a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)
Población infantil abandonada a cargo de otras instituciones diferentes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Administración municipal
Población indigente	Administración municipal
Población en condiciones de desplazamiento forzado por la violencia	Registro Único de Población de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional – Acción Social
Población desmovilizada	Programa para la Reincorporación a la vida civil de las personas y grupos alzados en armas, Ministerio del Interior y de Justicia, o la entidad que haga sus veces
Comunidades indígenas	Las tradicionales y legítimas autoridades de los pueblos indígenas
Personas de la tercera edad de escasos recursos y en condición de abandono, en protección de ancianatos	Administración municipal
Población rural migratoria	Los gremios agrícolas u organizaciones de usuarios campesinos se inscriben mediante comunicación escrita ante el Ministerio de la Protección Social (MPS) y éste la presenta a la Dirección de Salud Departamental
Población ROM	Autoridad legítimamente constituida y reconocida ante la dirección de etnias del Ministerio del Interior y de Justicia
Menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF

Fuente: Cartilla Seguridad Social en Salud- Minprotección Social, 2006

2.3.2. Identificación, Selección y Priorización de la Población Pobre y Vulnerable ¹⁴

La focalización para la asignación de subsidios se constituye en una herramienta de política pública que los gobiernos pueden utilizar para mejorar la equidad en el

¹⁴ Ídem 1

acceso a los servicios en los distintos sectores responsables del desarrollo social, entre ellos la salud. La posibilidad de identificar, seleccionar y priorizar adecuadamente a la población beneficiaria de los subsidios en salud, para su aseguramiento a través del Régimen Subsidiado de Salud, es una condición esencial, no sólo para la asignación adecuada de los recursos y para el logro de los mayores beneficios posibles, sino para corregir las situaciones de inequidad que aun prevalecen.

El Departamento Nacional de Planeación, DNP, a través del Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES Social define cada tres años los criterios para la identificación y selección de beneficiarios y para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales. El instrumento utilizado para tal fin es el SISBEN, Sistema de identificación de Beneficiarios para los programas sociales, este es un Sistema de información que permite el ordenamiento de personas y familias de acuerdo con su nivel de estándar de vida o de pobreza, medido por un indicador continuo y sirve como instrumento para la selección de beneficiarios de subsidios de gasto social en salud, educación, vivienda, bienestar familiar ¹⁵, su marco legal fue inicialmente la Ley 60 de 1993 y posteriormente la Ley 715 de 2001, donde se estableció la obligatoriedad para que las autoridades territoriales hagan uso de la información que se derive del instrumento de focalización en la identificación de la población pobre por atender, urbana y rural de cada municipio, distrito o corregimiento departamental.

Por otra parte, el Ministerio de la Protección Social define en los acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) los mecanismos de priorización de dicha población para su posterior afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, así como las excepciones de algunas poblaciones que se identifican mediante Listados Censales.

15 Conpes social 055, Reforma del Sistema de focalización individual del gasto social, Departamento Nacional de Planeación. Bogotá 2001.

El proceso de identificación, selección y priorización de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud es un conjunto de mecanismos mediante los cuales se identifica a los individuos y a las familias pobres y vulnerables sin capacidad de pago, quienes de conformidad con los mecanismos y criterios definidos en las normas adquieren el derecho a recibir del Estado un subsidio total o parcial que les asegura su afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, a través de las EPS del Régimen Subsidiado.

A continuación se presenta la descripción del proceso de identificación, selección y priorización de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que forma parte de la estrategia de mejoramiento de la gestión territorial del Régimen Subsidiado de Salud.

2.3.2.1. La Focalización para la Aplicación del Gasto Social. La Constitución política le confiere al Estado la responsabilidad de lograr una mayor justicia social, basada en principios de solidaridad, equidad, eficiencia y universalidad. Dadas las restricciones de recursos presupuestales y las necesidades de inversión, es necesario focalizar el gasto público. Esto es, dirigirlo a la satisfacción de las necesidades de la población más pobre y vulnerable¹⁶. Para cumplir con este mandato, los responsables de la administración pública deben contar con mecanismos técnicos y objetivos que garanticen una total transparencia en la identificación de las necesidades reales y en la selección de los potenciales beneficiarios para los programas sociales¹⁷.

En 1993 se expide la Ley 100 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el cual se dispuso la creación del Régimen Subsidiado de Salud destinado a garantizar el acceso de las personas pobres y vulnerables, sin

16 Ídem 13

17 www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=586

capacidad de pago, a los servicios de salud. Para ello, se especificó en la ley que el gobierno escogería las herramientas apropiadas para asignar dichos subsidios¹⁸.

De igual forma, en el artículo 176, de dicha ley (de las funciones de la dirección seccional, distrital y municipal del sistema de salud) se ordena a los entes territoriales “Preparar para consideración del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud (CTSSS) los instrumentos y metodologías de focalización de los beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud en el área de su jurisdicción y orientar su puesta en marcha”.

Con la expedición de la Ley 60 de 1993 se establece claramente que el gobierno contará con un mecanismo de focalización de los servicios sociales.

El artículo 30 de la Ley 60 de 1993 define la focalización de subsidios como “el proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables. Para esto, el Conpes social definirá cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales”. El Conpes social 22 del 21 de enero de 1994 definió estos criterios que fueron acogidos por medio de la resolución 65 del 25 de marzo de 1994, la cual dispuso que “los beneficiarios del gasto social se identificarán a través de la estratificación socioeconómica y de la ficha de clasificación socioeconómica”.

Para la identificación de hogares, familias o individuos pobres, de acuerdo con esta resolución, se adoptó a partir de enero de 1995, el modelo de ficha de clasificación socioeconómica conocido como Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN).

¹⁸ Ley 100 de 1993. Art. 213 Parágrafo: “El Gobierno Nacional, bajo los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá un Régimen de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, en el cual se establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales”

En 1997 se expidió el CONPES social 040, mediante el cual se recomienda mantener los criterios de focalización y realizar una evaluación del impacto social de la política, mediante la realización de la Encuesta de calidad de vida.

En el 2001 se expidió la Ley 715, que reforma la Ley 60 de 1993, y en ella se reafirma la focalización como herramienta de asignación de subsidios para la inversión social.

La evaluación del SISBEN propuesta en el Conpes 40 de 1997 y realizada por la Misión Social del DNP y el Ministerio de Salud – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud en los años 2000 y 2001, “Evaluación Integral del SISBEN”, para validar o redefinir los criterios del instrumento, señaló como problemas la posibilidad de manipulación del instrumento por parte de los actores involucrados, deficiencias en la captura de información, debilidades en el índice SISBEN para discriminar pobreza, filtraciones de carácter político en la escogencia de potenciales beneficiarios para programas sociales, mecanismos poco eficaces de control y vigilancia, y debilidad del control social. De acuerdo con lo anterior, el Conpes social expidió el documento 055 de 22 del noviembre de 2001, el cual aprobó la reforma al sistema de focalización individual del gasto social.

2.3.2.2. El Proceso de Selección y Priorización de Potenciales Beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud. 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 2007¹⁹, algunas reglas adicionales de operación del sistema, ratifican 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

19 Artículo 14, Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

pierden la calidad de cotizantes o beneficiarios del Régimen Contributivo que pertenezcan a los niveles I y II del SISBEN y que las ampliaciones de cobertura con subsidios parciales se harán únicamente en aquellos municipios en los cuales la cobertura del Régimen Subsidiado de Salud haya alcanzado el 90% de los niveles I y II del SISBEN y aplicará únicamente para las personas clasificadas en el nivel III.

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.

2.3.2.3. Principales Problemas del Proceso de Identificación, Selección y Priorización. Dada la complejidad de los procesos municipales en la gestión del Régimen Subsidiado de Salud, el Ministerio de la Protección Social, bajo la coordinación de la Dirección de Gestión de la Demanda en Salud y el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) ejecutó el proyecto “Asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las entidades territoriales en la gestión del Régimen Subsidiado” orientado a cualificar integralmente al servidor público responsable de la operación del Régimen Subsidiado de Salud en el ente territorial.

Con base en los resultados del Proyecto de Asistencia Técnica, se pudo verificar que a pesar de los ajustes normativos, persisten múltiples problemas en la gestión del proceso de identificación, selección y priorización que vulneran los derechos de los ciudadanos y que entorpecen la gestión.

En la siguiente tabla se observa en forma consolidada la descripción de los nueve (9) principales problemas que afectaban este proceso, según la percepción de los

servidores públicos que participaron en el proyecto. Los resultados corresponden a la evaluación inicial llevada a cabo durante enero y febrero de 2005 como actividad previa al inicio de la asistencia técnica, en 99 municipios de 27 departamentos que participaron en el proyecto. Ver Tabla no.3 en la página siguiente.

Los municipios que participaron en el proyecto evidenciaron los problemas en la gestión del proceso de identificación, selección y priorización y llevaron a cabo sus planes de mejoramiento.

2.3.2.4. El Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO.

La Ley 1122 de 2007, en su artículo 44º , determina que el Ministerio de la Protección Social deberá definir en los primeros seis meses de su vigencia , el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social –SISPRO, el cual deberá cumplir entre otras con las funciones de:

- a) Registrar la información de acuerdo con las normas emanadas del Ministerio de la Protección Social. Capturar y sistematizar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA- y ponerla a disposición del Instituto Nacional de Salud, del Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y de las Entidades Territoriales.
- b) Recoger y sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el Artículo 2º de la presente Ley.

Adicionalmente en el párrafo 1º del mismo artículo, la Ley 1122 determina que las Entidades Promotoras de Salud – EPS - garantizarán la administración en línea de las bases de datos de los afiliados al SGSSS, asegurando su depuración,

y el correcto y oportuno registro de las novedades. Estas se administrarán de acuerdo a los lineamientos técnicos del Ministerio de la Protección Social y estarán al servicio de los diversos actores que deben tomar decisiones especialmente el Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el FOSYGA, la Superintendencia Nacional de Salud, los Municipios, Distritos y Departamentos, las Administradoras del Régimen Subsidiado y los prestadores de servicios.

Con base en el diagnóstico de necesidades de información y el levantamiento de los procesos de gestión municipal del Régimen Subsidiado de Salud, consignados en la presente Caja de Herramientas, se inicia el desarrollo de la propuesta del Sistema de Información para la Operación Territorial del Régimen Subsidiado de Salud SISSUB, como un aplicativo misional del Sistema Integral de Información de la Protección Social- SISPRO, que permitirá administrar y controlar eficientemente la gestión de los diferentes procesos municipales y nacionales.

El SISSUB, tiene como objetivo ofrecer una solución informática para el nivel municipal que apoye la Gestión del Régimen Subsidiado de Salud en todo su escenario de acción, desde las personas que se benefician del subsidio, las entidades gubernamentales que administran el subsidio, las Entidades que ejercen el aseguramiento Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS-RS), la administración central y las entidades de inspección, vigilancia y control.

Con el SISSUB se espera dar apoyo a todos los actores del sistema de Régimen Subsidiado de Salud, optimizar el manejo operativo de la información, contribuir a la calidad, oportunidad y aprovechamiento de la información registrada, para hacer de esta una herramienta de gestión que apoye el mejoramiento continuo y optimización en la utilización de los recursos financieros asignados al Régimen Subsidiado de Salud, redundando en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población pobre y vulnerable de Colombia.

Tabla 4. Consolidado problemas proceso de identificación, selección y priorización, en 99 municipios, enero a febrero de 2005.

CÓDIGO	PROBLEMA	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA
ID1	No se ha terminado la aplicación del nuevo SISBEN o este presenta errores e inconsistencias en la información.	No se ha terminado en un 100% la aplicación del nuevo SISBEN
ID2	Dificultad con la obtención y problemas de calidad en la información contenida en los listados censales.	La Dirección Territorial de Salud solicita la información a los organismos encargados de la identificación de poblaciones especiales mediante listados censales, sin embargo la información no es reportada oportunamente. La información reportada no cumple con los requerimientos normativos mínimos. No se recibe formalmente la base de datos del SISBEN.
ID3	Dificultades en la integración, organización y depuración de la Base de Datos Única de Potenciales Beneficiarios BDUPB.	No se consolida la información proveniente de la encuesta SISBEN y de los listados censales en una sola base de datos Única de Potenciales Beneficiarios del Régimen Subsidiado (BDUPB) No se organiza la base de datos en la estructura de las Resolución 1149/06 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan. No se depura la BDUPB realizando los cruces con el SISBEN ni la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con el objeto de identificar duplicidades, inconsistencias, falta de información en los campos, entre otros.
ID4	No se realizan actualizaciones periódicas de la base de datos de potenciales beneficiarios.	No se solicitan novedades periódicas al SISBEN ni a los organismos o entidades que intervienen en la identificación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado. No se reportan al SISBEN las novedades de actualización captadas por la Dirección Territorial de Salud.
ID5	No se aplican los criterios de priorización establecidos en las normas para las ampliaciones de cobertura.	No se aplican correctamente los criterios de priorización establecidos en las normas. No se aplica el criterio de área (rural /urbana) para la priorización previo a los procesos de ampliación de cobertura.
ID6	No se publica y/o no existe listado de priorizados previo a los procesos de libre elección.	La base de datos está desactualizada al momento de hacer la priorización. No se publican los listados de priorizados.
ID7	No se conserva información histórica	No existe la cultura de hacer entrega de la información al entregar los cargos por parte de las personas que se retiran. No se conserva un histórico de la BDUPB
ID8	Interferencias políticas en la priorización y en la administración de la base de datos.	No se elabora el listado de priorizados. Existen presiones políticas que afectan el cumplimiento de las normas de priorización. Los criterios de priorización son generados en el nivel local, conforme a las conveniencias de algunos actores políticos.
ID9	Alta rotación, e insuficiencia de personal encargado de las bases de datos.	Escasez de recurso humano para administrar las bases de datos en el municipio. Excesiva rotación de los cargos.
Fuente: Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma, Proyecto de Asistencia Técnica para el Fortalecimiento de la Capacidad Institucional de las Entidades Territoriales en la gestión del Régimen Subsidiado, Evaluación por proceso en 99 municipios, 2005		

2.3.3. Objetivo del Proceso de Identificación, Selección y Priorización de Beneficiarios al Régimen Subsidiado de Salud. El proceso de identificación, selección y priorización de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud tiene por objeto identificar y ordenar de acuerdo con su situación de pobreza y vulnerabilidad, a los individuos y a las familias pobres sin capacidad de pago del país, quienes de conformidad con los mecanismos y criterios definidos en las normas y los recursos disponible, adquieren el derecho a recibir del Estado un subsidio total o parcial que les permite su afiliación al Régimen Subsidiado de Salud, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS.

2.3.3.1. Insumos y Productos del Proceso. El proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud tiene tres insumos principales:

- I) Los resultados de la aplicación de la encuesta SISBEN, información que debe estar disponible en cada municipio del país para ser utilizada por la dirección local de salud o entidad que haga sus veces.
- II) La información recibida por parte de las instituciones responsables de los listados de personas identificadas con criterios “no SISBEN” o Listados Censales, y
- III) La base de datos única de afiliados al SGSSS o BDUA.

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

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

2.3.3.2. Descripción del Proceso de Identificación, Selección y priorización

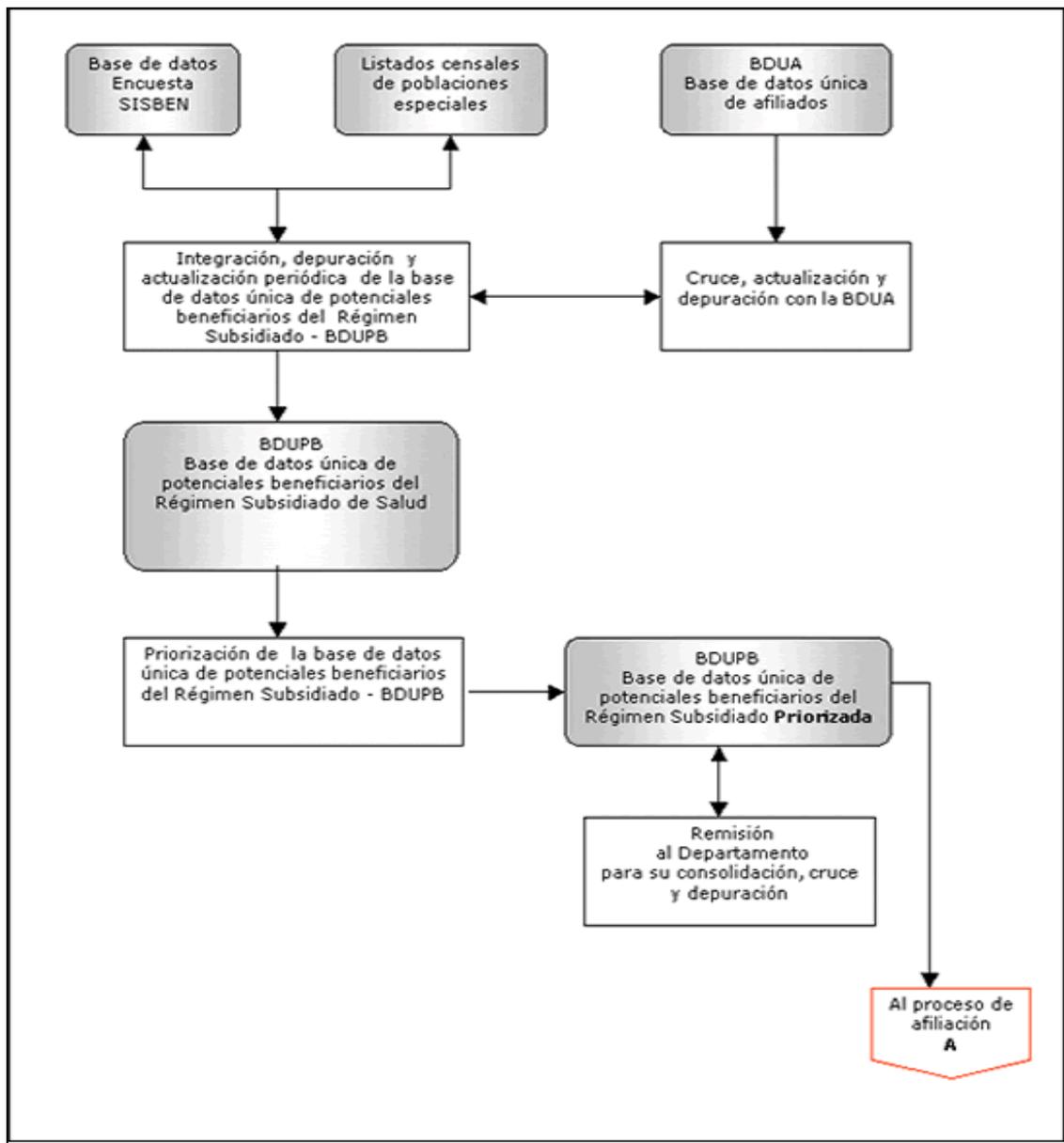
de Beneficiarios. El proceso de Identificación, Selección y Priorización consta de tres subprocesos esenciales:

- 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 multiafiliación.
- 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.

Cada uno de los subprocesos identificados en el mapa de procesos contempla los siguientes elementos:

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

2.3.3.3. Mapa del Proceso de Identificación, Selección y Priorización de Beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud.



A. SUBPROCESO: INTEGRACIÓN Y DEPURACIÓN DE LA BASE DE DATOS ÚNICA DE POTENCIALES BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD BDUPB-RS

1. Objetivo

Integrar* depurar** y consolidar en un solo archivo magnético, la base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud (BDUPB-RS).

2. Dependencias y cargos que intervienen

Alcaldía municipal (Alcalde municipal)
Dirección Territorial de Salud (Secretario(a), director(a) de Salud Municipal, director(a) de aseguramiento)
Secretaría o Departamento Administrativo de Planeación (Secretario(a) o Director(a) de Planeación)
Oficina de Administración del SISBEN (administrador(a) del SISBEN)
Entidades encargadas de identificar las poblaciones con instrumentos diferentes al SISBEN.

3. Base documental y de soporte

Oficio de solicitud de base de datos del SISBEN al responsable de dicha base de datos en el municipio.
Oficios remisorios de base de datos SISBEN recibidos de la entidad responsable y sus anexos.
Oficios solicitando listados censales a las entidades responsables y sus anexos.
Oficios remisorios de listados censales recibidos de las entidades responsables.

4. Factores de riesgo

- Puede coexistir información del nuevo y del antiguo SISBEN.
- El nuevo SISBEN puede no estar terminado, aplicado en forma incompleta o no estar depurado.
- Las entidades encargadas de la identificación con listados censales o instrumentos diferentes al SISBEN pueden no garantizar la calidad de la información y no reportan las novedades mensualmente.
- El municipio no tiene acceso a la BDUA consolidada nacional.
- Algunos municipios no cuentan con las herramientas de trabajo mínimas. (computador y software para desarrollar esta labor.)
- El tiempo de permanencia en los cargos de los servidores públicos encargados de este proceso en algunos municipios es muy corto o carecen de la experiencia en el manejo de bases de datos.
- El ICBF y/o las Alcaldías municipales no cuentan con una base de datos actualizada de niños abandonados o la base de datos no se encuentra sistematizada.
- La Alcaldía municipal no cuenta con un listado de Personas de la tercera edad, de escasos recursos y en condición de abandono, en protección de ancianatos y de pacientes en instituciones psiquiátricas.
- El Departamento no ha solicitado a la Secretaría de Reinserción de la Presidencia de la República una base de datos actualizada de la población desmovilizada. La Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional-Acción Social no tiene un listado actualizado de personas desplazadas por la violencia.
- La información contenida en los listados censales, no permite la plena identificación de los ciudadanos.
- El gobernador del cabildo indígena no cuenta con un listado actualizado de indígenas no afiliados al régimen contributivo.

5. Medidas y políticas de autocontrol

- Archivar los oficios enviados y recibidos en relación con la solicitud de información de potenciales beneficiarios.
- Realizar copia de seguridad de la base de datos una vez constituida.
- Es recomendable enviar copia de la base de datos a la Personería y a la Contraloría, si existe en el municipio.
- Coordinar con las Registradurías para adelantar la identificación de personas que no pudieron ser incluidas en el RSS por ausencia del documento de identidad.
- En caso de que el del listado censal que presente inconsistencias o información incompleta, oficiar a la entidad encargada de la elaboración para que realicen la respectiva gestión de actualización.
- Asistencia Técnica permanente por parte del departamento en la capacitación y entrenamiento en el manejo de bases de datos en los municipios.

(*) Entiéndase por integración de la Base de Datos Única de Potenciales Beneficiarios (BDUPB) al proceso de consolidación de la información de la encuesta SISBEN vigente y de los listados censales en una sola base de datos.

(**) Entiéndase por depuración de la base de datos: el proceso de cruce de la información de la población beneficiaria de su jurisdicción con el objeto de identificar duplicidades garantizando que en la BDUPB la persona exista una y solo una vez, teniendo especial cuidado en el caso de la misma persona con diferentes documentos de identidad, se refiere además a la corrección de inconsistencias

6. Procedimiento

No	Actividad	Responsable	Descripción
6.1	Elaborar y remitir oficio de solicitud de base de datos del SISBEN	Director territorial de salud. Administrador de la base de datos de la Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Esta actividad se realiza paralelamente con la solicitud de listados censales que inician en la actividad número 6.6 y terminan en la actividad 6.8. Elabora oficio dirigido al secretario o director de Planeación o al administrador del SISBEN, según el caso, en el que solicita la remisión de la base de datos del nuevo SISBEN en medio magnético o transferencia electrónica. El archivo debe ser de tipo texto (archivos planos) archivar copia de los oficios con la firma y fecha de recibido.
6.2	Recibir y verificar la bases de datos SISBEN	Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Verifica los archivos recibidos tipo texto (archivo plano) para corroborar que efectivamente puedan ser abiertos. Firma o marca el CD o disquete incluyendo fecha de recibido. Archiva los oficios con que se remitieron las bases de datos o listados.
6.3	Actualizar y/o ajustar la base de datos SISBEN a la estructura de las normas vigentes.	Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Actualiza la base de datos SISBEN recibida en la estructura de la Resolución 812/07 y la Resolución 5078 de 2006 y demás normas que las adiciones, modifiquen o sustituyan: Ver Anexo Técnico No.1 actividad 6.3
6.4	Elaborar y remitir oficios de solicitud de listados de potenciales beneficiarios mediante instrumentos diferentes al SISBEN, o listados censales.	Director territorial de salud	Elabora los oficios dirigidos a la oficina regional del ICBF, Alcaldía municipal, Acción Social, Secretaría Departamental del Interior y cabildos indígenas, gremios de la producción e -Inpec para los casos que corresponda- solicitando listados de menores abandonados, indigentes, desplazados por la violencia, desmovilizados, indígenas, gremios agrícolas y de la producción, respectivamente, y a otras entidades encargadas de la identificación de otras poblaciones vulnerables de acuerdo con lo definido por el CNSSS. Consultar marco regulatorio del proceso. Archivar copia de los oficios con la firma y fecha de recibido.

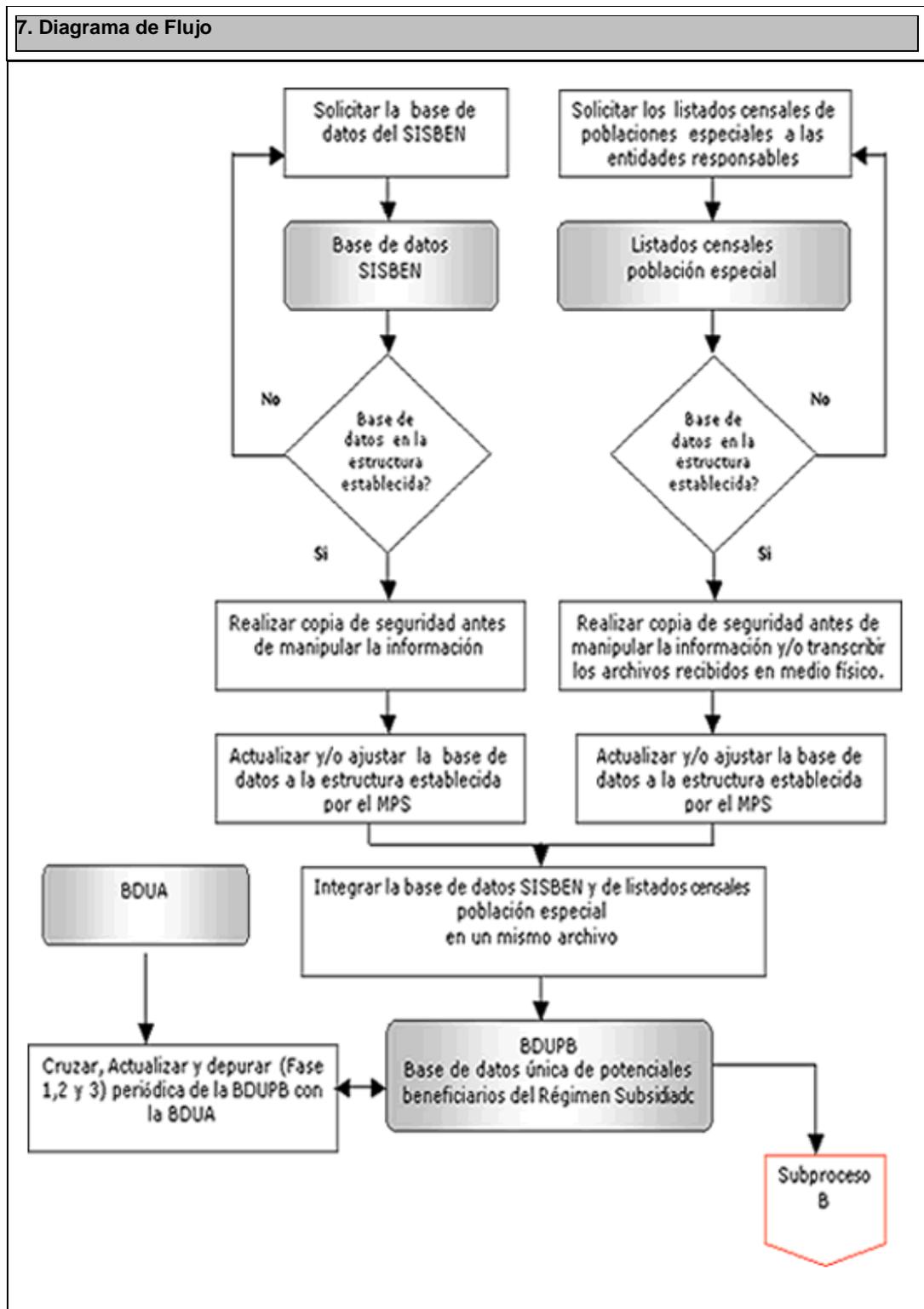
6.5	Recibir y verificar bases de datos de listados censales	Administrador de la base de datos Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Verifica los archivos recibidos en medio magnético para corroborar que efectivamente puedan ser abiertos y que contengan los campos solicitados ³ O transcribir los archivos recibidos en medio físico Archiva los oficios con que se remitieron los listados censales.
6.6	Actualizar y/o ajustar la base de datos de listados censales a la estructura de las normas vigentes	Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Actualiza y/o ajusta la estructura de los archivos recibidos para que puedan ser insertados o copiados en la misma base de datos única de potenciales beneficiarios – BDUPB
6.7	Integrar las base de datos SISBEN y listados censales recibidos ⁴ en un mismo archivo	Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Integra y verifica que todos los registros queden en una misma base de datos haciendo coincidir todas las columnas. En el campo correspondiente al Grupo poblacional deberá indicarse cada uno de los grupos según la procedencia del listado censal. En el campo Ficha SISBEN se puede asignar un número que no esté duplicado con el resto. En el campo Fecha de encuesta se puede asignar la fecha del oficio con el que se remitió el listado censal. El campo Nivel SISBEN se debe diligenciar con la letra “N” de “no aplica”.
6.8	Revisar archivo consolidado de potenciales beneficiarios	Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Verifica que los datos hayan quedado en los campos correspondientes y que coincidan con la estructura correspondiente.
6.9	Depurar base de datos (fase 1 Identificar y eliminar duplicidades)	Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Identifica y elimina las duplicidades en los registros con la BDUA. Con el aplicativo para manejo de base de datos se realizan varias consultas de duplicados en la que coincidan los campos: primer apellido, segundo apellido, primer nombre, documento de identidad y fecha de nacimiento ⁵ .
6.10	Depurar base de datos (fase 2 Identificar y corregir inconsistencias)	Auxiliar de sistemas de la Dirección Territorial de Salud	Identifica y corrige las inconsistencias evidentes de datos en los registros que no requieren verificación en terreno para ser detectadas pero pueden requerir verificación en terreno para ser corregidas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifica las personas mayores de 100 años restando la fecha actual de la fecha de nacimiento. 2. Verifica que no existan menores de edad con cédula de ciudadanía ni mayores con registro civil o certificado de nacido vivo. 3. Verifica menores de 13 años con hijos. 4. Verifique estados civiles no correspondientes con la edad. 5. Verifique niveles SISBEN no correspondientes con los puntajes SISBEN según la zona urbana o rural.

6.11	Depurar base de datos (fase 3 Identifica y corrige inconsistencias verificadas en terreno)	Director Territorial de Salud y Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	<p>Identifica y corrige las inconsistencias de datos en los registros que requieren verificación en terreno con funcionarios propios de la Dirección Territorial o con la participación de las veedurías comunitarias. En esta fase se:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Publican los listados impresos de potenciales beneficiarios en sitios concurridos, con base en los recursos disponibles. 2. Corrigen las solicitudes directas de actualización de datos que realicen los potenciales beneficiarios. 3. Requiere a las veedurías ciudadanas, comités de participación comunitaria (Copacos), asociaciones de usuarios y cualquier forma de organización comunitaria para que participen en la identificación de personas incluidas en los listados que presuntamente no tengan derecho a subsidios de salud. 4. Realizan visitas de verificación de los casos denunciados y de las inconsistencias dudosas detectadas en la fase 2. 5. Retroalimenta a la oficina del SISBEN para que las mismas actualizaciones realizadas en la base de datos se realicen en la base de datos del SISBEN. <p>Tiene en cuenta que siempre se deben conservar los históricos.</p>
------	--	--	---

NOTAS IMPORTANTES:

- Ajustarse a la estructura de las Resoluciones 812/07 y 5078 de 2006 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.
- Realizar una copia de seguridad antes de manipular las bases de datos recibidas.
- Tener en cuenta que sólo un error en una letra de los apellidos o nombres convierte el dato en no coincidente, por ejemplo “Orozco” es reconocido como diferente a “Orosco” y “Alvis” es diferente a “Alviz”. Algunas entidades realizan cruces con iguales fonéticos.

7. Diagrama de Flujo



8. Indicadores					
Denominación	Operacionalización	Significado	Fuente de datos	Frecuencia de Uso	Estándar
Porcentaje de inconsistencias detectadas en la BDUPB	$\frac{A}{B} \times 100$	Consistencia de la base de datos en términos de inconsistencias detectadas.	Consultas realizadas de la base de datos	Mensual	0%
Porcentaje de duplicidades detectadas en la BDUPB	$\frac{C}{D} \times 100$	Consistencia de la base de datos en términos de duplicidades detectadas.	Consultas realizadas de la base de datos	Mensual	0%
A = Registros con inconsistencias B = Total de registros con inconsistencias corregidos C = Registros duplicados detectados D = Total de registros duplicados depurados					

B. SUBPROCESO: PRIORIZACIÓN DE LA BASE DE DATOS ÚNICA DE POTENCIALES BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD (BDUPBP-RS) PRIORIZADA

1. Objetivo

Aplicar a la BDUPB, los criterios de priorización definidos en las normas, para que las personas en situación de mayor pobreza y/o vulnerabilidad sean susceptibles de recibir los subsidios de salud, de acuerdo con la disponibilidad de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Dependencias y cargos que intervienen

Alcaldía municipal (Alcalde municipal)
 Dirección Territorial de Salud (Secretario o director de Salud)
 Secretaría o Departamento Administrativo de Planeación (Secretario o director de Planeación)
 Administración del SISBEN (administrador del SISBEN)
 ICBF (director regional del ICBF)
 Acción Social (director regional de Acción Social)
 Cabildo Indígena, las tradicionales y legítimas autoridades de los pueblos indígenas, reconocidas por el Ministerio del Interior (Gobernador del cabildo)
 Ministerio del Interior, Secretaría Especial para la Reinserción o entidad que haga sus veces.
 Ministerio de Cultura
 Instituto Colombiano del Deporte (Coldeportes)
 Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario –INPEC-
 Los gremios agrícolas u organizaciones de usuarios campesinos

3. Base documental y de soporte

Oficio de solicitud de base de datos del SISBEN al responsable de dicha base de datos.
 Oficios remisorios de base de datos SISBEN recibidos de la entidad responsable.
 Oficios remisorios de listados de clasificados mediante listados censales.
 Base de datos única de potenciales beneficiarios BDUPB-Régimen Subsidiado de Salud
 Normatividad vigente con lineamientos para el proceso de priorización.

4. Factores de riesgo

- Inclusión de personas que no cumplan los criterios de priorización
- La Dirección Territorial de Salud no cuenta con personal entrenado en manejo de base de datos.
- La Dirección Territorial de Salud no cuenta con un computador para el manejo de la base de datos del Régimen Subsidiado en Salud.
- La Dirección Territorial de Salud no cuenta con los aplicativos informáticos necesarios para la administración de bases de datos.

5. Medidas y políticas de autocontrol

- Cumplimiento de la norma en relación con la remisión de la base de datos priorizada al nivel departamental. Publicación y validación social de los listados de priorizados
- Asistencia Técnica permanente por parte del departamento en la capacitación y entrenamiento en el manejo de bases de datos en los municipios.
- Levantar actas de las reuniones que se lleven a cabo con organismos encargados de la selección de potenciales beneficiarios con criterios “no SISBEN”.
- Archivar los oficios enviados y recibidos en relación con la solicitud de información de potenciales beneficiarios.
- Realizar copia de seguridad de la base de datos una vez constituida.
- Remitir la base de datos única de potenciales beneficiarios (BDUPB) priorizados en la estructura técnica establecida por el Ministerio de la Protección Social al departamento para su consolidación y posterior remisión al MPS entre los 150 a 120 días previos al inicio del período de contratación.

6. Procedimiento

No	Actividad	Responsable	Descripción
6.1	Priorizar beneficiarios financiados con recursos para población general (fase 1)	Alcalde del respectivo municipio o distrito y del gobernador, cuando se trate de corregimientos departamentales y Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Con base en la información de la base de datos única de potenciales beneficiarios-BDUPB. La priorización de los beneficiarios se inicia ordenando a las personas clasificadas en los niveles 1, 2 y 3 de la encuesta SISBEN, en orden ascendente de menor a mayor puntaje y de la más antigua a la más reciente, con su núcleo familiar cuando haya lugar a ello, así como de los listados censales. Una vez ordenada la BDUPB con el criterio SISBEN, y ordenada con el criterio de ubicación Rural y Urbana se continúa con la fase 2. Para que los miembros del mismo núcleo familiar se conserven juntos se debe añadir el criterio “Ficha SISBEN”. El núcleo familiar es el definido en el artículo 8, Acuerdo

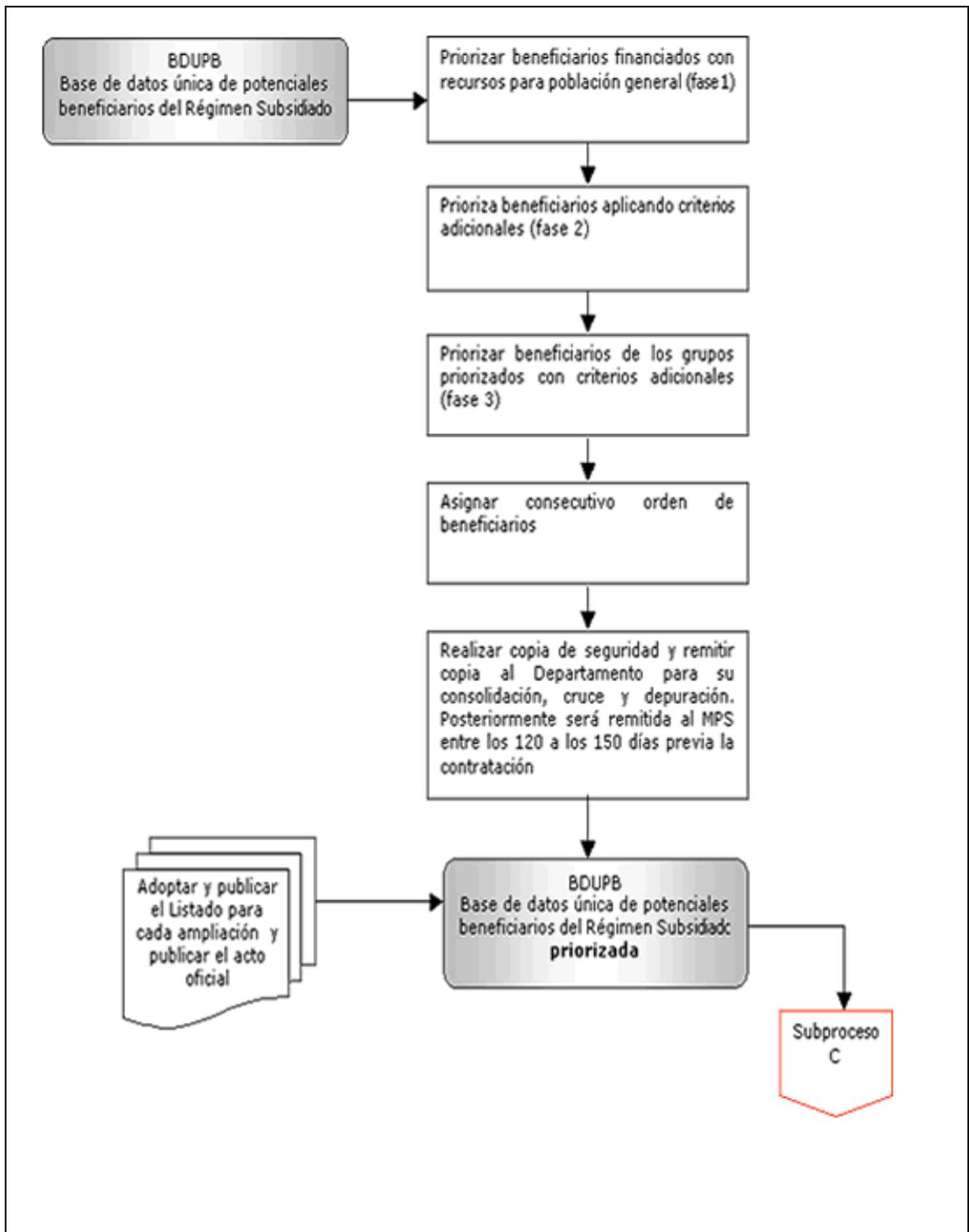
			244 de 2003 y demás normas que lo adicionen o modifiquen.
6.2	Priorizar beneficiarios (fase 2)	Alcalde del respectivo municipio o distrito y del gobernador, cuando se trate de corregimientos departamentales y Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Con base en la información de la base de datos única de potenciales beneficiarios-BDUPB (fase 1), aplica los criterios adicionales: Acuerdo 331/06 y demás normas que lo adicionen o modifiquen: 1. Recién nacidos. 2. Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 3. La población del área rural. 4. Población indígena. 5. Población del área urbana. Los recién nacidos de madres o padres afiliados al régimen subsidiado en salud entran automáticamente.
6.3	Priorizar beneficiarios(fase 3)	Alcalde del respectivo municipio o distrito y del gobernador, cuando se trate de corregimientos departamentales y Administrador de la base de datos Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Con base en la información de la base de datos única de potenciales beneficiarios-BDUPB (Fase 1 y 2), en cada uno de los grupos de población, descritos en los numerales 3, 4 y 5 anteriores (Fase 2), se priorizarán los potenciales beneficiarios en el siguiente orden: • Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se

			<p>inscriban en programas de control prenatal y posnatal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños menores de cinco años. • Población en condición de desplazamiento forzado. • Población con discapacidad identificada mediante la encuesta SISBEN. • Mujeres cabeza de familia, según la definición legal. • Población de la tercera edad. • Núcleos familiares de las madres comunitarias. • Desmovilizados. <p>Los recién nacidos, la población infantil menor de 5 años y los menores desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, prioritarios, podrán afiliarse sin su grupo familiar</p>
6.4	Asignación consecutivo orden de beneficiarios	Alcalde del respectivo municipio o distrito y del gobernador, cuando se trate de corregimientos departamentales y Alcalde del respectivo municipio o distrito y del gobernador, cuando se trate de corregimientos departamentales y Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	<p>Luego de aplicar los criterios de priorización descritos, se fija un consecutivo desde 1 hasta el último registro, que indique el orden en que los beneficiarios accederán al Régimen Subsidiado en Salud. Una vez aplicadas las tres fases de priorización y habiéndose marcado los registros de personas vulnerables según las normas vigentes.</p>

			<p>El archivo deberá tener copia de seguridad y protegerse contra escritura y contra cualquier modificación asignándole una contraseña que maneje una sola persona.</p> <p>Se remitirá copia de este al Departamento para su consolidación, cruce, depuración y posterior envío al MPS entre los 120 y 150 días calendario antes de la contratación.</p>
6.5	Adoptar listado oficialmente y divulgar el acto administrativo	<p>Alcalde municipal o director territorial de salud con facultades delegadas y Alcalde del respectivo municipio o distrito y del gobernador, cuando se trate de corregimientos departamentales y Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces</p>	<p>Adopta el listado inicial¹ de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud priorizados según criterios legales, se publica en sitio público y se remite copia del acto administrativo por el cual se adopta dicho listado a las diferentes ARS que estén autorizadas en el ente territorial y al Ministerio de la Protección Social.</p>

1. El listado inicial de beneficiarios potenciales se relaciona con disponibilidad de recursos para ampliación de cobertura.

7. Diagrama de Flujo



8. Indicadores					
Denominación	Operacionalización	Significado	Fuente de datos	Frecuencia de Uso	Estándar
Disponibilidad de la BDUPB priorizada y de los listados para cada proceso de ampliación	Días transcurridos entre el inicio de la disponibilidad de la base de la BDUPB priorizada y el inicio de la contratación 150 días	Oportunidad en la disponibilidad de la BDUPB priorizada	Base de datos única de potenciales beneficiarios priorizada y acto administrativo de publicación.	Cada vez que haya contratación	Entre 150 y 120 días antes del proceso de contratación.

C. SUBPROCESO: ACTUALIZACIÓN Y DEPURACION PERIÓDICA DE LA BASE DE DATOS UNICA DE POTENCIALES BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD-BDUPB-RS
1. Objetivo
Mantener actualizada y depurada la base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en salud (BDUPB-RS)
2. Dependencias y cargos que intervienen
Dirección Territorial de Salud (director territorial de salud, jefe de aseguramiento y auxiliar de sistemas)
3. Base documental y de soporte
<p>Oficios de solicitudes de reportes de novedades a las entidades responsables.</p> <p>Oficios remisorios de las novedades mensuales.</p> <p>Actas de reuniones en las que se traten asuntos relacionados con la base de datos y su actualización.</p> <p>Formatos de solicitud de actualización de datos.</p> <p>Oficios de solicitud de actualización de datos del SISBEN.</p> <p>Reportes de novedades de la oficina del SISBEN.</p> <p>Reportes de novedades de las entidades responsables de identificar los potenciales beneficiarios con criterios distintos al SISBEN.</p> <p>Reportes de novedades de las ARS.</p> <p>Base de datos única de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en salud (BDUPB-RS)</p>
4. Factores de riesgo
<ul style="list-style-type: none"> Las instituciones responsables de reportar mensualmente las novedades de los potenciales beneficiarios identificados con criterios distintos al SISBEN pueden no reportarlas o hacerlo de manera irregular o extemporánea. La oficina de administración del SISBEN puede no reportar las novedades o hacerlo de manera irregular o extemporánea. Las ARS pueden no reportar las novedades o hacerlo de manera irregular o extemporánea. La Dirección Territorial de Salud no cuenta con personal suficiente para atender las solicitudes de actualización de datos que realizan los potenciales beneficiarios o las organizaciones comunitarias. 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. Fluctuaciones de voltaje o interrupciones del fluido eléctrico que pudieran dañar las bases de datos. Las diversas situaciones que impiden a las Registradurías realizar sus actividades y poder solucionar oportunamente los problemas de identificación.
5. Medidas y políticas de autocontrol
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar reuniones rutinarias con organismos encargados de reportar novedades de potenciales beneficiarios con criterios SISBEN y no SISBEN y establecer los procedimientos para el envío y recepción de las mismas. ➤ Documentar los procedimientos anteriores y llevarlos a cabo rutinariamente. ➤ Definir las dependencias encargadas del mantenimiento y custodia de los soportes. ➤ Archivar los oficios enviados y recibidos de reportes de novedades de potenciales beneficiarios. ➤ Realizar copias de seguridad diariamente de la base de datos una vez actualizada con las novedades. ➤ Contar con UPS y dispositivos de almacenamiento de datos como discos compactos

- reescribibles, memoria USB, cintas con copias de seguridad o similares, para garantizar la seguridad del equipo que contiene la base de datos y la integridad de los datos mismos.
- Definir claves de acceso al computador que contiene la base de datos del Régimen Subsidiado de Salud.

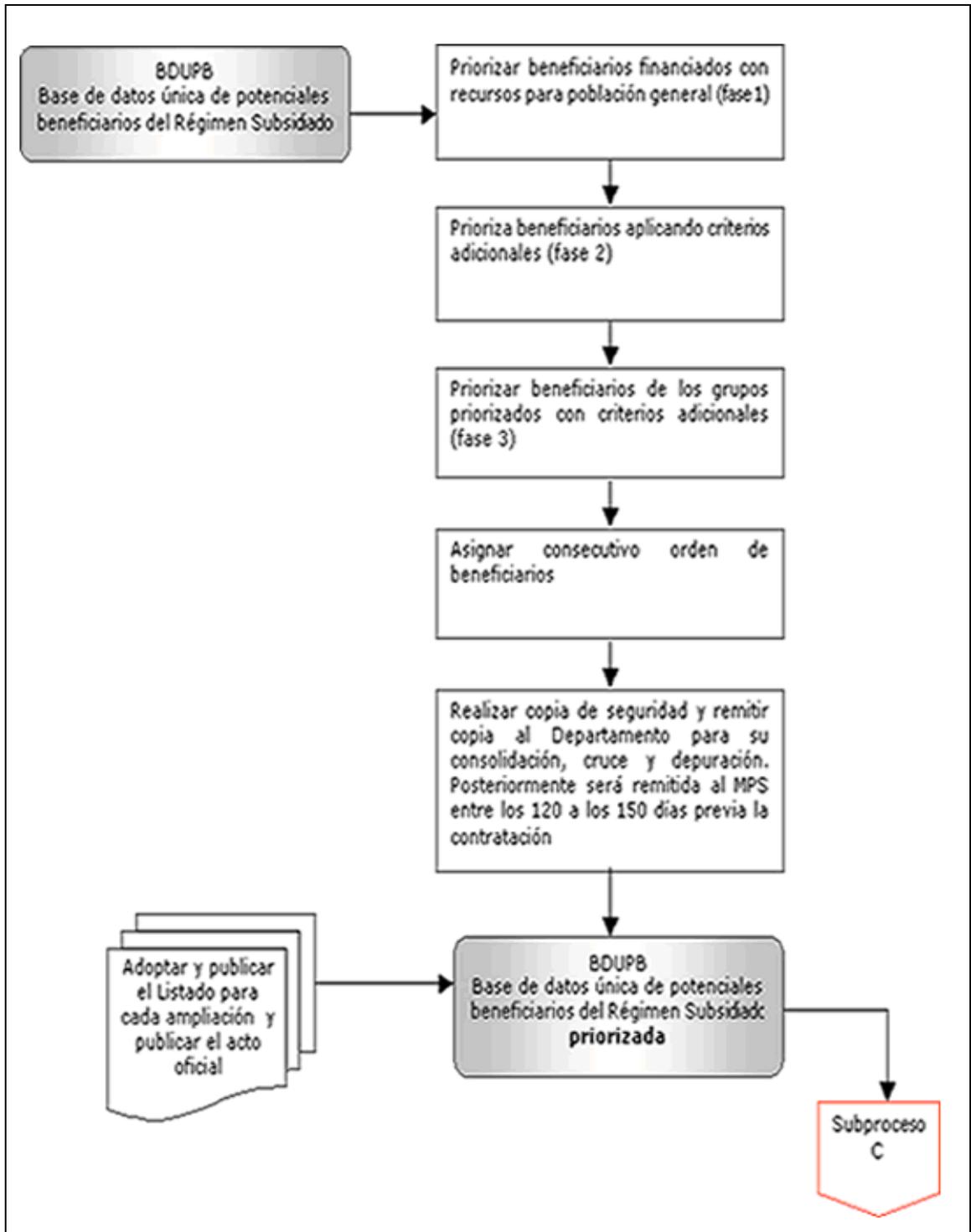
6. Procedimiento			
No	Actividad	Responsable	Descripción
6.1	Establecer los mecanismos y procedimientos de coordinación para la solicitud y reporte de novedades.	Director territorial de salud	Define en forma concertada, los mecanismos, procedimientos y fechas para la solicitud, recepción, custodia de documentos y reporte de novedades con la oficina del SISBEN, las entidades encargadas de seleccionar beneficiarios y las EPS-RS, contratadas en el municipio.
6.2	Solicitar reportes de novedades a las entidades encargadas de seleccionar beneficiarios con criterios distintos al SISBEN	Director territorial de salud	Requiere mensualmente, mediante oficio estandarizado, a las entidades encargadas de suministrar la información de potenciales beneficiarios mediante criterios no SISBEN, que reporten novedades al listado o base de datos enviada inicialmente. Elabora los oficios dirigidos a la oficina regional del ICBF, Alcaldía municipal, Acción Social, Secretaría Departamental del Interior y cabildo indígena, para los casos que corresponda, solicitando novedades en los listados de menores abandonados, menores en protección, indigentes, ancianos en protección, desplazados por la violencia, desmovilizados e indígenas, respectivamente y demás poblaciones vulnerables de acuerdo con lo definido por las normas. (Archivar copia de los oficios con la firma y fecha de recibido).
6.3	Solicitar reportes de novedades a la oficina del SISBEN	Director territorial de salud	Requiere mensualmente, mediante oficio estandarizado, a la oficina del SISBEN que reporte novedades a la base de datos enviada inicialmente.
6.4	Solicitar reportes de novedades a las EPS-RS y organizaciones comunitarias	Director territorial de salud	Requiere mensualmente mediante oficio a Copaco, alianzas de usuarios, veedurías comunitarias y demás organizaciones comunitarias que reporten novedades detectadas en el listado de potenciales beneficiarios adoptado por resolución, el cual les ha sido remitido inicialmente.
6.5	Atender solicitudes de actualización de datos de los potenciales beneficiarios	Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Atiende las solicitudes de un potencial beneficiario que acude directamente a la Dirección Territorial de Salud para actualizar un dato inconsistente que vio en el listado publicado; para ello se le hará diligenciar un "Formato único de solicitud de actualización de datos".
6.6	Realizar visitas de verificación de datos inconsistentes	Servidor publico propio de la Dirección Territorial de Salud y/o el apoyo de las organizaciones comunitarias	Realiza visitas de verificación de datos, para los casos denunciados y las inconsistencias dudosas detectadas que requieran inspección, ya sea con funcionarios propios de la Dirección Territorial de Salud o con el apoyo de organizaciones comunitarias. Levanta actas de las visitas realizadas.
6.7	Incorporar en la base	Administrador de la base de	Actualiza los datos en campos diferentes a los

	de datos las novedades reportadas y avaladas	datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	originales para conservar el histórico de las correcciones realizadas y notifica a la oficina del SISBEN para que las mismas actualizaciones realizadas en la base de datos ¹ se realicen en la base de datos del SISBEN.
6.8	Detectar inconsistencias mediante consultas del sistema	Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Identifica y elimina las duplicidades en los registros; realiza consultas para la detección de duplicidades como por ejemplo aquellas en que coincidan los campos: primer apellido, segundo apellido, primer nombre, documento de identidad y fecha de nacimiento ² . Identifica y corrige las inconsistencias evidentes de datos en los registros que no requieren verificación en terreno para ser detectadas pero pueden requerir verificación en terreno para ser corregidas tales como: <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificación de las personas mayores de 100 años restando la fecha actual de la fecha de nacimiento. 2. Verificación de existencia de menores de edad con cédula de ciudadanía ni mayores con registro civil o certificado de nacido vivo. 3. Verificación de menores de 13 años con hijos. 4. Verificación de niveles de educación no correspondientes con la edad. 5. Verificación de estados civiles no correspondientes con la edad. 6. Verificación de niveles SISBEN no correspondientes con los puntajes SISBEN según la zona urbana o rural.
6.9	Depurar periódicamente base de datos BDUPB	Administrador de la base de datos. Dirección territorial de salud o quien haga sus veces	Identifica y elimina las duplicidades en los registros con la base de datos única de afiliados BDUA, al régimen contributivo y regímenes excepcionales.
6.10	Remitir reporte de novedades a la oficina del SISBEN, y a las entidades encargadas de seleccionar beneficiarios	Director territorial de salud	Una vez actualizada la BDUPB-RS remitirla a la oficina del SISBEN, oficinas encargadas de listados censales de poblaciones especiales, EPS del Régimen Subsidiado y organizaciones comunitarias

1. El Resolución 1149 de 2006 por la cual se dictan las disposiciones sobre la información de afiliación al SGSSS, y demás normas que las adiciones, modifiquen o sustituyan.

2. Incluso un solo error en una letra de los apellidos o nombres convierte el dato en no coincidente, por ejemplo "Orozco" es reconocido como diferente a "Orosco" y "Alvis" es diferente a "Alviz"

7. Diagrama de Flujo



8. Indicadores					
Denominación	Operacionalización	Significado	Fuente de datos	Frecuencia de Uso	Estándar
Solicitudes de actualización digitadas oportunamente	$\frac{A}{B} \times 100$	Oportunidad en la actualización de la base de datos	Formatos de solicitudes de actualización de datos y base de datos	Mensualmente	100%

<p>III . DEPURACIÓN DE LA BDUPB-RS, LA CUAL ES CONFORMADA POR LOS DATOS DE LA ENCUESTA SISBEN Y LOS LISTADOS CENSALES DE LAS POBLACIONES ESPECIALES</p> <p>Una vez integrada la BDUPB con los datos de la base de datos del SISBEN Y los listados censales en la estructura de la BDUA se requiere llevar a cabo la depuración de inconsistencias y la identificación de duplicidades</p> <p>1. Identificar y corregir posibles inconsistencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que la fecha de nacimiento no sea mayor a la fecha actual. • Verificar que los campos fechas este en el formato dd/mm/aaaa. • Verificar que en parentesco familiar solo exista un jefe de familia. • Verificar que el primer nombre y primer apellido no debe estar en blanco. • Verificar las personas mayores de 100 años restando la fecha actual de la fecha de nacimiento. • Verificar que no existan menores de edad con cédula de ciudadanía ni mayores con registro civil o certificado de nacido vivo. • Verificar menores de 13 años con hijo. • Verificar niveles de educación no correspondientes con la edad. • Verificar estados civiles no correspondientes con la edad. • Verificar niveles SISBEN no correspondientes con los puntajes SISBEN según la zona urbana o rural. <p>2. Identificar y eliminar las duplicidades</p> <p>Una vez integrada la BDUPB-RS con la base de datos del SISBEN y los listados censales procedemos a depurarla de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar todos los caracteres especiales o cambiarlos (ejemplo la ñ) • Eliminar los espacios a ambos lados de los campos <p>Los cruces de información sugeridos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de documento, número de documento, primer nombre, segundo nombre, primer apellidos y segundo apellido, fecha de nacimiento y sexo • Número de documento, primer nombre y segundo nombre, primer apellido, segundo apellido y fecha de nacimiento • Primer y segundo nombre, primer y segundo apellido, fecha de nacimiento (normalmente se equivocan en un dígito en el número de documento, en todo caso es aconsejable ver el físico). • Primer y segundo apellido, primer y segundo nombre (pueden ser hijos o que tienen mal digitado la fecha de nacimiento). • Primer y segundo nombre, primer y segundo apellido, fecha de nacimiento. • Primer y segundo nombre, primer y segundo apellido, número de documento. • Número de documento, primer apellido, primer y segundo nombre cuando el apellido dos está vacío. • Número de documento, primer y segundo apellido, primer nombre cuando el nombre dos está vacío. • Únicamente por número de documento de identidad. • Búsqueda de fonéticos.

2.3.4. Recursos Destinados al Sector Salud²⁰

2.3.4.1. Principales Competencias En Salud Por Niveles

Nación: Planificar, formular y controlar las normas, políticas y planes generales en salud.

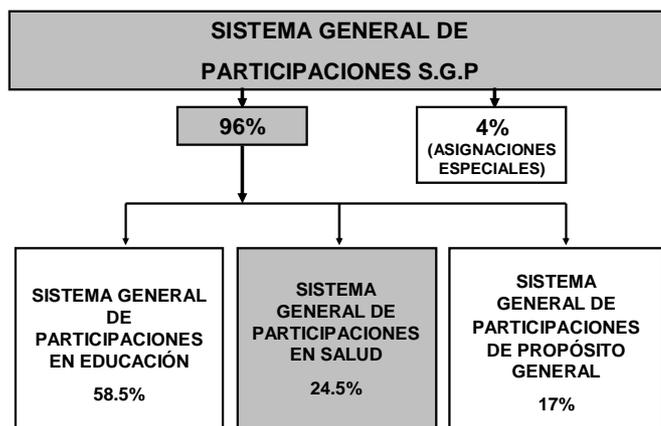
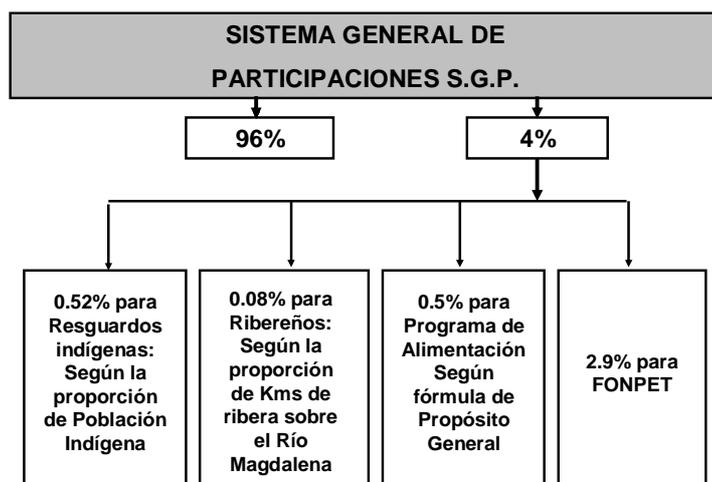
Departamentos: Ejecución de la política de prestación de servicios y control en aseguramiento y salud pública a municipios

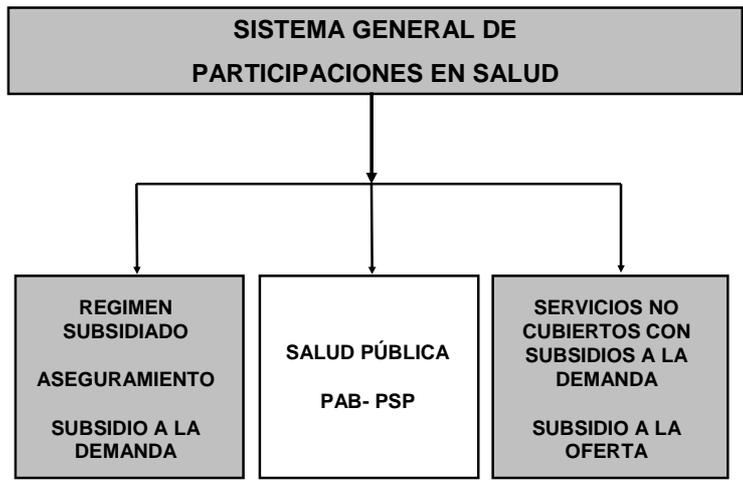
Municipio: Aseguramiento de la población y ejecución de programas de salud pública

La Ley busca mejorar el esquema de fuentes y usos, haciendo entrega directa del recurso al ente territorial que lo ejecuta, de acuerdo a la destinación específica para cada uso. Rompe el esquema histórico de asignación y lo define en función de las necesidades y de la capacidad para generar recursos para el logro de las metas, mediante asignaciones per cápita.

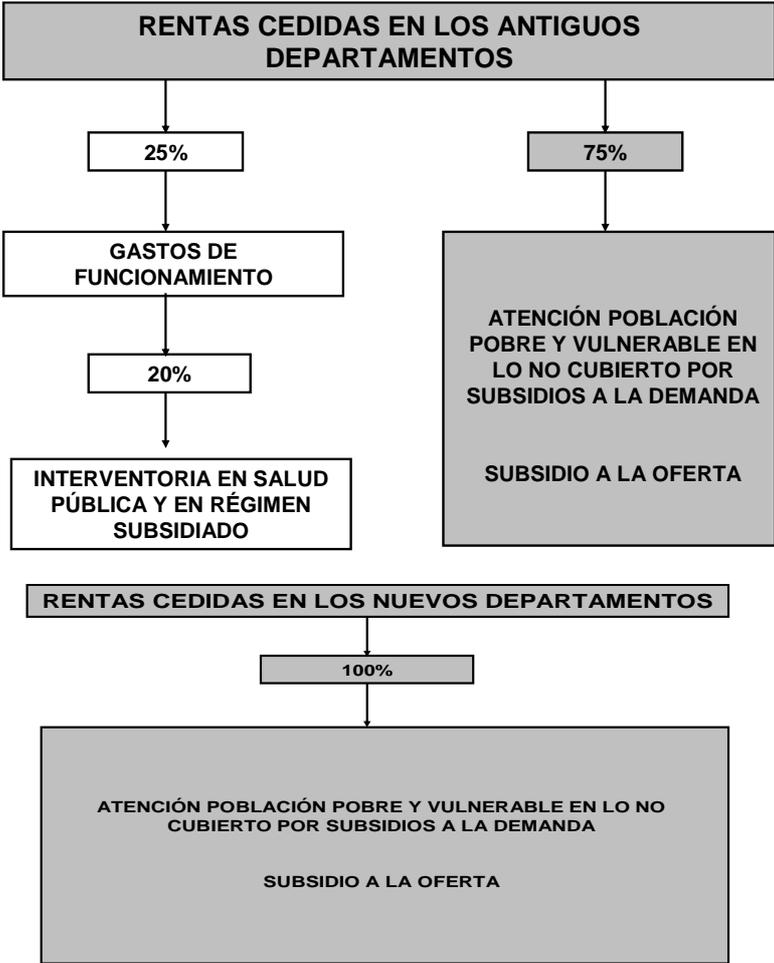
²⁰ VEGA, William, El Sistema de Subsidios en Salud, Presentación Power Point, 2007

2.3.4.2. Distribución De Los Recursos Del Sistema General De Participaciones – SGP- Ley 715 de 2001.

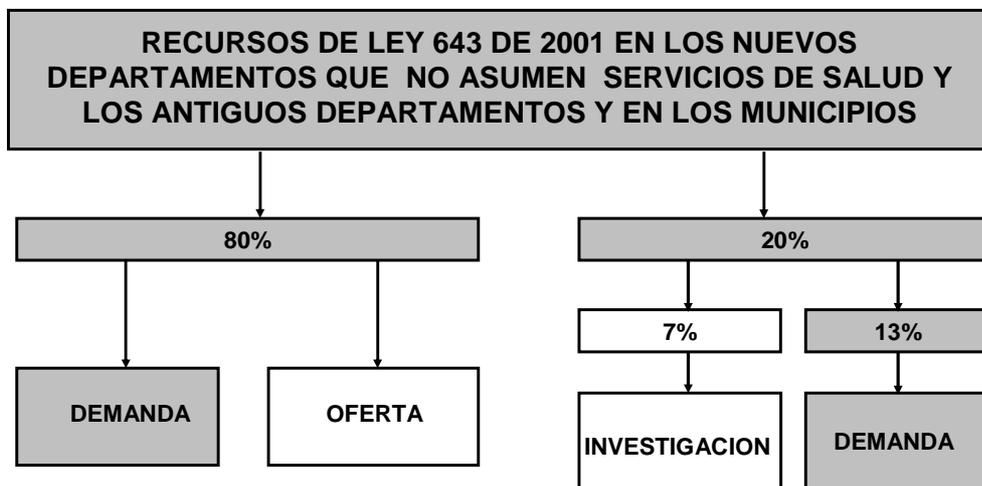




2.3.4.3. Distribución De Las Rentas Cedidas



2.3.4.4 Distribución De Los Recursos de Ley 643 de 2001



2.3.4.5. Fondos Territoriales de Salud. Las entidades territoriales, para la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de todos los demás recursos destinados al sector salud, en cumplimiento del artículo 57 de la Ley 715 de 2001, deben organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente, teniendo en cuenta que en ningún caso, los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial.

A los fondos departamentales, distritales o municipales de salud se giraran:

- Todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud,
- Los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial,
- La totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación,
- Los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud, y
- En general los destinados a salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial.

2.3.4.5.1. Fondos Locales o Municipales de Salud en Municipios Descentralizados. Cuenta de financiación Cofinanciación Subsidios a la demanda (REGIMEN SUBSIDIADO), Cuenta de Salud Pública y Cuenta Subsidio a la Oferta. (Municipios Descentralizados antes del 31 de Julio de 2001)

2.3.4.5.2. Fondos Locales o Municipales de Salud en Municipios Centralizados. Cuenta de financiación Cofinanciación Subsidios a la demanda (REGIMEN SUBSIDIADO) y Cuenta de Salud Pública.

2.3.4.5.3. Fondos Seccionales o Departamentales de Salud. Cuenta de Salud Pública y Cuenta Subsidio a la Oferta.

2.3.4.5.4. Fondos Seccionales o Departamentales de Salud con Corregimientos Departamentales. Cuenta de Salud Pública, Cuenta Subsidio a la Oferta y Cuenta de financiación Cofinanciación Subsidios a la demanda (REGIMEN SUBSIDIADO).

La Ley busca mejorar el esquema de fuentes y usos, haciendo entrega directa del recurso al ente territorial que lo ejecuta, de acuerdo a la destinación específica para cada uso. Rompe el esquema histórico de asignación y lo define en función de las necesidades y de la capacidad para generar recursos para el logro de las metas, mediante asignaciones per cápita.

2.3.4.6. Criterios de Distribución de los Recursos

2.3.4.6.1. Para Afiliación al Régimen Subsidiado. Se distribuirán entre los distritos, municipios y corregimientos departamentales, de acuerdo a un per cápita resultado de dividir los recursos asignados a este componente entre la población afiliada a nivel nacional en la vigencia anterior.

2.3.4.6.2. Para Prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Para la Población por atender y acceso a los servicios de salud, definido como la dispersión poblacional, se establece un per cápita producto de la división de los recursos destinados a este componente entre la población pobre por atender nacional, ajustada por dispersión y un factor No POS subsidiado.

2.3.4.6.3. Para Salud Pública. Población por atender, definida como la población total (40%), Equidad: definida como peso relativo de los riesgos en salud pública (50%) y Eficiencia Administrativa: definida como el logro en metas de salud pública (10%).

2.3.5. Prestación de Servicios de Salud a la Población Vinculada. Las Direcciones Territoriales de Salud a partir de las bases de datos actualizadas existentes del régimen subsidiado, deben ofrecer con recursos de los subsidios a la oferta la prestación de servicios de salud a la población vinculada y a la afiliada en o no cubierto por el POS-S, en los diferentes niveles de complejidad dependiendo de la necesidad de atención en el SGSSS.

Para lograr dicha atención, estas entidades deben suscribir contratos de Prestación de Servicios de Salud por Capitación ó por Evento ó Mixtos, con la Red Pública y Privada Prestadora de Servicios de Salud en su territorio de influencia, según se requiera y teniendo como prioridad la Red Pública, los cuales se rigen por la normatividad de contratación estatal vigente y permiten optimizar la relación entre prestadores y Direcciones Territoriales para garantizar los servicios de salud a dicha población.

Para el reconocimiento económico de la facturación se requiere de la Auditoría médica y Auditoría de cuentas médicas, de tal forma como ocurre entre los Aseguradores y los Prestadores de Servicios de Salud del SGSSS.

Adicionalmente, en el Decreto 4747 de 2007 se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, así como, debe incluirse lo concerniente a exigir el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS, en los componentes obligatorios como son Habilitación y Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad por parte de los Prestadores de Servicios de Salud contratados, independientemente de que sean de la Red Pública o Privada.

2.3.6 Calidad y Auditoría en el Sector Salud. El SOGCS no debe mirarse como una moda, como una herramienta gerencial o simplemente el cumplimiento de una norma, la calidad es lo justo desde una perspectiva ética, ya que los servicios de salud están dirigidos a los seres humanos, en cuanto a personas, la vida humana o la persona merecen respeto y un trato cuidadoso.

No es correcto a la luz de la ética, que un trato descortés y negligente produzca un daño reversible o irreversible al paciente, la salud no es el principal valor del hombre; el principal valor del hombre es su vida misma, su existencia ya que es a través de ella que puede realizarse el valor de la salud, de aquí la importancia de la Seguridad del Paciente desde su ingreso hasta ser dado de alta.

El juramento hipocrático, profesado y auto impuesto por los médicos desde la antigüedad, si es revisado cuidadosamente contiene conceptos de calidad: “En lo referente a sanar enfermos, les rescataré según mi leal saber y entender, prohibiéndoles todo cuanto les perjudique y dañe”, “Conservaré religiosa e intachablemente mi vida y profesión”, “A cualquier casa que entrare, llegare por utilidad de los enfermos”. En las anteriores definiciones se encuentran los principios de satisfacción del cliente, de mejoramiento continuo y de disminución del riesgo (Seguridad del Paciente).

La calidad tiene como base un fundamento humanístico innegable, que parte de las personas y llega a las personas. El desarrollo de cualquier actividad con calidad, parte del supuesto que son ellas las que saben mejor como hacerlo y conocen claramente los problemas relacionados con la labor que realizan.

La calidad parte del compromiso de las personas, lo cual se logra en la medida que se capaciten y cada cual conozca lo que hay que hacer, porque hay que hacerlo, para que hay que hacerlo y para quien hay que hacerlo, el conocimiento claro de lo anterior induce a hacerse responsable de la vida de si mismo y de la de los demás.

La calidad es humana, porque hace que las personas no se comporten como maquinas automatizadas, si no como dueñas de sus acciones, por lo anteriormente expresado, Calidad Es Lo Justo.

2.3.6.1 Ganancias Cuando Se Hacen Las Cosas Con Calidad

- ❖ Satisfacción de todos los clientes
- ❖ Resultados Óptimos de atención
- ❖ Eficiencia
- ❖ Competitividad y por lo tanto la supervivencia de la organización.
- ❖ La satisfacción, la realización y el mejoramiento personal.

El término cliente tiene un significado amplio, ya que los beneficiarios de la atención hospitalaria no son únicamente los clientes-usuarios o paciente sino también, los familiares y allegados del paciente, los estudiantes que realizan procesos de práctica hospitalaria, las autoridades responsables de la salud pública, los terceros pagadores, los proveedores, las industrias y la comunidad en general.

De ahí la importancia de que una organización con cultura de Calidad, se preocupe por la Satisfacción de su cliente interno (Subordinados) y externo (No Subordinados).

2.3.6.2 Áreas y Procesos Involucrados en Calidad del Servicio Hospitalario.

El concepto moderno de Hospital, sea una Empresa Social del Estado o Clínica, involucra el término de organización (Sistema) compuesta a su vez por personas y áreas (Subsistemas) estas áreas y personas no solamente están relacionadas directamente con el usuario o paciente, como es el caso de médicos, bacteriólogos, enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares, etc. También existen áreas muy importantes dentro del proceso de prestación de servicios como son:

Las áreas de Admisiones, Facturación Y Caja, Costos, Contabilidad, Suministros, Farmacia, Ingeniería Y Mantenimiento, Limpieza, Suministro De Alimentos, Vigilancia, entre otras, Etc.

Estas áreas asistenciales y de apoyo están directamente o indirectamente relacionadas, en consecuencia la calidad del servicio hospitalario es compromiso de toda la organización y por eso su abordaje implica necesariamente una metodología de trabajo en equipo con el fin de definir, asegurar y mejorar los procesos asistenciales y administrativos que se realizan al interior de la organización hospitalaria.

En la actualidad se habla de gerencia de procesos en razón de lo anterior, por tal razón se definirá Proceso como: a una serie de etapas o actividades secuenciales que tienen como finalidad y el logro de un determinado resultado.

Es importante definir el resultado esperado de un proceso, con el fin de poder medir en la práctica si existe conformidad entre lo observado y lo esperado.

Estos resultados deben especificarse para los dos componentes de la calidad que son:

1. Componente Técnico Científico
2. Componente De Servicio.

2.3.6.3 Lo que Cuesta es la Mala Calidad. Realmente no es costoso ofrecer servicios de calidad lo costoso para una institución de salud es ofrecer servicios de mala calidad, debido a las deficiencias de sus procesos internos.

Los costos de mala calidad son aquellos en que incurre la organización para inspeccionar si los servicios fueron prestados con las especificaciones correctas o para corregir los servicios que tuvieron un resultado adverso.

Estas deficiencias arrojan como resultado una (falla en la Promesa de Servicio), Las demandas, la pérdida de imagen y por ende la pérdida de usuarios, por la mala calidad son muy costosas para la organización.

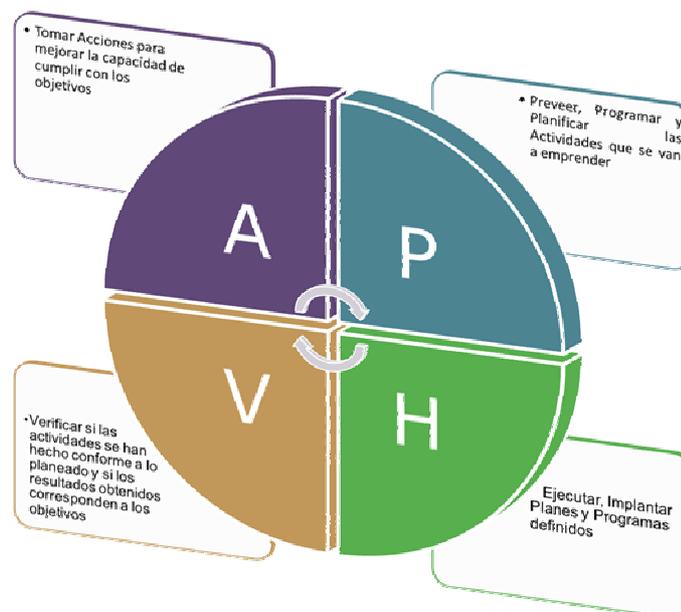
El control de los costos de mala calidad, permite a la organización obtener buenos resultados financieros, aumentando su capacidad de inversión para mejorar el nivel de calidad de la organización hospitalaria.

Los costos de mala calidad, son variables de acuerdo a quien detecte el ERROR:

✓ EL CLIENTE ES QUIEN DETECTA EL ERROR: El servicio ya se ha prestado y se han incurrido en todos los costos necesarios en la prestación del servicio, el cual debe repetirse (reproceso). Este tipo de errores puede traer consigo demandas, pérdida del cliente que transmite su inconformidad a otros clientes y pérdida de imagen corporativa, sumamente costosas en el mediano y largo plazo.

- ✓ LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DETECTA EL ERROR, POCO ANTES DE QUE ESTE SEA VISIBLE A LOS OJOS DEL CLIENTE: En este caso los costos son menores, ya que únicamente se incurrió en pérdida de tiempo y materiales.
- ✓ LA ORGANIZACIÓN PREVIENE EL ERROR Y MEJORA SUS PROCESOS APLICANDO EL CICLO DE DEMING – RUTA DE LA CALIDAD (PHVA): En este caso particular los costos de mala calidad están controlados y minimizados.

Figura 1. Ciclo de DEMING

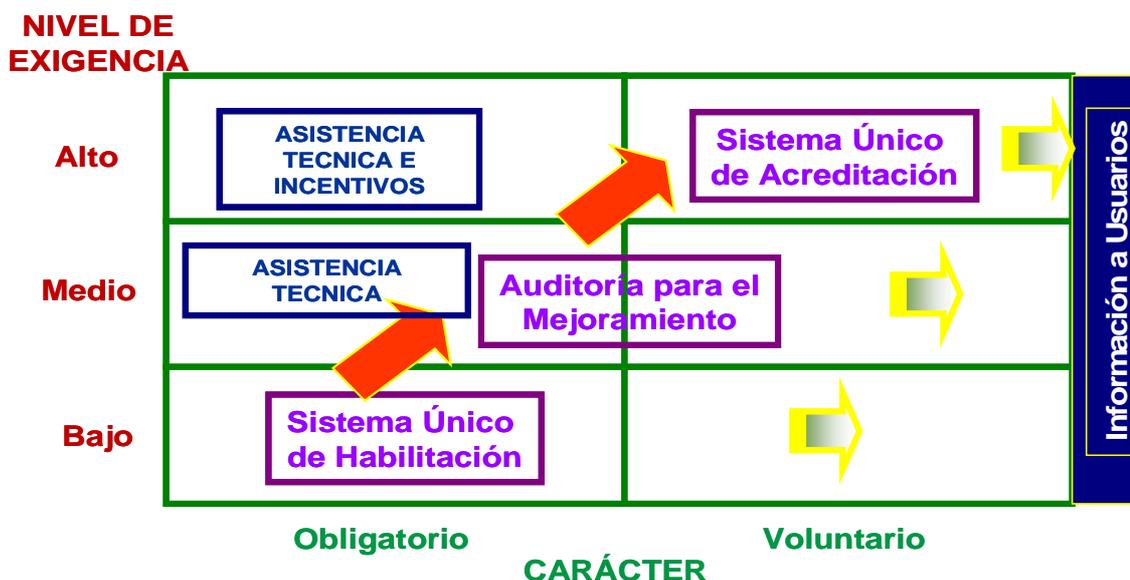


Fuente: ISO 9001:2000

La calidad en resumen es cumplir los compromisos a los ojos del cliente (promesa de servicio) y actuar conforme a los estándares profesionales, lo cual sólo se logra si planeamos el servicio (estandarizamos resultados, procesos e insumos) de manera que prevengamos las situaciones problemáticas y así no incurramos en erogaciones innecesarias, que es lo verdaderamente costoso

Pero es indispensable para alcanzar la Calidad en Salud en Colombia, recordar entre otras normativas la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud 2005, el Decreto 1011 de 2006 y sus resoluciones, el Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, en los cuales se definen entre otros los componentes del SOGCS que se presentan en la Figura 2:

Figura 2. Componente del SOGCS



Fuente: Presentación SOGCS Minprotección Social

Es claro que el carácter obligatorio del Sistema Único de Habilitación, no es consecuente con lo encontrado en algunos servicios de la propia red, es decir, los Hospitales Públicos, que en casos particulares por la necesidad del servicio se está prestando sin cumplir a cabalidad los requisitos exigidos para estar habilitado.

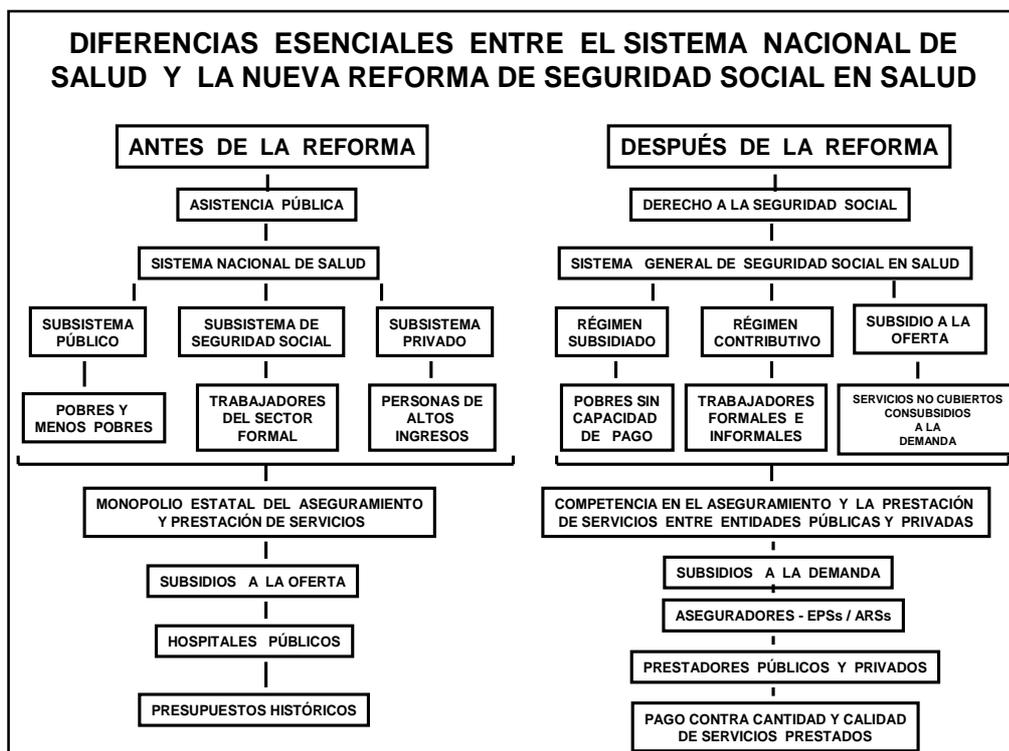
De la misma forma alguna(s) aseguradoras en los dos regímenes cumplen a cabalidad ante la Superintendencia Nacional de Salud los estándares de habilitación que no dejan de ser cumplidos en el papel y no en la praxis.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, es aplicable tanto para Aseguradores como para los Prestadores de Servicios de Salud y en ambos casos el Plan de Mejoramiento de la Calidad se plasma en el documento y aplicación del PAMEC, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

2.4 ANTECEDENTES

En el Gráfico 1 se observan las diferencias esenciales antes de la Ley de Seguridad Social en Salud y su Reforma, y luego de ella en 1993, con la aplicabilidad de la Ley 100.

Gráfico 1. Diferencias esenciales ante la Ley de seguridad Social en Salud y su Reforma.



La Constitución Política de 1991 establece la necesidad de focalizar o dirigir el Gasto Social a la población más pobre y vulnerable y con necesidades básicas insatisfechas en Colombia por parte del gobierno nacional y de los gobiernos departamentales y locales.

En aras de dar cumplimiento a este mandato, los responsables de la administración pública de los diferentes programas sociales, deberán contar con mecanismos técnicos y objetivos que garanticen una total transparencia en la identificación de las necesidades reales y en la selección de los potenciales beneficiarios del gasto social en el país.

Mediante el documento CONPES 22-DNP UDS Misión Social de enero de 1994 se establecieron por primera vez los criterios y la metodología de focalización del gasto social en las entidades territoriales y el sistema de identificación de beneficiarios de subsidios, los cuales han sido perfeccionados en posteriores documentos CONPES 40 de 1997, CONPES 55 de 2001, CONPES 102 de 2006, CONPES 115 de 2008, CONPES 117 de 2008, CONPES 121 de 2008 y CONPES 123 de 2009 y en la normatividad establecida por el Ministerio de la Protección Social, por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS y por la Comisión de Regulación en Salud - CRES.

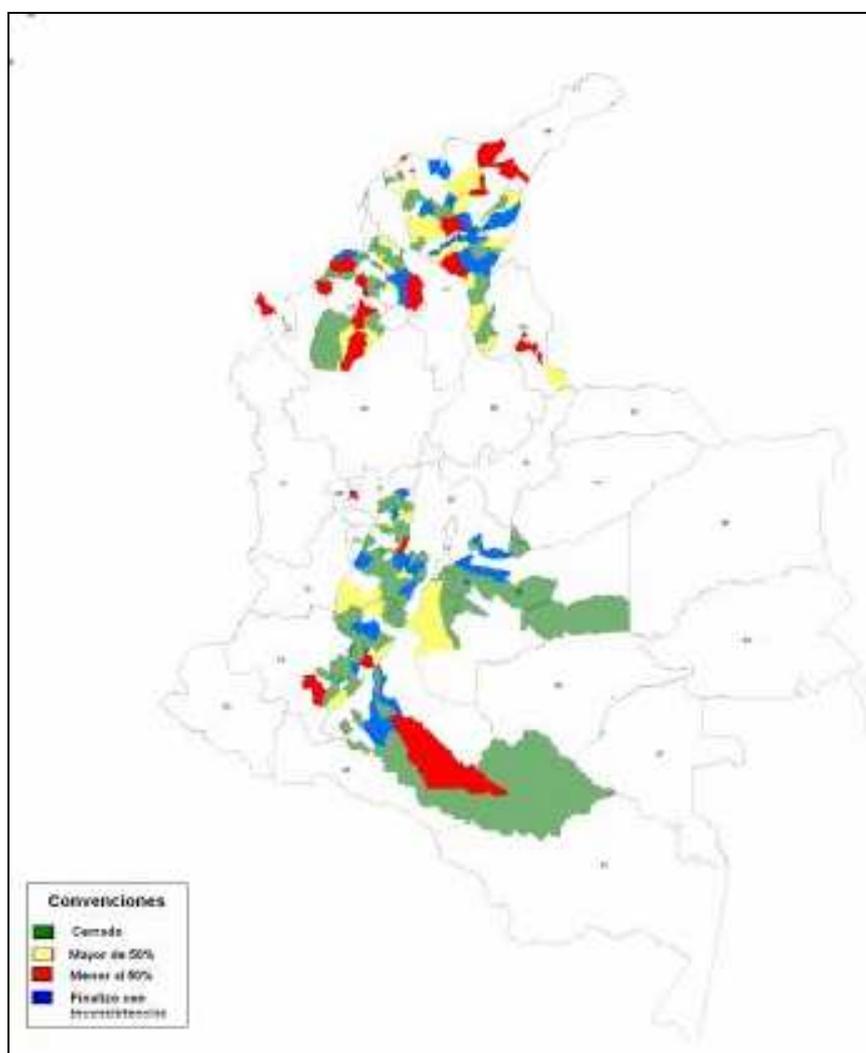
2.4.1 Avance en los Departamentos en Relación con la Aplicación del Nuevo Sisben III²¹. Luego de haber aprobado el diseño e implementación del índice del Sisben III, mediante Conpes Social 117 de 25 de agosto de 2008, el Departamento Nacional de Planeación de Colombia – DNP, comenzó las pruebas piloto en 13 municipios para evaluar el diseño del operativo de campo y el funcionamiento del aplicativo.

²¹ DNP, Boletín de Avance Operativo Sisben III, Volumen 1, Grupo de Calidad de Vida-Dirección, 30 de junio de 2009

En octubre de 2008, se inició el proceso de implementación con la capacitación de 276 municipios de 10 departamentos. En 2009 se han capacitado personas en siete departamentos adicionales.

Se presenta en el Mapa del Gráfico 2, el avance en los diferentes departamentos del país para la implementación del SISBEN en su tercera versión: SISBEN III.

Gráfico 2. Avance Departamentos en SISBEN III



Fuente: www.sisben.gov.co

Hasta junio de 2009, 201 municipios han iniciado el barrido, de ellos, 100 continúan el proceso y 101 terminaron el número de encuestas programadas, equivalentes a 392.598 hogares encuestados de acuerdo con la metodología actualizada del Sisbén.

DEPARTAMENTOS PROGRAMADOS PARA BARRIDO EN 2009: Caldas, Quindío, Risaralda, Chocó, Norte de Santander, Bolívar, Valle del Cauca, Antioquia, Nariño, Cauca.

DEPARTAMENTOS CAPACITADOS 2008 – 2009: Atlántico, Bolívar, Caquetá, Cesar, Córdoba, Huila, Magdalena, Meta, Sucre, Tolima, Caldas, Quindío, Risaralda, La Guajira, Chocó, Norte de Santander y Valle del Cauca.

Entre 2008 y 2009 se tiene previsto que 20 departamentos implementen el Sisbén III en la totalidad de sus municipios.

Este proceso inicia con la firma de los convenios con los municipios, por medio de los cuales se comprometen a realizar las tareas y actividades para llevar a cabo el operativo del Sisbén III.

Hasta la fecha los municipios de los Departamentos de Huila, Cesar, Caquetá y Tolima, han firmado en su totalidad el convenio, lo cual les ha permitido avanzar en el barrido.

En otros once departamentos el avance en la firma del convenio supera el 50% de los municipios, el Valle del Cauca y Bolívar muestra un avance incipiente y Nariño, Antioquia y Cauca, no han empezado aún este proceso.

En total, de los municipios programados hasta diciembre de 2009, el 51% ya ha firmado convenio.

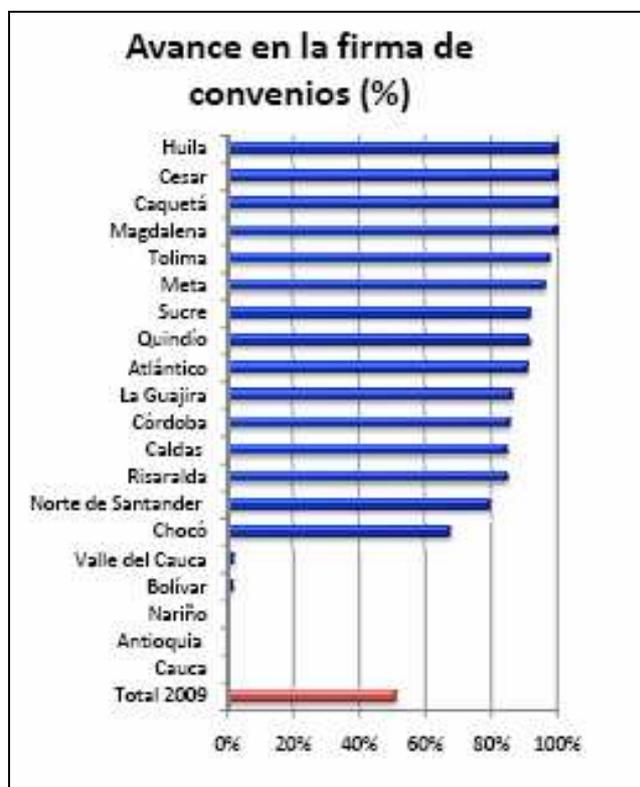
Gráfico 3. Avance Departamentos en Sisben III: Municipios Cerrados y Municipios con Inconsistencias.

MUNICIPIOS CERRADOS			
Departamento	Municipio		
08	Atlántico	Luruaco, Usiacurí	•
18	Caquetá	Albania, El Paujil, Morelia, Solano, Solita	•
20	Cesar	Chiriguana, González, La Gloria, Pailitas, Pelaya, Río de Oro, San Diego, San Martín	•
23	Córdoba	Buenavista, Cotorra, La Apartada, Momil, Puerto Escondido, Purísima	•
		Sahagún, San Pelayo, Tierralta, Valencia	•
41	Huila	Altamira, Baraya, Campoalegre, Guadalupe, Iquira, La Argentina, La Plata	•
		Oporapa, Paicol, Palestina, Pital, Pitalito, Rivera, Salado Blanco, Suaza, Tarqui	•
		Tello, Tenuel, Tesalia, Villavieja, Yaguará	•
47	Magdalena	Cerro San Antonio, Concordia, El Piñón, Pedraza, Sabanas de San Ángel	•
		Santa Bárbara de Pinto	•
50	Meta	Barranca de Upiá, Cabuyaro, Castilla La Nueva, Cubarral, El Calvario, El Castillo	•
		Guamal, Lejanías, Mapiripán, Mesetas, San Juan de Arama, San Martín	•
70	Sucre	Buenavista, Colosó, Galeras, La Unión, Los Palmitos, Morroa, Palmito, Sampués	•
		Sincé, San Juan de Betulia, Tolúviejo	•
73	Tolima	Alpujarra, Alvarado, Anzoátegui, Armero-Guayabal, Cajamarca	•
		Carmen de Apicalá, Casablanca, Coyalima, Falán, Fresno, Herveo, Icononzo	•
		Melgar, Natagaima, Ortega, Palocabildo, Piedras, Planadas, Prado, Rovira	•
		Saldaña, San Antonio, San Luis, Venadillo, Villahermosa, Villarrica	•

MUNICIPIOS FINALIZADOS CON INCONSISTENCIAS			
Departamento	Municipio		
18	Caquetá	El Doncello, La Montañita, Milán	•
20	Cesar	Agustín Codazzi, Bosconia, Chimichagua, Curumani, El Paso	•
23	Córdoba	San Antero	•
41	Huila	Agrado, Elias, Nátaga, Palermo, Santa María	•
47	Magdalena	Algarrobo, Chivolo, Pijiño del Carmén, Pueblo Viejo, Zona Bananera	•
50	Meta	Acacias, Cumaral, El Dorado, San Carlos de Guaroa, San Juanito	•
70	Sucre	San Benito Abad	•
73	Tolima	Cunday, Dolores, Espinal, Guamo, Líbano, Roncesvalles, San Sebastián,	•
		Suárez	•

Fuente: www.sisben.gov.co

Gráfico 4. Avance Departamentos En Sisbén III– Firma de Convenios



Fuente: www.sisben.gov.co

2.4.2. Cifras en el Régimen Subsidiado en Colombia²². La continuidad en la afiliación al Régimen Subsidiado con corte a 31 de diciembre del año 2007 ascendió a 21.606.812 de los cuales 20.373.977 correspondieron a subsidios plenos y 1.232.835 a subsidios parciales. Para la vigencia 2008 - 2009 con corte al 31 de marzo de 2009, las entidades territoriales reportaron un total de 23.804.788 cupos contratados en el Régimen Subsidiado de los cuales 22.688.999 corresponden a subsidios plenos y 1.115.789 a subsidios parciales observándose un decrecimiento de los parciales en cumplimiento de la política de transformación de subsidios parciales a plenos de 2008. Así, las entidades territoriales

²² Informe 2008-2009 MinProtección Social al Congreso de la República, 2009

transformaron 178.147 subsidios parciales a plenos durante esta vigencia. De los 23.804.788 cupos contratados 2.230.375 corresponden a la ampliación de cobertura registrada en el país mediante subsidios plenos. En la Tabla No.4 se presentan los cupos del régimen subsidiado por departamento para el período diciembre 2008 y marzo de 2009.(Ver tabla 5. Cupos del Régimen Subsidiado por Departamento).

2.4.2.1 Implementación de Modelos de Auditoria de Gestión de la Calidad en Colombia. Habiendo revisado la normatividad e identificado específicamente la gestión de Calidad y auditoria de lamisca, es válido comentar que todas las entidades del Estado y para el caso del presente proyecto, las **Secretarías de Salud Departamentales/Distritales** han tenido que implementar los Sistemas de Gestión exigidos en la Ley 872 de 2003 y su norma técnica de calidad en la gestión pública NTC-GP 1000-2004, la cual se presenta como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados y que está enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

En el Enfoque de procesos se determina que para el caso de las entidades estatales, los Procesos de Evaluación y Mejora dependen de la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, cual es la experiencia en Auditoria a los Sistemas de Gestión Integrados en la Secretaria de Salud Departamentales/Distritales, de acuerdo con el Plan Estratégico de las Gobernaciones/Distritos en el territorio de su competencia.

Tabla 5. Cupos del Régimen Subsidiado por Departamento

Cupos del Régimen Subsidiado por Departamento							
Departamento	Cupos Contratados a 31 Diciembre 2008	Ampliación (1 Abril de 2008 a 31 Marzo 2009	Continuidad Ajustada Subsidios Plenos 30 Marzo 2009*	Continuidad Ajustada Subsidios Parciales 30 Marzo 2009*	Cupos Contratados Subsidios Plenos 31 Marzo 2009	Cupos Contratados Subsidios Parciales 31 Marzo 2009	Cupos Contratados 31 Marzo 2009
Amazonas	46.413	5.844	0	0	46.413	0	46.413
Antioquia	2.694.881	131.741	-5000	0	2.678.435	23.370	2.701.805
Arauca	191.273	19.704	0	0	189.801	2.182	191.983
Atlántico	1.173.420	176.156	0	0	1.110.040	85.837	1.195.877
Bogotá D.C.	1.754.891	46.221	0	0	1.681.822	73.069	1.754.891
Bolívar	1.278.071	109.579	13940	0	1.277.670	20.623	1.298.293
Boyacá	875.700	1.870	0	0	843.585	32.115	875.700
Caldas	546.070	10.720	0	0	519.678	26.392	546.070
Caquetá	277.535	42.522	0	0	278.535	0	278.535
Casanare	248.159	979	0	0	248.159	0	248.159
Cauca	872.363	142.380	0	0	871.915	19.276	891.191
Cesar	770.344	14.033	0	0	695.926	74.500	770.426
Chocó	409.979	10.487	0	0	409.979	0	409.979
Córdoba	1.039.665	204.013	0	0	1.042.074	30.000	1.072.074
Cundinamarca	1.290.543	154.271	0	0	1.138.394	153.441	1.291.835
Guainía	38.152	780	0	0	38.152	0	38.152
Guaviare	80.491	5.087	0	0	80.491	0	80.491
Huila	750.576	25.405	0	0	729.281	21.295	750.576
La Guajira	570.906	26.478	0	0	569.940	13.363	583.303
Magdalena	858.183	164.589	0	0	785.766	72.946	858.712
Meta	419.754	47.857	0	0	379.844	40.000	419.844
Nariño	1.138.784	152.240	0	0	1.145.088	5.255	1.150.343
N/te de Santander	905.835	158.830	0	0	891.829	14.006	905.835
Putumayo	260.116	10.304	0	0	260.116	0	260.116
Quindío	274.571	17.995	0	0	277.291	0	277.291
Risaralda	377.985	28.001	0	0	364.220	13.815	378.035
San Andrés	27.218	501	0	0	27.229	0	27.229
Santander	1.092.243	46.922	0	0	999.224	97.723	1.096.947
Sucre	692.077	104.645	0	0	694.966	0	694.966
Tolima	718.889	134.806	0	0	739.534	0	739.534
Valle	1.842.125	228.407	0	0	1.589.648	296.581	1.886.229
Vaupés	26.612	139	0	0	26.612	0	26.612
Vichada	57.176	6.869	0	0	57.342	0	57.342
Total	23.601.000	2.230.375	8940	0	22.688.999	1.115.789	23.804.788

Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud – Consorcio Fidufosyga Corte 31 de Marzo de 2009

* La continuidad ajustada hace referencia al número de cupos que las entidades territoriales disminuyeron o no contrataron durante la vigencia 2008.

Fuente: Informe 2008-2009 MinProtección Social al Congreso de la República, 2009

2.4.2.2 Cobertura para Poblaciones Especiales. Con corte a 31 de marzo de 2009, la población indígena afiliada al régimen subsidiado es de 1.167.463. De este total, 87.429 corresponden a la ampliación de cobertura con recursos de la vigencia 2008. En la Tabla 6, se presenta la ampliación por departamento.

Tabla 6. Ampliación de Cobertura Régimen Subsidiado Población Indígena

**Ampliación de Cobertura del Régimen Subsidiado
Población Indígena - Corte 31 Marzo 2009 ***

Departamento	Nº Indígenas	Departamento	Nº Indígenas
Amazonas	1.695	Guaviare	147
Antioquia	2.892	Huila	476
Arauca	1.092	La Guajira	16.237
Atlántico	0	Magdalena	469
Bogotá D.C.	0	Meta	0
Bolívar	0	Nariño	15.909
Boyacá	0	Norte De San- tander	0
Caldas	1.210	Putumayo	526
Caquetá	231	Quindío	42
Casanare	0	Risaralda	223
Cauca	19.939	San Andrés	0
Cesar	324	Santander	0
Choco	0	Sucre	603
Córdoba	20.900	Tolima	957
Cundinamarca	0	Valle	552
Guainía	576	Vaupés	49

Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud Consorcio Fidufosyga –

Fuente: Informe 2008-2009 MinProtección Social al Congreso de la República, 2009

La población desmovilizada del conflicto armado afiliada al Régimen Subsidiado, con corte 31 de marzo de 2009, es de 76.447 personas, este número de afiliados incluye al núcleo familiar. De este total, 5.500 corresponden a la ampliación de cobertura con recursos de la vigencia 2008. En la Tabla 7, se presenta ampliación por departamento. La financiación de la afiliación de esta población se realiza con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA

Tabla 7. Ampliación de Cobertura Régimen Subsidiado Población Desmovilizada

**Ampliación de Cobertura Régimen Subsidiado
Desmovilizada - Corte 31 Marzo 2009 ***

Departamento	Nº Desmovilizados	Departamento	Nº Desmovilizados
Antioquia	192	Guaviare	38
Arauca	13	Huila	52
Bogotá D.C.	1.346	Magdalena	12
Bolívar	207	Meta	495
Boyacá	95	Nariño	10
Caldas	2	Quindío	12
Caquetá	221	Risaralda	32
Casanare	12	Sucre	139
Cauca	296	Tolima	545
Córdoba	635	Valle	320
Cundinamarca	826	Magdalena	12

Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud Consorcio Fidufosyga -

Fuente: Informe 2008-2009 MinProtección Social al Congreso de la República, 2009

La población en condición de desplazamiento, con corte al 31 de marzo de 2009, afiliada al Régimen Subsidiado es de 1.136.467 personas, de este total 339.777 corresponden a la ampliación de cobertura con recursos de la vigencia 2008. El FOSYGA cofinancia el 100% de los recursos para la afiliación de la población desplazada. En la Tabla 8 se presenta la ampliación de cobertura por departamento.

Tabla 8. Ampliación de Cobertura Régimen Subsidiado Población en Condición de Desplazamiento.

Ampliación de Cobertura Régimen Subsidiado Población Desplazada 2009 - Corte 31 marzo 2009 *

Departamento	Nº Desplazados	Departamento	Nº Desplazados
Amazonas	365	Huila	10.183
Antioquia	15.192	La Guajira	9.230
Arauca	1.286	Magdalena	46.058
Atlántico	15.137	Meta	3.879
Bolívar	13.331	Huila	10.183
Boyacá	138	Nariño	11.396
Caldas	2.790	Norte De Santander	9.454
Caquetá	4.676	Putumayo	634
Casanare	3	Quindío	1.070
Cauca	16.371	Risaralda	6.042
Choco	5.897	Santander	9.210
Córdoba	6.790	Sucre	30.720
Cundinamarca	29.121	Tolima	3.007
Guainía	15	Valle	87.088
Guaviare	102	Vichada	592

*Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
Consortio Fidufosyga*

Fuente: Informe 2008-2009 MinProtección Social al Congreso de la República, 2009

La población general en el Régimen Subsidiado corresponde a la población pobre y vulnerable identificada en los niveles 1 y 2 del Sisbén, así como los segmentos de población identificados mediante instrumentos diferentes a la encuesta Sisbén, definidos en el Acuerdo 244 modificado mediante el Acuerdo 331, como son la población infantil abandonada, personas de la tercera edad en protección de ancianatos, población rural migratoria, recién nacidos, población del área rural, población con discapacidad, población ROM y artistas.

Del total de población general afiliada al régimen subsidiado a marzo de 2009, 1.797.669 corresponden a la ampliación de cobertura de la vigencia 2008. En la Tabla 9. se presenta la ampliación de cobertura por departamento.

Tabla 9. Ampliación de Cobertura Régimen Subsidiado Población General

**Ampliación de Cobertura Régimen Subsidiado
Población General - Corte 31 Marzo 2009**

Departamento	Población general	Departamento	Población general
Amazonas	3.784	Huila	14.694
Antioquia	113.465	La Guajira	1.011
Arauca	17.313	Magdalena	118.050
Atlántico	161.019	Meta	43.483
Bogota D.C.	44.875	Nariño	124.925
Bolívar	96.041	Norte De Santander	149.376
Boyacá	1.637	Putumayo	9.144
Caldas	6.718	Quindío	16.871
Caquetá	37.394	Risaralda	21.704
Casanare	964	San Andrés	501
Cauca	105.774	Santander	37.712
Cesar	13.709	Sucre	73.183
Choco	4.590	Tolima	130.297
Córdoba	175.688	Valle	140.447
Cundinamarca	124.324	Vaupés	90
Guainía	189	Vichada	3.897
Guaviare	4.800		

*Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
Consortio Fidufosvga –*

Fuente: Informe 2008-2009 MinProtección Social al Congreso de la República, 2009

El pasado 29 de mayo de 2009 fue aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) el Acuerdo 415, por el cual se modifica la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Su aprobación implica según el Ministerio de la Protección Social una mejora en el acceso de la población beneficiaria, en la eficacia de los procesos, en la

oportunidad del flujo financiero, así como en la capacidad de respuesta a distintos requerimientos planteados en la Ley 1122 de 2007.

Entre los principales **ajustes estructurales** que introduce el Acuerdo 415 de 2009 se pueden citar:

- Incorpora criterios explícitos sobre las condiciones de permanencia y salida de un individuo en el Régimen Subsidiado, más allá de su ingreso al régimen Contributivo. Lo anterior incluye mecanismos para hacer seguimiento a transición de los individuos entre regímenes.
- Viabiliza la movilidad de los beneficiarios del Régimen Subsidiado en el territorio nacional, garantizando la realización del derecho.
- Posibilita la inclusión al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la población con capacidad parcial de aporte.
- Mejora la capacidad de respuesta de las IPS en la prestación de servicios al contar con un sistema de identificación expedito que facilita el reconocimiento y recaudo de los recursos.

Así mismo, se determinan **ajustes de orden instrumental y operativo** que se pueden resumir en:

- Un mejoramiento en la identificación efectiva de los ciudadanos, fortaleciendo el proceso de captura inicial de la información en la Encuesta SISBEN y en los Listados Censales.
- Promueve la importancia del porte del documento de identidad e involucra acciones complementarias con otros mecanismos de identificación.

- Establece en las entidades con cobertura universal unas condiciones de elegibilidad a los potenciales beneficiarios desde el nivel nacional, elimina el proceso de libre elección permitiendo la afiliación directa ampliando los plazos.
- Fortalece la integralidad de la atención en salud para los beneficiarios consolidando mecanismos de articulación entre EPS-S y Entidades Territoriales de salud para lo no cubierto con subsidios a la demanda (No-POSS).

3. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA ATENCIÓN EN SALUD A LA POBLACIÓN POBRE VINCULADA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

La Secretaría de Salud de Santander, como secretaría de despacho del Departamento, se rige por una serie de normas que determinan su razón de ser como una entidad de inspección, vigilancia y control de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Santander.

Hace parte de la Estructura Organizacional de la Administración Departamental, en cabeza del Señor Gobernador de Santander, compuesta por cuatro (4) oficinas asesoras y nueve (9) secretarías, y se acoge al marco estratégico del Departamento de Santander:

Figura 3. Estructura Organizacional del Departamento de Santander



FUENTE: http://www.santander.gov.co/oficina_calidad/

3.1.1 Razón Social. Departamento de Santander - Secretaría de Salud Departamental, representado por el Secretario de Salud Departamental mediante Resolución de Nombramiento y Acta de Posesión, y delegado para contratar por Decreto, firmados todos estos por el Señor Gobernador de Santander.

3.1.2 Ubicación Geográfica. Sus instalaciones administrativas están ubicadas en la Calle 45 No.11-52 en la ciudad de Bucaramanga, capital del Departamento de Santander

3.1.3 FUNCIONES²³. Corresponde a la Secretaría de Salud el desarrollo de las siguientes funciones generales:

- Inspeccionar, vigilar y controlar la aplicación de las normas técnicas, científicas administrativas y financieras que expide el Ministerio de la Protección Social.
- Contribuir a la formulación y adopción de los planes y programas del sector salud en el departamento, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales.
- Desarrollar y administrar el Sistema de Información en Salud del Departamento.
- Elaborar programas y proyectos dirigidos al fomento de la salud, prevención de la enfermedad, el control de factores de riesgo y enfermedades.
- Responder por el cumplimiento de las políticas establecidas para el Sistema Departamental de Seguridad Social en Salud, acordes con las políticas departamentales y nacionales.

²³ www.santander.gov.co

- Asesorar a las entidades del Sistema General de Seguridad Social en el Departamento.
- Dirigir y organizar los servicios de salud para garantizar la salud pública y la oferta de servicios por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda.
- Dirigir el proceso de descentralización de la salud en el Departamento y otorgar la certificación del cumplimiento de los requisitos por parte de los municipios para que asuman sus competencias en salud
- Garantizar y velar porque la organización, los recursos asignados y los servicios de salud sean óptimos, eficaces y contribuyan al cumplimiento y desarrollo de los objetivos establecidos en la Constitución y la ley.
- Velar para que las instituciones prestadoras de Servicios de Salud (pública, privada o mixta) establezcan los mecanismos de atención al cliente y canalicen adecuadamente sus peticiones.
- Garantizar la función social del estado en la adecuada prestación y ampliación de cobertura de los servicios de salud.
- Promover las políticas de la Secretaría de Salud, conducentes a la consecución de recursos especiales y al establecimiento de relaciones e intercambios con otras instituciones nacionales e internacionales.
- Dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro del territorio, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia.

Para tal efecto, se le asignan funciones del siguiente tipo:

- De Dirección Del Sector Salud En El Ámbito Departamental:
 - a) Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social, en armonía con las disposiciones del orden nacional.
 - b) Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación
 - c) Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud en su jurisdicción.
 - d) Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.
 - e) Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de Seguridad Social en Salud.
 - f) Financiar los tribunales seccionales de ética médica y odontológica, y vigilar la correcta utilización de los recursos.
 - g) Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales.
 - h) Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la Nación.

- De Prestación De Servicios De Salud:
 - a) Gestionar la prestación de servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población menos favorecida, en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.
 - b) Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de los servicios de salud a la población menos favorecida con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.
 - c) Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas en el departamento.
 - d) Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a su cargo.
 - e) Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.
 - f) Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.
 - g) Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar el anciano.

- De Salud Pública:
 - a) Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.
 - b) Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental.
 - c) Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en Salud Pública en los municipios de su jurisdicción
 - d) Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública
 - e) Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima y el Fondo Nacional de Estupefacientes la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causan dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.
 - f) Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción.
 - g) Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.

- De Aseguramiento De La Población Al Sistema General De Seguridad Social En Salud
 - a) Ejercer vigilancia y control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993.
 - b) Administrar los recursos financieros del Sistema General de Participaciones en Salud, destinados a financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población menos favorecida y vulnerable de los corregimientos, así como, identificar y seleccionar los beneficiarios del subsidio y contratar su aseguramiento.

3.1.4. Estructura Organizacional. De acuerdo con el Decreto 0406 de 2000, por el cual se conforman los grupos de trabajo a cargo de cada secretaría de despacho de la Gobernación de Santander, la Secretaría de Salud Departamental está conformada por las siguientes dependencias de Trabajo:

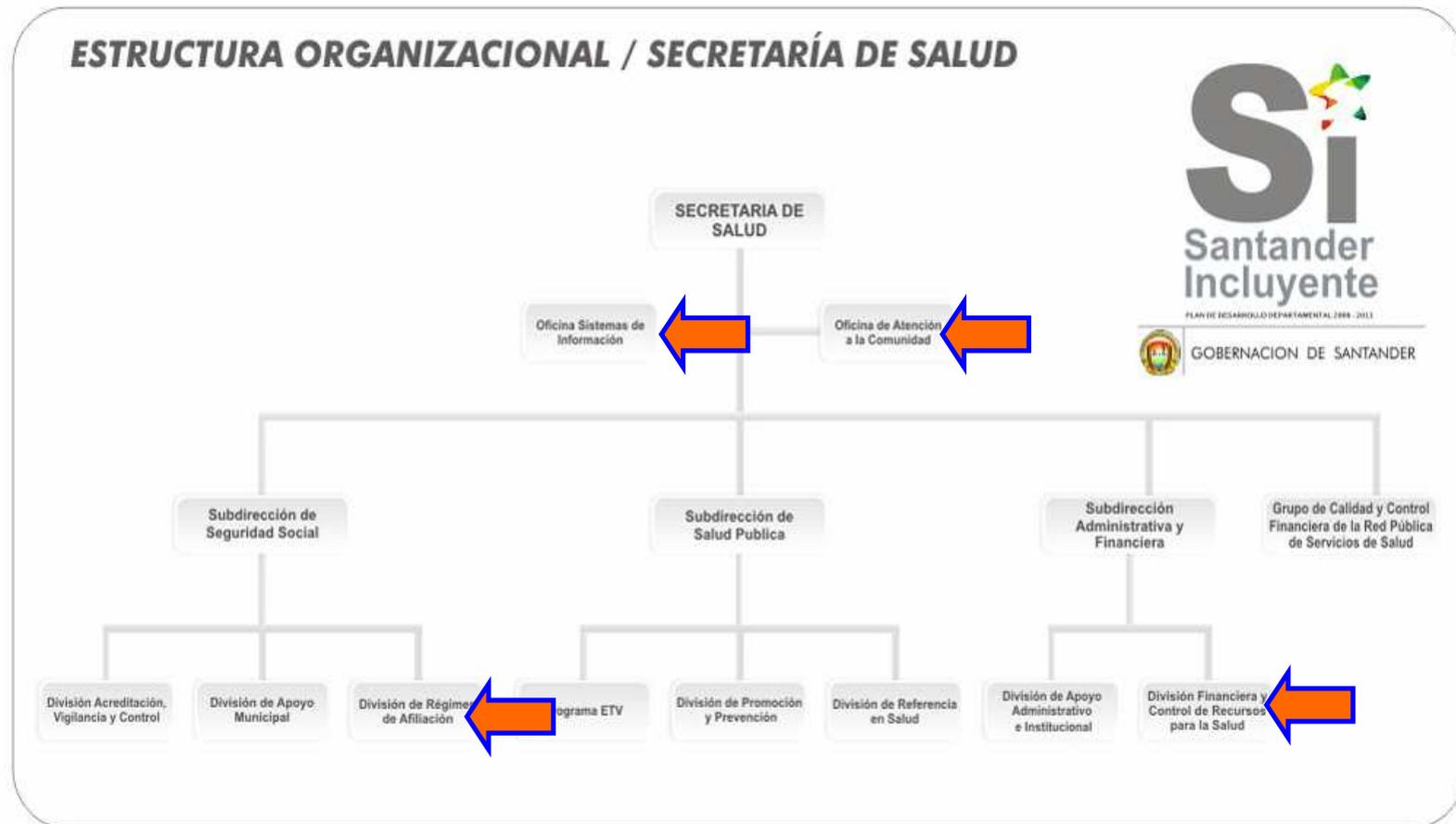
- Despacho Secretario de Salud Departamental
 - Oficina de Servicio de Atención a la Comunidad
 - Oficina de Sistemas de Información
- Subdirección de Seguridad Social
 - División Acreditación Vigilancia y Control
 - División Apoyo Municipal
 - División Régimen de Afiliación
- Subdirección Administrativa y Financiera
 - División Apoyo Administrativo Institucional
 - División Financiera y Control De Recursos
- Subdirección de Salud Pública
 - División Promoción y Prevención
 - División Referencia en Salud

Por lo anterior es importante destacar que la entidad desde la creación del nuevo sistema en salud y seguridad social ha sido sometida a una reestructuración administrativa en el año 2001 en la cual salió un número significativo de funcionarios y posteriormente han ingresado o creado algunos cargos pero no en términos significativos que entren a solucionar o satisfacer la demanda de los diferentes clientes de la entidad denominándose tramites y/o servicios requeridos.

Esto ha conllevado a una gran debilidad la cual se puede ver reflejada en la calidad de la prestación de los servicios de la entidad al no contar con Talento Humano Disponible y permanente para atender las múltiples tareas, funciones y responsabilidades que por Ley debemos asumir y cumplir y desde el inicio del nuevo sistema no se ha articulado ni armonizado acorde a la realidad y buscando el punto de equilibrio entre oferta y demanda, lo que se ha suplido con la Contratación de Talento Humano lo cual de acuerdo a la evaluación de resultados por los responsables de los procesos no es funcional.

Lo anterior, dada la discontinuidad en la prestación del servicios y a la rotación del personal lo que implica la interrupción de los procesos y la entrega de procesos de gran responsabilidad a unos y otros funcionarios lo que puede llevar implicaciones en el momento de responder por ellos y en ultimo los más perjudicados son los Santandereanos ya que una deficiente prestación de servicios se va en detrimento da la calidad de vida de todos los santandereanos y de igual forma la Entidad Territorial.

Figura 4. Estructura Organizacional de la Secretaría de Salud de Santander



SEÑALA LAS ÁREAS QUE TIENEN RELACIÓN DIRECTA CON LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN VINCULADA

3.1.5 Misión. El Departamento de Santander es un organismo de dirección, planificación y promoción del desarrollo Económico, Social y Ambiental que cumple funciones de intermediación y coordinación entre el gobierno Nacional y el municipio de Santander, así como de apoyo, complementariedad, y subsidiariedad a la gestión local.

3.1.6 Visión. Actuando con transparencia y rescatando los mejores valores de nuestra sociedad, Santander será al inicio del año 2012, Líder Nacional en Procesos de Crecimiento Económico sostenible con equidad para Lograr la Convivencia Pacífica y el mayor bienestar social para ser piloto nacional ante el mundo

3.1.7. Política de Calidad. La Gobernación de Santander en cumplimiento de sus funciones constitucionales y competencias legales: planifica, dirige y promociona el Desarrollo Económico, Social, Cultural y Ambiental del departamento, actuando con sentido de pertenencia, con procesos desarrollados bajo criterios de eficacia, eficiencia y efectividad, esta orientada a la satisfacción de nuestros clientes y bajo una cultura de mejoramiento continuo, genera competitividad institucional permitiendo fortalecer la imagen de la entidad

3.1.8. Objetivos de Calidad

- Establecer y revisar los requisitos relacionados con los productos y servicios que ofrece la Gobernación de Santander, evaluando y asegurando la satisfacción de los clientes o partes interesadas en los aspectos económicos, sociales, culturales y ambientales para el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.
- Propiciar en los funcionarios de la Administración Departamental sentido de pertenencia en el servicio y atención a los clientes.

- Fortalecer la gestión de la información para asegurar su confiabilidad en los procesos de planificación y la toma de decisiones por la alta dirección.
- Evaluar el incremento de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos de la organización mediante un constante seguimiento y medición de los objetivos planteados para asegurar el fortalecimiento institucional y la gobernabilidad.
- Desarrollar una cultura de mejoramiento continuo hacia los procesos de la Gobernación de Santander que permita una entidad con tendencia hacia la modernización

La constitución política de 1991 da un nuevo orden al estado colombiano dentro del cual su artículo 49 establece que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado y garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

En su orden legal la Ley 100 de 1993 con toda su normatividad cambiante y ajustadas a los diferentes retos de la política pública en salud corresponde al nivel departamental coordinar y supervisar la prestación del servicio de salud en el correspondiente territorio seccional, dentro de sus tres componentes a saber: la estructura, el proceso y el resultado.

- La estructura, entendida como la disponibilidad, organización y funcionamiento de los recursos necesarios para la prestación de los servicios.
- El proceso, como la secuencia lógica e ininterrumpida de actividades, intervenciones y procedimientos médico-quirúrgicos, de apoyo y administrativos en la prestación de los servicios de salud.
- El resultado, como el volumen, efecto o impacto de las actividades, intervenciones y procedimientos de salud sobre el usuario.

En materia de recursos y competencias el artículo 43, Ley 715 de 2001 en su Capítulo II en cuanto las Competencias de las Entidades Territoriales en el Sector Salud, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción.

3.1.9. Mapa De Procesos²⁴. El mapa de procesos de la administración departamental parte de cuatro (4) ejes principales los cuales se encuentran contemplados en el Plan de Desarrollo Santander Incluyente 2008 – 2011. Su diseño se hizo teniendo en cuenta que el trabajo en equipo es parte primordial para el logro de los objetivos institucionales.

El primer eje constituye los procesos estratégicos como el motor de la Gestión en la Administración Departamental. El segundo (2) eje refleja en los procesos misionales la razón de ser de la Gobernación de Santander, sus obligaciones legales, constitucionales y compromisos con la comunidad Santandereana. El tercer (3) eje, de apoyo, garantiza que todos los procesos funcionen proveyendo los recursos necesarios para su desarrollo; por último el cuarto (4) eje que sin hacer parte integral de la estructura de los tres ejes anteriores garantiza mediante la evaluación una armonía y un perfecto funcionamiento del Qué y del Como del hacer institucional.

²⁴ www.santander.gov.co/oficina_calidad/

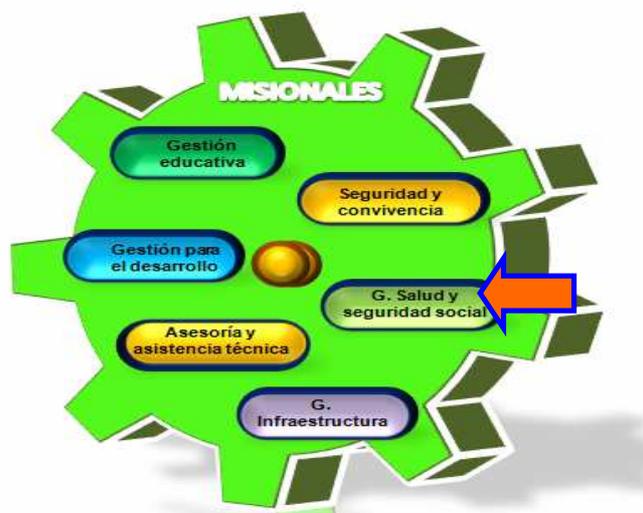
Figura 6. Procesos Estratégicos



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad-Gobernación de Santander

Eje misional: Gestión Educativa, Seguridad y Convivencia, Gestión para el Desarrollo, Gestión en Salud y Seguridad Social, Asesoría y Asistencia Técnica y Gestión de Infraestructura.

Figura 7. Procesos Misionales



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad-Gobernación de Santander

Eje de apoyo: Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión de Recursos Físicos, Gestión Documental, Sistemas Integrados de Gestión, Servicio al Cliente PQR, Gestión Jurídica y Gestión de Contratación.

Figura 8. Procesos de Apoyo



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad-Gobernación de Santander

Eje evaluación: Gestión de Control y Evaluación.

Figura 9. Proceso de Evaluación



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad-Gobernación de Santander

El contorno del Mapa del Departamento de Santander simboliza la frontera entre el hacer de la Administración Departamental y sus clientes (ciudadanos, comunidades, personas organizadas, gremios, etc.).

3.1.10 Mapa de Procesos de la Secretaria de Salud Departamental. Se presenta la distribución de los diferentes Procesos con sus responsables y en ellos con la flecha naranja se destacan los que tienen que ver con la Prestación de los Servicios de Salud a la población vinculada directamente, haciendo del resto de la gestión procesos de apoyo. No se visualizan los Procesos de Evaluación Interna los cuales son realizados por la Oficina Asesora de Control Interno en acompañamiento con el Equipo MECI-Calidad del Departamento. Fuente SSS.

Sector Salud	Estructura Administrativa Oficina Responsable
1. PROCESO DE DIRECCION	
1.1. Sistemas de Informacion	Oficina de Sistemas de Información
1.2. Atencion a la Comunidad	Oficina de Servicios de atencion a la Comunidad
2. PROCESO MISIONAL	
2.1 Subdireccion Salud	Division Promoción y Prevención
2.1.1 GESTION EN SALUD PUBLICA	
Subprocesos Planificacion Gestion Publica	
Subprocesos Promosion y Prevencion	
Subprocesos en gestion en salud Ambiental	
2.1.2 CALIDAD VIGILANCIA Y CONTROL DE SALUD PUBLICA	
Subprocesos Planificacion Laboratorio de salud Publica	
Subprocesos Diagnostico de Eventos de Interes SP	
Subprocesos Control de calidad por Laboratorio	
Subprocesos Capacitacion y Asistencia Tecnica	
2.2 Subdireccion Seguridad Social	Division Acreditacion Vigilancia y Control
	Division Regimen de Afiliacion
	Division Apoyo Municipal
2.2.1 DEMANDA - REGIMEN SUBSIDIADO	
Subprocesos de Regimen de Afiliacion	
2.2.2 ACREDITACION - VIG Y CONTROL SEG SOCIAL	
Subprocesos CRU	
Subprocesos de Medicamentos de Control	
Subprocesos de	
2.2.3 APOYO MUNICIPAL	
2.2.4 OFERTA Y PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD *	
Subprocesos Contratacion y Vigilancia control Red Publica y Privada	
Subprocesos Atencion de Urgencias	
Subprocesos de Auditoria Medica y financiera	
3. PROCESO DE APOYO	
3.1 Subdireccion Administrativa y Financiera	
3.1 Division Financiera	Sub. Adm y financ
3.1.1 CONTROL DE RECURSOS PARA LA SALUD	
Subprocesos Financieros (presupeusto , Contabilidad y tesoreña)	
3.1.2 GRUPO DE CALIDAD Y CONTROL FINANCIERO RED PÚBLICA DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	
Subprocesos	
3.1.3 DIVISION APOYO ADMINISTRATIVO INSTITUCIONAL	
3.2 Juridica	Sub. Adm y financ
Subprocesos	
3.3 Inventarios	Sub. Adm y financ
Subprocesos	

3.1.10.1 Lista De Procedimientos Dentro del Sistema de Calidad Existentes en la Secretaria de Salud Departamental

Tabla 9. Lista de Procedimientos de la Secretaria de Salud de Santander

PLANIFICACION	CODIFICACION	PROCEDIMIENTOS	
SALUD	ES-PE-PR-06	Procedimiento para la elaboración del POA	
	ES-PE-PR-07	Procedimiento para la planificación de programas de alimentación y nutrición.	
	ES-PE-PR-08	Procedimiento para la formulación del Plan de Salud Territorial	
	ES-PE-PR-09	Procedimiento para la elaboración del Plan Territorial de Salud Pública	
	ES-PE-PR-10	Procedimiento para realizar el seguimiento en la elaboración de los planes locales de salud	
	ES-PE-PR-11	Procedimiento para el diseño e implementación de las diferentes políticas manejadas en salud mental.	
	ES-PE-PR-12	Procedimiento para la construcción del Plan Operativo del comité departamental de drogas.	
	ES-PE-PR-13	Procedimiento para la recolección de información de las fichas de violencia intrafamiliar, sexual y de género.	
	ES-PE-PR-14	Procedimiento para la elaboración del POA en Vigilancia y Control en Salud Pública	
G.I.S.C		PROCEDIMIENTOS	
SALUD	ES-GSIC-PR-09	Procedimiento ara la consolidación de Bases de datos régimen contributivo	
	ES-GSIC-PR-10	Procedimiento para el proceso de bases de datos de desplazados	
	ES-GSIC-PR-11	procedimiento para la consolidación de RIPS	
	ES-GSIC-PR-12	Procedimiento para la consolidación de Bases de datos SISBEN	
	ES-GSIC-PR-13	Procedimiento para la consolidación de bases de datos Régimen Subsidiado	
	ES-GSIC-PR-14	Procedimiento para el manejo de Estadísticas Vitales	
	ES-GSIC-PR-15	Procedimiento para la oferta de información (consultas, informes, verificaciones)	
	ES-GSIC-PR-16	Para el mantenimiento del comprobador de derechos	
GESTION EDUCATIVA		PROCEDIMIENTOS	
SALUD	MI-GE-PR-08	Procedimiento para la revisión del proceso de acreditación de educación no formal.	
GESTION DE CONTRATACION		PROCEDIMIENTOS	
SALUD		Procedimiento para la supervisión y control en la ejecución de acciones de alimentación y nutrición	
		Procedimiento para realizar supervisión a la ejecución de los proyectos del Plan territorial	
		Procedimiento para contratación del régimen subsidiado	
		Procedimiento para la inspección, vigilancia y control	
		Procedimiento para realizar supervisión a la ejecución de recursos	
GESTION FINANCIERA		PROCEDIMIENTOS	
SALUD	AP-GF-PR-62	Procedimiento para verificar y ejecutar el presupuesto según requerimientos de las oficinas (programas) gestoras	
	AP-GF-PR-63	Procedimiento para tramitar con oportunidad los pagos de aporte de ley (pensionados) según convenio 326, 266, 390	
	AP-GF-PR-64	Procedimiento para la presentación del informe de flujo de recursos a la SuperSalud.	
	AP-GF-PR-65	Procedimiento para la planeación de la distribución de los recursos recaudados para el sector salud	
	AP-GF-PR-66	Procedimiento para la preparación y elaboración del anteproyecto de presupuesto de funcionamiento e inversión de la Secretaría de Salud de Santander	
GESTION TALENTO HUMANO		PROCEDIMIENTOS	
SALUD	AP-GTH-PR-14	Procedimiento para realizar programas de Salud Ocupacional	
	AP-GTH-PR-15	Procedimiento para realizar capacitación y/o reintroducción del personal	
	AP-GTH-PR-16	Procedimiento para el manejo y organización de las historias laborales	
	AP-GTH-PR-17	Procedimiento para la liquidación de cesantías de funcionarios afiliados al fondo nacional del ahorro	
	AP-GTH-PR-18	Procedimiento para liquidar cesantías ley 50 de los funcionarios planta	
	AP-GTH-PR-19	Procedimiento para la liquidación de cesantías retroactivas	
	AP-GTH-PR-20	Procedimiento para Generar la Nómina para los Servidores Públicos del Departamento	
GESTION DE EVALUACION		PROCEDIMIENTOS	
SALUD	EV-CE-PR-02	Procedimiento para coordinar las acciones de salud infantil	
	EV-CE-PR-03	Procedimiento para coordinación de programas de alimentación y nutrición	
	EV-CE-PR-04	Procedimiento para la ejecución de las actividades operativas de prevención y control	
	EV-CE-PR-05	Procedimiento para la evaluación de las acciones de Alimentación y Nutrición	

GESTION EN SALUD	PROCEDIMIENTOS
SALUD	MI-GS-PR-01 Procedimiento para brindar asistencia técnica para la elaboración de los Planes Territoriales de Salud
	MI-GS-PR-02 Procedimiento para realizar la evaluación de la Capacidad de Gestión de los Municipios descentralizados
	MI-GS-PR-03 Procedimiento para realizar seguimiento a la ejecución del Plan Departamental de Desarrollo en el sector salud
	MI-GS-PR-04 Procedimiento para brindar asesoría en la elaboración de proyectos del sector salud
	MI-GS-PR-05 Procedimiento para coordinar el proceso de investigaciones administrativas de las diferentes IPS del departamento de Santander.
	MI-GS-PR-06 Procedimiento para otorgar Licencia Sanitaria de funcionamiento para ambulancias.
	MI-GS-PR-07 Procedimiento para la referencia y contrareferencia de pacientes.
	MI-GS-PR-08 Procedimiento para la revisión y análisis de los planes hospitalarios de emergencias de la red pública y privada.
	MI-GS-PR-09 Procedimiento para evaluar el sistema de referencia y contrareferencia de las IPS descentralizadas.
	MI-GS-PR-10 Procedimiento para inscripción en el registro especial de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)
	MI-GS-PR-11 Procedimiento para planificar visitas de inspección, vigilancia y control a las IPS y profesionales del departamento.
	MI-GS-PR-12 Procedimiento para la inscripción y registro de profesionales en salud.
	MI-GS-PR-13 Procedimiento para la solicitud de tarjeta profesional de médicos.
	MI-GS-PR-14 Procedimiento para la inscripción de establecimientos farmacéuticos.
	MI-GS-PR-15 Procedimiento para realizar visitas de Inspección, Vigilancia Y Control.
	MI-GS-PR-16 Procedimiento para la inscripción de manejo de Medicamentos de Control Especial.
	MI-GS-PR-17 Procedimiento para la apertura de proceso sancionatorio.
	MI-GS-PR-18 Procedimiento para presentar Informe de consolidado mensual al FNE.
	MI-GS-PR-19 Procedimiento para la compra de medicamentos monopolio.
	MI-GS-PR-20 Procedimiento para la venta de medicamentos monopolio y recetario oficial.
	MI-GS-PR-21 Procedimiento para el registro de firmas de médicos prescriptores para recetario oficial.
	MI-GS-PR-22 Procedimiento para la recepción y almacenamiento de medicamentos monopolio.
	MI-GS-PR-23 Procedimiento para la expedición de credenciales de expendedores de droga.
	MI-GS-PR-24 Procedimiento para la expedición de certificados.
	MI-GS-PR-25 Procedimiento para brindar asesoría y asistencia técnica en la conformación, funcionamiento y vigilancia del SIAU.
	MI-GS-PR-26 Procedimiento para brindar asesoría, asistencia técnica y acompañamiento a las Instituciones Prestadoras De Servicios De Salud (IPS) y Empresas Sociales Del Estado (ESE) en la conformación y funcionamiento de la Asociación de Usuarios.
	MI-GS-PR-27 Procedimiento para brindar asesoría, asistencia técnica y seguimiento en la conformación y funcionamiento del SAC municipal.
	MI-GS-PR-28 Procedimiento para recepción y trámite de quejas e inquietudes presentadas por el usuario en el SAC departamental.
	MI-GS-PR-29 Procedimiento para brindar asesoría y asistencia técnica y acompañamiento para la organización de las veedurías en salud.
	MI-GS-PR-30 Procedimiento para recepción y análisis de los informes trimestrales de quejas remitidas por las oficina SAC de los municipios.
	MI-GS-PR-31 Procedimiento para el requerimiento de insumos críticos, medicamentos e insumos.
	MI-GS-PR-32 Procedimiento para la entrega de medicamentos para el tratamiento de pacientes con diagnóstico confirmado de leishmaniasis, malaria y chagas
	MI-GS-PR-33 Procedimiento para la entrega de insecticidas para control integrado de vectores
	MI-GS-PR-34 Procedimientos para la ejecución de recursos de transferencia Nacional del programa ETV
	MI-GS-PR-35 Procedimiento para la inspección, vigilancia y control de cumplimiento de políticas y normas técnicas a los Municipios categoría especial 1-2-3.
	MI-GS-PR-36 Procedimiento para la consolidación, análisis, remisión y toma de decisiones en base a las coberturas de vacunación.
	MI-GS-PR-37 Procedimiento para la ejecución y seguimiento de nuevos acuerdos de lineamientos PAI
	MI-GS-PR-38 Procedimiento para la cofinanciación de recursos
	MI-GS-PR-39 Procedimiento para el trámite de asignación de recursos para garantizar la continuidad en la cofinanciación en el régimen subsidiado.
	MI-GS-PR-40 Procedimiento para realizar capacitación, seguimiento y evaluación de los lineamientos estipulados por el Ministerio de la protección Social para el programa TBC y Lepra
	MI-GS-PR-41 Procedimiento para realizar vigilancia y control
	MI-GS-PR-42 Procedimiento para el seguimiento a casos de bancos de sangre
	MI-GS-PR-43 Procedimiento para la notificación y ajuste de casos de vigilancia en Salud Pública
	MI-GS-PR-44 Procedimiento para el análisis y difusión de la información en Salud.
	MI-GS-PR-45 Procedimiento para realizar comités de Vigilancia en Salud Pública Departamental (COVE Departamental).
	MI-GS-PR-46 Procedimiento para realizar asistencia técnica
	MI-GS-PR-47 Procedimiento para brindar asistencia técnica a municipios de categoría especial 1-2-3, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Secretarías de Salud Municipal en acciones ETV.
	MI-GS-PR-48 Procedimiento Para la asistencia y capacitaciones Nacionales, Departamentales y Municipales.
	MI-GS-PR-49 Procedimiento Para la capacitación
	MI-GS-PR-50 Procedimiento para realizar asistencia técnica.

FUENTE: Archivos Subdirección Administrativa Y Financiera SSS, 2008

3.2 ÁREAS Y SUS PROCESOS INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE VINCULADA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

La ley 715 de 2001 confiere a los Departamentos una serie de competencias en el sector salud en general y en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Por otra parte define sus funciones y responsabilidades de dirección, vigilancia y control, prestación de servicios, salud pública, y aseguramiento de la población al SGSSS.

Lo anterior requiere que el Departamento adapte y adopte una estructura que responda a dichos requerimientos normativos como primer paso en la operativización de las mismas.

Una vez definida y adoptada la estructura requerida el departamento deberá definir los proceso y procedimientos con las cuales hará operativa sus funciones y competencias, los cuales para el caso de régimen subsidiado y por su sentido complementario deben definirse alrededor de los cuatro macro procesos definidos para los municipios en el “MANUAL INDICATIVO DE PROCESOS PARA LA GESTIÓN MUNICIPAL DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD” PARS- Ministerio de la Protección Social, que se describen a continuación:

Macroprocesos de gestión municipal del Régimen Subsidiado de Salud:

- Proceso de Identificación, selección y priorización de beneficiarios.
- Proceso de Afiliación al Régimen Subsidiado de Salud.
- Proceso de Contratación del aseguramiento entre las entidades territoriales y las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado de Salud EPS-RS-Régimen Subsidiado de Salud.
- Proceso de Gestión financiera de recursos del Régimen Subsidiado de Salud.

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

La presente propuesta de optimización de los procesos de organización y gestión del Régimen Subsidiado en el nivel departamental, permitiría a las entidades territoriales del orden departamental que lo adapten y adopten dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes como son la Ley 872 de 2003 por la cual se crea el Sistema de Gestión de Calidad y la Ley 951 de 2005 por la cual se fijan las normas generales para la entrega y recepción de asuntos y recursos públicos.

3.2.1. Principales Problemas en la Gestión de los Procesos Departamentales del Régimen Subsidiado de Salud²⁵. Con base en los resultados del Proyecto de Asistencia Técnica, se pudo verificar que a pesar de los ajustes normativos, persisten múltiples problemas en la gestión de los procesos municipales y de igual forma en los procesos departamentales.

En la siguiente tabla se observa en forma consolidada la descripción de los principales problemas que afectaban los procesos Departamentales, según la percepción de los servidores públicos consolidados por las firmas que participaron en el proyecto. Los resultados corresponden a la evaluación llevada a cabo durante Diciembre de 2005 y febrero de 2006 como actividad que hizo parte de la asistencia técnica en 27 departamentos que participaron en el proyecto

²⁵ www.minproteccionsocial.gov.co

Tabla 10. Consolidado Problemas Procesos Departamentales Diciembre 2005 a Febrero de 2006.

PROCESO	CÓDIGO	PROBLEMAS
GERENCIALES	G1	Talento humano insuficiente para desarrollar las competencias en la gestión del aseguramiento en el y Régimen Subsidiado de Salud.
	G2	Falta de capacitación y entrenamiento del talento Humano encargado de las funciones de aseguramiento.
	G3	Insuficiencia de recursos financieros para desarrollar las competencias.
	G4	No se cuenta con una plataforma estratégica del área de aseguramiento, ni se dispone de una estructura administrativa adecuada
	G5	Los recursos físicos son inadecuados o son insuficientes
	G6	No existe un Sistema de información o este es inadecuado
	G7	No existen manuales de procesos y procedimientos documentados de los procesos departamentales.
ASISTENCIA TECNICA	AT1	No hay cooperación o existe un acompañamiento insuficiente del nivel nacional, Ministerio de la Protección de Salud.
	AT2	Existe escasa receptividad de los Municipios a la Asistencia Técnica del departamento.
	AT3	La asistencia técnica a los Municipios, en particular mediante visitas de campo es escasa.
	AT4	La Planeación es inadecuada: No existe un diagnóstico formal para definir prioridades, no se tiene un plan asistencia técnica que de respuesta a las debilidades municipales en el Régimen Subsidiado de Salud.
	AT5	No se ha implementado en su totalidad el plan departamental de asistencia técnica
	AT6	Persisten dificultades en la consolidación de la información en el Departamento, por las debilidades de los municipios.
	AT7	No se tienen en cuenta las necesidades del Municipio en la formulación del Plan de AT
	AT8	No se realiza seguimiento a plan
	AT9	EL Departamento asume competencias que son del Municipio
Inspección Vigilancia y Control (IVC)	IVC1	No existe un Sistema de IVC como tal o es inadecuado en su conjunto o No hay proceso formal e instrumentado de IVC
	IVC2	Falta de coordinación de acciones de IVC - Proceso fraccionado de IVC
	IVC3	Concentración en procesos de flujo recursos y Bases de Datos (Contratación)

	IVC4	Concentración de funciones de IVC municipales en el departamento
	IVC5	Falta seguimiento y control a las recomendaciones
	IVC6	Concentración en otros procesos como control de prestación de servicios
	IVC7	Solo se tramitan las quejas y reclamos pero no se tiene un control posterior
	IVC8	No existe control participativo
	IVC9	Baja resolución de problemas o no se lleva a cabo la verificación
Gestión Financiera Departamental	GF1	Pérdida o desviación de recursos por baja capacidad de control sobre los mismos en departamento y municipios.
	GF2	Demora en la toma de decisiones por el lento flujo de la información.
	GF3	Lento proceso de incorporación de los recursos
	GF4	Falta de asistencia técnica a municipios sobre gestión de recursos en salud e inexistencia de controles por parte de los mismos.
	GF5	Débil Control sobre el flujo de los recursos destinados al Régimen Subsidiado,
	GF6	No existe la rendición de cuentas
	GF7	Falta administración Fondo Local de Salud

FUENTE: Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma, Proyecto de Asistencia Técnica para el Fortalecimiento de la Capacidad Institucional de las Entidades Territoriales en la gestión del Régimen Subsidiado, Evaluación por proceso en 99 municipios, y 27 departamentos del país, 2005

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

- Asistencia técnica a los municipios en la gestión Régimen Subsidiado de salud en los 4 macroprocesos de gestión municipal.
- **Gestión del Sistema de información del Régimen Subsidiado**
- **Gestión Financiera Departamental.**

- Inspección Vigilancia y Control al Régimen Subsidiado a los 4 macroprocesos de gestión municipal.
- **Gestión en la Prestación de los Servicios de Salud para la población pobre y vulnerable vinculada.**
- **Gestión en el Servicio de Atención a la Comunidad (*)**

(*) Por sí mismo es la atención de PQR a todos los usuarios del régimen subsidiado.

A continuación se describe cada uno de ellos y se enuncian sus subprocesos.

3.2.2.1 Proceso de Asistencia Técnica a los Municipios en la Gestión del Régimen Subsidiado de Salud. Es el proceso mediante el cual el departamento identifica, conjuntamente con los municipios de su jurisdicción, las necesidades específicas de capacitación, entrenamiento y orientación en la gestión de los 4 procesos municipales de del Régimen Subsidiado de Salud, en el marco de las normas, directrices y políticas definidas desde el Nivel Nacional y apoya la implementación y seguimiento a los planes de mejoramiento formulados.

Los 6 subprocesos identificados son:

1. Planeación y ejecución de la asistencia técnica
2. Apoyo en la gestión de la información
3. Apoyo al proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios
4. Apoyo al proceso de afiliación al Régimen Subsidiado de Salud
5. Apoyo a municipios en el proceso de contratación del aseguramiento con las EPS- Régimen Subsidiado de Salud.
6. Apoyo en el proceso de gestión financiera y seguimiento al flujo de recursos del Régimen Subsidiado de Salud

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

Los 5 subprocesos identificados son:

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

3.2.2.3. Gestión Financiera Departamental del Régimen Subsidiado de Salud.

Este proceso identifica las actividades que desarrolla el departamento para evaluar su propia gestión financiera, así como su papel frente a los municipios de su jurisdicción, en lo concerniente al Régimen Subsidiado de Salud.

Se han identificado 2 subprocesos que resumen de manera general las actividades del departamento a este respecto y son:

1. Administración de los recursos del Régimen Subsidiado de salud para los corregimientos departamentales.
2. Subproceso de planeación y presupuestación de los recursos que cofinancian el Régimen Subsidiado en los municipios de su jurisdicción.
3. Subproceso de tesorería y rendición de cuentas

3.2.2.4 Inspección, Vigilancia y Control al Régimen Subsidiado de Salud.

Comprende las actividades que el departamento realiza para el seguimiento, vigilancia y control integral a la gestión del Régimen Subsidiado de Salud en su jurisdicción, dentro de las competencias definidas para tal fin para el departamento por la normatividad vigente.

Los 4 subprocesos identificados son:

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

3.2.2.5 Gestión para la Prestación de los Servicios de Salud para la Población Pobre y Vulnerable Vinculada.

Comprende las actividades que el departamento realiza para garantizar la atención a la población vinculada con la Red Pública o en su defecto la Red Privada en la gestión que le compete en el régimen subsidiado, definidas en la normatividad vigente. Los 5 subprocesos identificados son:

1. Identificación de las necesidades de contratación y contratación en sí misma.
2. Servicios y atención de la Prestación de los Servicios de Salud
3. Auditoría Médica y Financiera
4. Recobros al FOSYGA
5. Tutelas (se apoya en el área Jurídica de la entidad)

3.2.3. Cobertura en Aseguramiento en Santander

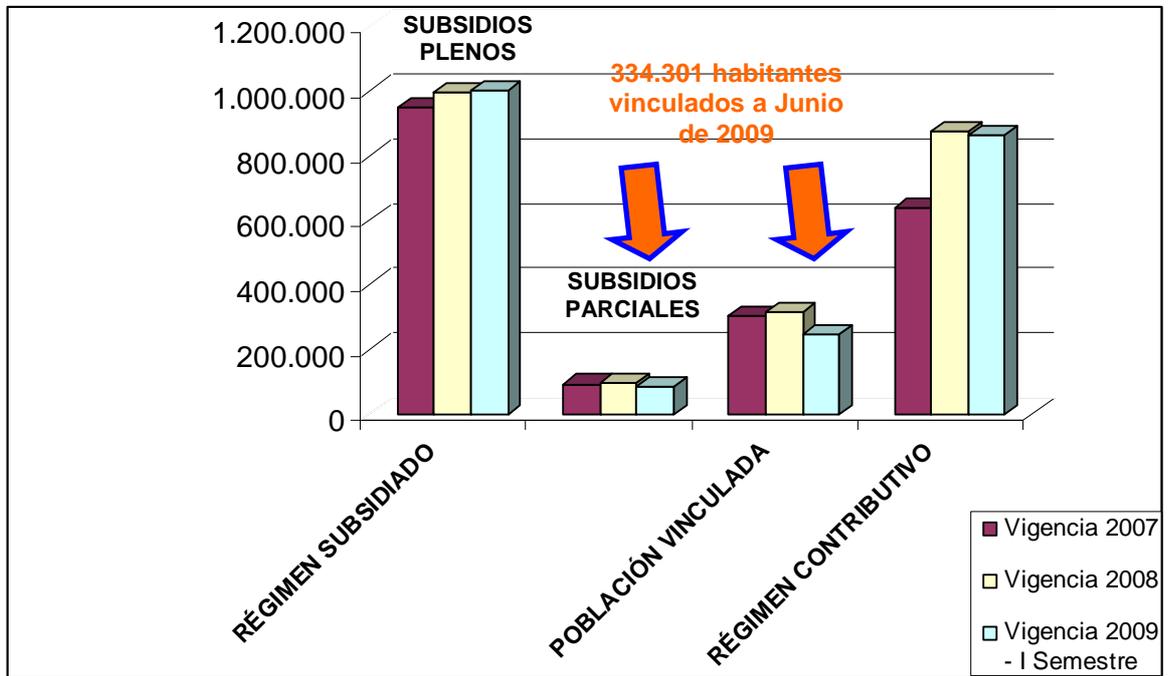
Tabla 11. Cobertura en Aseguramiento en el Departamento de Santander

AÑO	RÉGIMEN SUBSIDIADO		POBLACIÓN VINCULADA	RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	POBLACIÓN TOTAL
	PLENOS	PARCIALES			
Vigencia 2007	947.358	92.949	301.756	637.027	1.979.090
Vigencia 2008	992.674	94.488	317.509	871.306	2.275.977
Vigencia 2009 - I Semestre	1.000.396	85.956	248.345	860.492	2.195.189

FUENTE: Oficina de Sistemas de Información-Secretaría de Salud de Santander

La población no cubierta en Santander, asciende en el primer semestre de 2009 a 248.345 personas como VINCULADOS y 85.956 con SUBSIDIOS PARCIALES, para un total de **334.301 habitantes**, un número considerable Lo anterior asumiendo la metodología de Minprotección en el Informe al Congreso 2008-2009, en el cual los asegurados en el régimen subsidiado que se cuentan son aquellos con SUBSIDIOS PLENOS únicamente.

Gráfico 5. Distribución de la Cobertura en Aseguramiento en Santander



FUENTE: Oficina de Sistemas de Información-Secretaría de Salud de Santander

4. DISEÑO METODOLÓGICO DE UN MODELO DE AUDITORIA ORIENTADA A LOS PROCESOS QUE GARANTIZAN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE VINCULADA AL SGSSS EN SANTANDER

Se dará prioridad a los cuatro (4) procesos de cara al cliente externo para garantizar la atención en salud a la población vinculada, es decir, aquellos que durante el capítulo III se han resaltado como son:

No.	PROCESO/ÁREA	CLIENTE EXTERNO
1	Gestión del Sistema de información del Régimen Subsidiado	USUARIO – ESE – IPS- MUNICIPIOS
2	Gestión Financiera Departamental	ESE – IPS – MUNICIPIOS
3	Gestión para la Prestación de los Servicios de Salud para la población pobre y vulnerable vinculada	USUARIO – ESE – IPS
4	Gestión en el Servicio de Atención a la Comunidad	USUARIO – ESE – IPS

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo Longitudinal

4.2 POBLACION

- Usuarios clasificados por el SISBEN o Listado Censal como población pobre y vulnerable sin aseguramiento a una EPS-S atendidos en la Secretaría de Salud de Santander.
- ESE e IPS contratadas para la prestación de servicios de salud a la población vinculada al SGSSS en todo el Departamento.
- Los 87 municipios del Departamento de Santander.

4.3 MUESTRA

- Usuarios clasificados por el SISBEN o Listado Censal como población pobre y vulnerable sin aseguramiento a una EPS-S atendidos en la Secretaría de Salud de Santander, mayores de edad.
- ESE contratadas para la prestación de servicios de salud a la población vinculada al SGSSS en el área metropolitana de Bucaramanga y Capitales de Provincia.
- Los municipios del Área Metropolitana de Bucaramanga y capitales de Provincia.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Población vinculada mayor de edad, existente en las Bases de Datos del Departamento, para ser atendida en la Secretaría de Salud de Santander
- ESE que tengan contrato vigente de prestación de servicios de salud para la población vinculada en el área metropolitana o municipios capitales de provincia en el Departamento.
- Municipios del Área Metropolitana y capitales de provincia con Bases de Datos al día en la actualización requerida para que su población vinculada pueda acceder a los subsidios a la oferta.

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Población asegurada en alguna EPS-S o EPS-C que no esté en las Bases de Datos del SISBEN o Listados Censales como población vinculada al SGSSS o que sea población vinculada y no tenga mayoría de edad, existente en las Bases de Datos del Departamento de Santander.

- ESE sin contrato vigente de prestación de servicios de salud para la población vinculada en el área metropolitana o municipios capitales de provincia en el Departamento.
- Municipios del Área Metropolitana y capitales de provincia con Bases de Datos desactualizadas o incompletas sobre su población vinculada para acceder a los subsidios a la oferta.

4.6. INSTRUMENTOS, VARIABLES Y VALORES POSIBLES

Se incluyen cuatro (4) instrumentos con sus respectivas variables a saber:

FORMATO E01

Evaluación de la Gestión del Sistema de Información del Régimen Subsidiado

FORMATO E02

Evaluación de la Gestión Financiera Departamental

FORMATO E03

Evaluación de la Gestión para la Prestación de los Servicios de Salud para la población pobre y vulnerable vinculada

FORMATO E04

Evaluación de la Gestión en el Servicio de Atención a la Comunidad

Todos tienen las mismas variables en la parte inicial en lo relacionado con datos básicos de cada área así: Evaluación de Condiciones del Talento Humano, infraestructura y de Logística en el área/proceso respectivo a evaluar:

GOBERNACION DE SANTANDER SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL MODELO DE AUDITORIA ORIENTADA A LOS PROCESOS QUE GARANTIZAN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE VINCULADA AL SGSSS EN SANTANDER						
FORMATO E0X <i>Evaluación de xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx</i>						
FECHA DE APLICACION				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				DD	MM	AA
MEDICION No.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				(Marcar con X)		
Nombre responsable del proceso:						
Dependencia:						
Cargo Funcional:						
I.EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE TALENTO HUMANO EN EL ÁREA						
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						
2						
			0 0 0			
SUBTOTAL			B	R	M	
II. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA						
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						
2						
3						
			0 0 0			
SUBTOTAL			B	R	M	
III. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LOGÍSTICA EN EL ÁREA						
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						
2						
			0 0 0			
SUBTOTAL			B	R	M	

Posteriormente se ingresa a cada temática en el numeral IV del formato en la cual para caso es totalmente exclusivo el conjunto de aspectos a evaluar, así como los Indicadores a medir periódicamente, con los Valores Estándar o Meta Ideal.

Para el diligenciamiento se coloca el mismo número del encabezado de la columna si cumple la condición, es decir, se colocan valores dependiendo de la siguiente escala:

ESCALA DE VALORACIÓN DE ACTIVIDADES	
2	= Se realiza y hay evidencia
1	= Se realiza pero no hay evidencia, y
0	= No se realiza

Se presenta el ejemplo:

I. EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE TALENTO HUMANO EN EL ÁREA					
	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	La Entidad dispone d RRHH humano suficiente para realizar las actividades y procesos propias del Régimen Subsidiado				

Supongamos que en la Secretaría de Salud de Santander se realiza la actividad pero no hay evidencia, es decir, el puntaje corresponde a 1 así:

I. EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE TALENTO HUMANO EN EL ÁREA					
	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	La Entidad dispone d RRHH humano suficiente para realizar las actividades y procesos propias del Régimen Subsidiado		1		

Luego, se suman cada una de las columnas y los resultados se suman entre sí para cada título y se dividen en 3 (porque son 3 posibles valores) ello me dá un valor que se debe dividir en el número de actividades multiplicado por dos, que es el máximo valor posible.

De tal forma que se revisa a cual de las siguientes categorías corresponde la valoración PROMEDIO hallada en cada numeral romano y entre todos los numerales por cada área/proceso.

CONVENCIONES		
BUENO	B	Si los resultados muestran un nivel de desempeño, igual o superior al 90%
REGULAR	R	Si los resultados, se encuentran entre 60% y menor al 90%
MALO	B	Si los resultados obtenidos, se encuentran por debajo del 60%.

Siendo el rojo – MALO- la peor condición, seguido por el naranja fuerte - REGULAR, que exigen por ende un plan de mejoramiento en el numeral romano respectivo y las actividades que lo conforman.

Para consolidar todo, se suman todos los porcentajes de cada título I, II, III y IV y se divide en 4, y así se genera el análisis total del resultado.

A continuación se presentan detallados los instrumentos E01, E02, E03, y E04, con sus respectivos Indicadores y Metas.

GOBERNACION DE SANTANDER SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL MODELO DE AUDITORIA ORIENTADA A LOS PROCESOS QUE GARANTIZAN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE VINCULADA AL SGSSS EN SANTANDER						
FORMATO E01 Evaluación de la Gestión del Sistema de Información del Régimen Subsidiado						
FECHA DE APLICACION						
				DD	MM	AA
MEDICION No.				1	2	3
				(Marcar con X)		
Nombre responsable del proceso:						
Dependencia:						
Cargo Funcional:						
I.EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE TALENTO HUMANO EN EL ÁREA						
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	La Entidad dispone d RRHH humano suficiente para realizar las actividades y procesos propias del Regimen Subsidiado					
2	El RRHH posee los conocimiento técnicos necesarios para el cumplimiento de sus funciones					
3	La Entidad dispone de un programa de capacitación para los servidores publicos de aseguramiento					
4	Se evalua periodicamente al RRHH y se tiene evidencia de los reportes					
5	El RRHH manifiesta deseo, motivación, empeño y esmero hacia sus actividades diarias de trabajo					
		0	0	0		
SUBTOTAL				B	R	M
II. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA						
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	Existe una edificación o espacio locativo asignado exclusivamente para el grupo del Regimen Subsidiado					
2	Existe suficiente espacio para que los funcionarios del Regimen Subsidiado ejecuten sus tareas diarias de manera cómoda y con privacidad					
3	El espacio locativo asignado posee los mínimos requisitos para laborar (ventilación, iluminación, elementos de oficina)					
		0	0	0		
SUBTOTAL				B	R	M

III. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LOGÍSTICA EN EL ÁREA						
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	Existen aplicaciones de oficina tales como procesador de texto, hoja de cálculo y base de datos?					
2	Existe antivirus actualizado ¿Se encuentran licenciados los aplicativos y el Sistema Operativo en cada equipo de cómputo?					
3	Se encuentran licenciados los aplicativos y el Sistema Operativo en cada equipo de cómputo					
4	La empresa cuenta con conexión a internet para el equipo del Regimen Subsidiado					
5	La empresa cuenta con líneas de teléfono y fax para el equipo del Regimen Subsidiado					
		0	0	0		
SUBTOTAL		B	R	M		
IV. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL SISTEMA DE INFORMACION						
4.1. INTEGRACION Y DEPURACION 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	Elabora y remite oficio de solicitud de base de datos a la oficina del SISBEN					
2	Recibe y verifica la bases de datos SISBEN recibida					
3	Ajusta base de datos SISBEN a la estructura de las normas vigentes.					
4	Elabora y remite oficio de solicitud de listados censales					
5	Recibe y verifica los archivos recibidos en medio magnéticos de los listados censales					
6	Transcribe la información recibida en medio físico de los listados censales					
7	Ajusta la información de los listados censales en la estructura de las normas vigentes.					
8	Consolida la base de datos SISBEN y Listados Censales en un mismo archivo o BDUPB					
9	Identifica y elimina las duplicidades en los registros					
10	Identifica y corrige las inconsistencias evidentes de datos en los registros que no requieren verificación en terreno					
11	Identifica y corrige las inconsistencias de datos en los registros que requieren verificación en terreno					
		0	0	0		
SUBTOTAL		B	R	M		

4.2. ELABORACION BASE DE DATOS INICIAL DE PRIORIZADOS						
ACTIVIDADES	PUNTAJE			OBSERVACIONES		
	2	1	0			
* Puntaje: 2 = Se realiza y hay evidencia, 1 = Se realiza pero no hay evidencia, y 0 = No se realiza						
1	La BDUPB se encuentra ordenada de acuerdo con el puntaje de la encuesta SISBEN, del menor al mayor y de la encuesta más antigua a la más nueva.					
2	En la BDUPB se identifican los recién nacidos, menores desvinculados del conflicto, población rural, indígena y urbana y otras poblaciones especiales en su municipio, con base en la normatividad vigente.					
3	En la BDUPB se identifican las Mujeres en estado de embarazo, niños menores de 5 años, población en condición de desplazamiento, población con discapacidad, mujer cabeza de familia, población de tercera edad, núcleos de madres comunitarias y desmovilizada					
4	La BDUPB se encuentra numerada en forma consecutiva acorde a los criterios de priorización					
5	Existe registro de publicación del acto administrativo					
6	Existe copia de seguridad de la base de datos de priorizados					
		0	0	0		
SUBTOTAL		B	R	M		
4.3. ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE LA BD DE DATOS ÚNICA 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	Solicita reportes de novedades a las entidades encargadas de seleccionar beneficiarios con criterios distintos al SISBEN mensualmente					
2	Solicita reportes de novedades a la oficina del SISBEN					
3	Solicitar reportes de novedades a las EPS-RS y organizaciones comunitarias					
4	Atiende solicitudes de actualización de datos de los potenciales beneficiarios					
5	La BDUPB no presenta inconsistencias evidentes después de haber incorporado novedades					
6	Realiza visita de verificación de datos de inconsistencias					
		15	0	0		
SUBTOTAL		B	R	M		
GRAN TOTAL		B	R	M		
CONVENCIONES						
B	Si los resultados muestran un nivel de desempeño, igual o superior al 90%					
R	Si los resultados, se encuentran entre 60% y menor al 90%					
M	Si los resultados obtenidos, se encuentran por debajo del 60%.					
INDICADORES						
NOMBRE INDICADOR	M1	M2	M3	CUMPLE		
	% día	% día	% día	SI	NO	
Porcentaje de inconsistencias detectadas en la BDUPB en un periodo (Valor Estándar 0%)						
Disponibilidad de la BDUPB priorizada para cada proceso de ampliación (Valor Estándar entre 150 y 120 días antes del proceso de contratación)						
Disponibilidad de los listados para cada proceso de ampliación (Valor Estándar entre 150 y 120 días antes del proceso de contratación)						
Solicitudes de actualización digitadas oportunamente en un periodo (Valor Estándar 100%)						
Este instrumento es la resultante de rediseñar instrumentos existentes de PARS						

**GOBERNACION DE SANTANDER
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
MODELO DE AUDITORIA ORIENTADA A LOS PROCESOS QUE GARANTIZAN LA ATENCIÓN A LA
POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE VINCULADA AL SGSSS EN SANTANDER**

**FORMATO E02
Evaluación de la Gestión Financiera Departamental**

FECHA DE APLICACION							
				DD	MM	AA	
MEDICION No.				1	2	3	
				(Marcar con X)			
Nombre responsable del proceso:							
Dependencia:							
Cargo Funcional:							
I.EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE TALENTO HUMANO EN EL ÁREA							
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	La Entidad dispone d RRHH humano suficiente para realizar las actividades y procesos propias del Regimen Subsidiado						
2	El RRHH posee los conocimiento técnicos necesarios para el cumplimiento de sus funciones						
3	La Entidad dispone de un programa de capacitación para los servidores publicos de aseguramiento						
4	Se evalua periodicamente al RRHH y se tiene evidencia de los reportes						
5	El RRHH manifiesta deseo, motivación, empeño y esmero hacia sus actividades diarias de trabajo						
				0	0	0	
SUBTOTAL				B	R	M	
II. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA							
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	Existe una edificación o espacio locativo asignado exclusivamente para el grupo del Regimen Subsidiado						
2	Existe suficiente espacio para que los funcionarios del Regimen Subsidiado ejecuten sus tareas diarias de manera cómoda y con privacidad						
3	El espacio locativo asignado posee los mínimos requisitos para laborar (ventilación, iluminación, elementos de oficina)						
				0	0	0	
SUBTOTAL				B	R	M	

III. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LOGÍSTICA EN EL ÁREA						
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	Existen aplicaciones de oficina tales como procesador de texto, hoja de cálculo y base de datos?					
2	Existe antivirus actualizado ¿Se encuentran licenciados los aplicativos y el Sistema Operativo en cada equipo de cómputo?					
3	Se encuentran licenciados los aplicativos y el Sistema Operativo en cada equipo de cómputo					
4	La empresa cuenta con conexión a internet para el equipo del Regimen Subsidiado					
5	La empresa cuenta con líneas de teléfono y fax para el equipo del Regimen Subsidiado					
		0	0	0		
SUBTOTAL		B	R	M		
IV. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA GESTIÓN FINANCIERA						
4.1. PLANEACION Y PRESUPUESTO DE LOS RECURSOS DEPARTAMENTALES QUE COFINANCIAN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD						
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	Elabora proyecciones poblacionales y diagnóstico de cobertura, conforme al Plan de Desarrollo Departamental					
2	Identifica fuentes de financiación y elabora anteproyecto de presupuesto del Fondo Departamental de Salud					
3	Discute y aprueba el presupuesto. Objeciones o ratificaciones del Presupuesto.				Asamblea Departamental	
4	Liquida el Presupuesto del Fondo departamental de Salud					
5	Realiza eventuales modificaciones al presupuesto				Asamblea Departamental	
6	Ejecuta el presupuesto de ingresos del Fondo Departamental de Salud					
7	Realiza el Seguimiento de la ejecución de ingresos					
8	Ejecuta el presupuesto de gastos del Fondo Departamental de Salud					
9	Apropia y hace las reservas presupuestales					
10	Verifica el adecuado funcionamiento del Fondo Departamental de Salud -FDS y si es necesario efectua su modificación y/o ajuste					
11	Inscribe y presenta las cuentas maestras ante las entidades pagadoras y los organismos de control					
12	Elaborar reporte de ejecución presupuestal del FDS					
		0	0	0		
SUBTOTAL		B	R	M		

4.2. ADMINISTRAR TESORERÍA Y RENDIR CUENTAS					
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	Elabora programa anual mensualizado de caja -PAC				
2	Recibe recursos de ETESA (transferencias incondicionales)				
3	Realiza cuentas de cobro por convenios y contratos				
4	Recauda Recursos de Rentas Cedidas para Régimen Subsidiado de salud				
5	Recauda Recursos propios y Regalías para salud				
6	Realiza transferencias de recursos del RS a los municipios de su jurisdicción				
7	Realiza transferencias de recursos a la Red de Servicios contratada para la atención de la población vinculada				
8	Prepara informe de gestión del Régimen Subsidiado				
9	Convoca comunidad, organizaciones comunitarias y efectuar rendición de cuentas.				
SUBTOTAL		0	0	0	
GRAN TOTAL		B	R	M	
		B	R	M	
CONVENCIONES					
B	Si los resultados muestran un nivel de desempeño, igual o superior al 90%				
R	Si los resultados, se encuentran entre 60% y menor al 90%				
M	Si los resultados obtenidos, se encuentran por debajo del 60%.				
INDICADORES					
NOMBRE INDICADOR	M1	M2	M3	CUMPLE	
	% día	% día	% día	SI	NO
Esfuerzo propio departamental: Recursos propios/ recursos por transferencias x 100 en un periodo (Valor Estándar 100%)					
Gestión financiera: Otros recursos / recursos por transferencia x 100 en un periodo (Valor Estándar 100%)					
Ampliación de cobertura: Cobertura del año "X" comparado con el año "X -1". (Valor Estándar cobertura año X > cobertura año X-1)					
Focalización: Total población Afiliada / población con NBI en el departamento x 100 en un periodo Población afiliada / SISBEN I, II y III x 100 (Valor Estándar 100%)					
Ejecución de recursos Régimen Subsidiado del FDS: Presupuesto ejecutado Régimen Subsidiado / presupuesto total RS x 100 en un periodo (Valor Estándar 100%)					
Estructura del presupuesto de gastos: Estructura del presupuesto de gastos (años "X" y "X-1"): afiliados municipios en continuidad; afiliados municipios nuevos en ampliación; subsidios parciales; poblaciones especiales en un periodo (Valor Estándar 100% Presupuesto detallado según tipo de afiliados)					
Oportunidad: Fecha estipulada de giro a los municipios (día, mes, año) / Fecha efectiva de giro (día, mes, año) en un periodo (Valor Estándar 1 día)					
Cumplimiento en los giros ETESA: Días de mora en recibir los recursos de ETESA (superior al mes siguiente a la distribución semestral) (Valor Estándar 1 día)					
Cumplimiento en los pagos: Tiempo promedio de mora en los recaudos versus tiempo promedio de mora en los giros en un periodo (Valor Estándar 1 día)					
Nivel de participación en la convocatoria de rendición de cuentas: Número de participantes por sesión (Valor Estándar N/A)					

MODELO DE AUDITORIA ORIENTADA A LOS PROCESOS QUE GARANTIZAN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE VINCULADA AL SGSSS EN SANTANDER

FORMATO E03

Evaluación de la Gestión para la Prestación de los Servicios de Salud para la población pobre y vulnerable vinculada

FECHA DE APLICACION

DD	MM	AA
----	----	----

MEDICION No.

1	2	3
---	---	---

(Marcar con X)

Nombre responsable del proceso:

Dependencia:

Cargo Funcional:

I. EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE TALENTO HUMANO EN EL ÁREA

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	La Entidad dispone d RRHH humano suficiente para realizar las actividades y procesos propias del Regimen Subsidiado				
2	El RRHH posee los conocimiento técnicos necesarios para el cumplimiento de sus funciones				
3	La Entidad dispone de un programa de capacitación para los servidores publicos de aseguramiento				
4	Se evalua periodicamente al RRHH y se tiene evidencia de los reportes				
5	El RRHH manifiesta deseo, motivación, empeño y esmero hacia sus actividades diarias de trabajo				
	SUBTOTAL	0	0	0	
		B	R	M	

II. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA

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	Existe una edificación o espacio locativo asignado exclusivamente para el grupo del Regimen Subsidiado				
2	Existe suficiente espacio para que los funcionarios del Regimen Subsidiado ejecuten sus tareas diarias de manera cómoda y con privacidad				
3	El espacio locativo asignado posee los mínimos requisitos para laborar (ventilación, iluminación, elementos de oficina)				
	SUBTOTAL	0	0	0	
		B	R	M	

III. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LOGÍSTICA EN EL ÁREA						
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	Existen aplicaciones de oficina tales como procesador de texto, hoja de cálculo y base de datos?					
2	Existe antivirus actualizado ¿Se encuentran licenciados los aplicativos y el Sistema Operativo en cada equipo de cómputo?					
3	Se encuentran licenciados los aplicativos y el Sistema Operativo en cada equipo de cómputo					
4	La empresa cuenta con conexión a internet para el equipo del Regimen Subsidiado					
5	La empresa cuenta con líneas de teléfono y fax para el equipo del Regimen Subsidiado					
		0	0	0		
SUBTOTAL		B	R	M		
IV. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA GESTIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD						
4.1. CONTRATACIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA RED PÚBLICA Y PRIVADA						
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	Realiza plan de servicios a contratar					
2	Clasifica los servicios que se requieren en las diferentes ESE a fin de cubrir dependiendo del territorio					
3	Verifica el cumplimiento de los requisitos esenciales por la Red en aquellos servicios a contratar					
4	Contrata como prioridad la Red Pública para la atención					
5	Incluye en los Contratos elementos de medición de la Satisfacción Global por parte del Departamento					
6	Entrega cumplidamente la base de datos actualizada a la Red contratada					
7	Realiza las autorizaciones pertinentes para garantizar el acceso a los servicios					
8	Realiza interventoría a la totalidad de los contratos suscritos con las IPS públicas y privadas					
9	Utiliza estrategias de Información a los usuarios para que conozcan la Red contratada por el Departamento					
10	Presenta informe periódico de los resultados de la atención en salud .vs. Los contratos suscritos					
11	Genera planes de mejoramiento que permitan garantizar mayor población beneficiada					
12	Cumple con los fallos de tutela a favor de los usuarios					
		0	0	0		
SUBTOTAL		B	R	M		

4.2. AUDITORÍA MÉDICA, FINANCIERA Y DE CALIDAD							
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	Genera las autorizaciones un profesional de la salud						
2	Se reconoce claramente la atención de urgencias						
3	Realiza Auditoría Médica a la totalidad de las atenciones						
4	Realiza Auditoría de Cuentas Médicas a la totalidad de las atenciones						
5	Realiza Auditoría de Calidad directamente y mediante la verificación del PAMEC de cada IPS						
6	Concilia con ética y transparencia las Cuentas Pendientes y Glosas que se aplican a las IPS						
7	Presenta informe periódico de los resultados de la atención en salud .vs. La auditoría, a fin de mejorar la atención de la Red contratada o cambiarla si fuera el caso						
8	Realiza visita de verificación de datos sobre inconsistencias						
SUBTOTAL		30	0	0	B	R	M
GRAN TOTAL		B	R	M	B	R	M
CONVENCIÓNES							
B	Si los resultados muestran un nivel de desempeño, igual o superior al 90%						
R	Si los resultados, se encuentran entre 60% y menor al 90%						
M	Si los resultados obtenidos, se encuentran por debajo del 60%.						
INDICADORES							
NOMBRE INDICADOR	M1	M2	M3	CUMPLE			
	% día	% día	% día	SI	NO		
Porcentaje de contratación de recursos con la Red Pública en un periodo (Valor Estándar N/A)							
Porcentaje de IPS contratadas con requisitos esenciales de Habilitación verificados en dichos servicios en un periodo (Valor Estándar 100%)							
Disponibilidad de la BDUPB priorizada para cada autorización de servicios en un periodo (Valor Estándar 100%)							
Porcentaje de la facturación que se glosa a la Red Contratada en un periodo (Valor Estándar N/A)							
Porcentaje de Recursos por atención de Tutelas en un periodo (Valor Estándar N/A)							
Oportunidad en la Liquidación de Contratos: Fecha de Liquidación - Fecha de Terminación de ejecución (Valor Estándar <=3 días)							
Oportunidad en Pago a la Red Prestadora: Fecha estipulada de giro a la Red (día, mes, año) / Fecha efectiva de giro (día, mes, año) (Valor Estándar 1 día)							
LOS INDICADORES DE LA CIRCULAR 030 DE 2006 Y LA RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 CORRESPONDIENTES							

**GOBERNACION DE SANTANDER
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
MODELO DE AUDITORIA ORIENTADA A LOS PROCESOS QUE GARANTIZAN LA ATENCIÓN A LA
POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE VINCULADA AL SGSSS EN SANTANDER**

**FORMATO E04
Evaluación de la Gestión en el Servicio de Atención a la Comunidad**

FECHA DE APLICACION			
	DD	MM	AA

MEDICION No.	1	2	3	(Marcar con X)
---------------------	---	---	---	----------------

Nombre responsable del proceso:	
Dependencia:	
Cargo Funcional:	

I.EVALUACIÓN DE CONDICIONES DE TALENTO HUMANO EN EL ÁREA

	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	La Entidad dispone d RRHH humano suficiente para realizar las actividades y procesos propias del Regimen Subsidiado				
2	El RRHH posee los conocimiento técnicos necesarios para el cumplimiento de sus funciones				
3	La Entidad dispone de un programa de capacitación para los servidores publicos de aseguramiento				
4	Se evalua periodicamente al RRHH y se tiene evidencia de los reportes				
5	El RRHH manifiesta deseo, motivación, empeño y esmero hacia sus actividades diarias de trabajo				
	SUBTOTAL	0	0	0	

II. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA

	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	Existe una edificación o espacio locativo asignado exclusivamente para el grupo del Regimen Subsidiado				
2	Existe suficiente espacio para que los funcionarios del Regimen Subsidiado ejecuten sus tareas diarias de manera cómoda y con privacidad				
3	El espacio locativo asignado posee los mínimos requisitos para laborar (ventilación, iluminación, elementos de oficina)				
	SUBTOTAL	0	0	0	

III. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LOGÍSTICA EN EL ÁREA						
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	Existen aplicaciones de oficina tales como procesador de texto, hoja de cálculo y base de datos?					
2	Existe antivirus actualizado ¿Se encuentran licenciados los aplicativos y el Sistema Operativo en cada equipo de cómputo?					
3	Se encuentran licenciados los aplicativos y el Sistema Operativo en cada equipo de cómputo					
4	La empresa cuenta con conexión a internet para el equipo del Regimen Subsidiado					
5	La empresa cuenta con líneas de teléfono y fax para el equipo del Regimen Subsidiado					
SUBTOTAL		0	0	0		
		B	R	M		
IV. EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LA GESTIÓN EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD						
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	Cuenta con la Base de Datos actualizada de la población vinculada					
2	Atiende PQR a la población vinculada					
3	Realiza seguimiento a las PQR atendidas					
4	Realiza Informe periódico sobre PQR repetitivas o IPS reincidentes para tomar acciones correctivas					
5	Promueve el cumplimiento del SAC funcionando en todos los municipios					
6	Consolida y analiza las PQR que ingresan por los SAC municipales					
7	Verifica el cumplimiento del SIAU funcionando en todas las IPS contratadas					
8	Verifica el cumplimiento de las Alianzas o Asociaciones de Usuarios funcionando en todas las IPS contratadas					
9	Apoya para la gestión de autorizaciones para garantizar el acceso a los servicios					
10	Promueve la realización de Encuestas de Satisfacción de los Usuarios en la Red prestadora de servicios					
11	Evalúa y propone estrategias relacionadas con el mejoramiento de la Satisfacción de los Usuarios con la Secretaría de Salud Departamental					
SUBTOTAL		0	0	0		
GRAN TOTAL		B	R	M		
		B	R	M		
CONVENCIONES						
B	Si los resultados muestran un nivel de desempeño, igual o superior al 90%					
R	Si los resultados, se encuentran entre 60% y menor al 90%					
M	Si los resultados obtenidos, se encuentran por debajo del 60%.					
INDICADORES						
NOMBRE INDICADOR	M1	M2	M3	CUMPLE		
	%	%	%	SI	NO	
Disponibilidad de la BDUPB priorizada para apoyar la autorización de servicios (Valor Estándar 100%)						
Porcentaje de PQR atendidas satisfactoriamente (Valor Estándar 100%)						
Porcentaje de IPS contratadas con SIAU funcionando (Valor Estándar 100%)						
Porcentaje de Municipios con el SAC funcionando (Valor Estándar 100%)						
Porcentaje de IPS contratadas con Alianza/Asociación de Usuarios funcionando (Valor Estándar 100%)						
Porcentaje de Satisfacción con la atención en la Red contratada (Valor Estándar >=90%)						
Porcentaje de Satisfacción con la atención en la Secretaría de Salud Departamental (Valor Estándar >=90%)						
LOS INDICADORES DE LA CIRCULAR 030 DE 2006 Y LA RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 CORRESPONDIENTES						

4.7 PROCEDIMIENTO, ANÁLISIS Y RESULTADOS

Los instrumentos diseñados pueden tener aplicabilidad en tres momentos del año y de manera particular los Indicadores si deben estar midiéndose con mayor frecuencia, según la necesidad, los planes de mejoramiento existentes y la normatividad vigente, como es el caso de la Circular 030 de 2006.

Pueden aplicarse de forma simultánea por diferentes personas o por el mismo Profesional en diferentes días, semanas o meses del año, presentando previamente a quienes vá a auditar los requerimientos y soportes según el área y proceso a evaluar, entregando el Cronograma de Auditoría respectivo.

Al diligenciar los formatos:

FORMATO E01

Evaluación de la Gestión del Sistema de Información del Régimen Subsidiado

FORMATO E02

Evaluación de la Gestión Financiera Departamental

FORMATO E03

Evaluación de la Gestión para la Prestación de los Servicios de Salud para la población pobre y vulnerable vinculada

FORMATO E04

Evaluación de la Gestión en el Servicio de Atención a la Comunidad

Es importante que tanto el Auditor como el Auditado de común acuerdo impriman sus firmas en la parte inferior de cada una de las hojas en cada instrumento.

Igualmente, es deber del Auditor informar por escrito al auditado sobre los resultados alcanzados y si fuere el caso sugerirle la formulación de un Plan de Mejoramiento que conlleve a mejores resultados para los clientes externos y para la propia institución.

5. CONCLUSIONES

- Una de las grandes fallas que presenta el SGSSS y en el caso particular, el sistema de subsidios a la oferta, es precisamente, no contar con bases de datos actualizadas a nivel país en tiempo real, sino mensualmente, lo cual puede estar generando glosas innecesarias por parte del ente fiduciario para el reconocimiento de las atenciones brindadas a dicha población.
- Es bienvenido el Acuerdo 415 de 2009 porque mejora el funcionamiento del régimen subsidiado, desde lo concerniente a la real posibilidad de la identificación efectiva de los ciudadanos, fortaleciendo el proceso de captura inicial de la información en la Encuesta SISBEN y en los Listados Censales, pero no todo es positivo, pues pretende eliminar el proceso de libre elección permitiendo la afiliación directa ampliando los plazos. No obstante, se considera una constante amenaza las frecuentes modificaciones y condiciones normativas que cambian el funcionamiento mientras aún no se han terminado de implementar las normas anteriores, lo cual se ve reflejado en el avance aquí presentado de la implementación del SISBEN III.
- Existen varias herramientas para que las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales, desarrollen su función primordial de Inspección, Vigilancia y Control; no obstante, las mismas no tienen un doliente al interior de estas instituciones que garantice el seguimiento y la continuidad en las acciones de mejoramiento continuo propio, por lo cual se considera conveniente que sea personal de planta quien realice la Auditoría Interna a los procesos que atañen directamente con la atención a la población pobre y vulnerable.

- Elegir los procesos y/o áreas de Sistemas de Información, Gestión Financiera, Prestación de Servicios de Salud y Servicio de Atención a la Comunidad, permitió identificar que detrás de cada uno de ellos existen una lista enorme de actividades a cumplir y de indicadores y metas cuantificables y por tanto medibles de la gestión en salud al servicio de la población objetivo del proyecto.

- Se requiere con suma urgencia realizar la verificación de requisitos esenciales de toda la red pública y la privada, dado que existen entidades que ofrecen servicios en los cuales no se cumple mínimamente las mismas y sin embargo, contratan la venta de sus servicios al Departamento y a los municipios. Lo anterior, siendo la habilitación el primer paso dentro del SOGCS que aunado a un PAMEC institucional, permitirán mejorar la Satisfacción Global de los usuarios, así como incrementar la Seguridad de los Pacientes.

- Se requiere la actualización del personal de salud con la pertinencia que los cambios normativos lo exigen, y así buscar la forma de unificar conceptos que permitan el mejoramiento de la calidad desde lo básico que es hablar el mismo idioma, tanto en la Secretaría de Salud Departamental, las ESE e IPS y lo más importante los usuarios.

- Por último, es lastimoso que se crearan los “subsidiarios parciales” para garantizar el “aseguramiento” a más población y el mismo Minprotección Social en el Informe 2008-2009 al Congreso de la República, incluyó a dicha población como vinculados, ya que son pocas las garantías para la atención en salud que tienen estando en el POS-S parcial. Por la fallas existentes en el sistema de información, haber priorizado “aseguramiento total” a personas que pueden tener mejores condiciones en NBI que muchos de los que hacen parte de la mal llamada “población vinculada”, porque no tienen vinculación al SGSSS y están expuestos a negativas en los servicios por parte de las IPS

cuando los contratos con el Departamento o los municipios son por capitación, o cuando la atención de urgencias por defecto les es glosada y prefieren no ofrecerla a los usuarios.

6. RECOMENDACIONES

- La reestructuración administrativa que se avecina en la Secretaría de Salud Departamental, como estrategia para redistribuir funciones y mejorar perfiles para el cumplimiento de la misión institucional, no es válida si no se tienen las herramientas como: actualización y motivación del talento humano, infraestructura adecuada tanto para los clientes internos como externos y la logística en insumos, equipos, telecomunicaciones, entre otras.
- Hacer Auditorias Internas no es la única forma de avanzar en el mejoramiento continuo, también el autocontrol y la autoevaluación generan reorientar las estrategias y alcanzar las metas en los indicadores propuestos en los cuatro (4) instrumentos diseñados del presente documento.
- A la población vinculada se le debe dar mayor importancia en el trato y la evaluación periódica de su percepción de lo que están recibiendo del Departamento y como se puede mejorar la Satisfacción hacia esos servicios, además, es importante que ellos también tengan presencia obligatoria en las Alianzas y/o Asociaciones de Usuarios de las entidades del SGSSS.
- Pueden existir todo tipo de herramientas para mejorar la gestión, pero ninguna de ellas mejora la cultura ciudadana si no es dada continuamente a través de, la información, educación y comunicación a los usuarios de sus deberes y derechos en el SGSSS.
- Es importante que quien realice la Auditoria sea un profesional que conozca en la práctica el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que adicionalmente haya cursado como Auditor Interno, porque ello enriquecerá el proceso y generará aportes dentro de la aplicación para el

mejoramiento de los instrumentos, que no pueden ser estáticos, dados los mismos cambios normativos y necesidades del Departamento, y por ende genera mejoramiento institucional.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. MINPROTECCION SOCIAL, Seguridad Social en Salud, Bogotá, Oficina de Comunicaciones, 2006, Pág. 6
2. Ídem 1
3. RAMÍREZ, A. M.; GARCIA, J. E. G. A. & FRAUSTRO, S. R. A Scientific Approach to the Definition of Quality in Medical Care: A Model for Mexican Reality. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 11 (3): 456-462, Jul/Sep, 1995.
4. AGUIRRE MARTÍNEZ (Andrés), Calidad en el Servicio Hospitalario, Administración de Servicios de Salud –Tomo II-Capítulo 9, Bogotá D.C.: Corporación para Investigaciones Biológicas, 2006
5. DONABEDIAN (Avedis): Boletín de la Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS, 2000
6. URIBE VELEZ (Alvaro): Decreto 1011 de 2006, Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2006
7. Idem 6
8. Idem 6
9. Idem 6
10. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN DE COLOMBIA, Orientaciones para la Programación y Ejecución de los Recursos del Sistema General de Participaciones – SGP, Bogotá, Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible DNP, 2004, pág. 13
11. Ley 872 de 2003, Artículo 1º
12. www.sisben.gov.co
13. Ídem 1
14. Ídem 1
15. Conpes social 055, Reforma del Sistema de focalización individual del gasto social, Departamento Nacional de Planeación. Bogotá 2001.
16. Ídem 13

17. [www.dnp.gov.co /paginas_detalle.aspx?idp=586](http://www.dnp.gov.co/paginas_detalle.aspx?idp=586)
18. Ley 100 de 1993. Art. 213 Parágrafo: “El Gobierno Nacional, bajo los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá un Régimen de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, en el cual se establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales”
19. Artículo 14, Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
20. VEGA, William, El Sistema de Subsidios en Salud, Presentación Power Point, 2007
21. DNP, Boletín de Avance Operativo Sisbén III, Volumen 1, Grupo de Calidad de Vida-Dirección, 30 de junio de 2009i}
22. Informe 2008-2009 MinProtección Social al Congreso de la República, 2009
23. www.santander.gov.co
24. www.santander.gov.co/oficina_calidad/
25. www.minproteccionsocial.gov.co