

**EVALUACION AL PROCESO DE INTERVENTORIA A LOS CONTRATOS DE  
REGIMEN SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE CAQUETA  
AÑO 2005**

**AYDA SOCORRO PEÑA SANCHEZ  
Código 2003265219**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD  
SOCIAL  
NEIVA HUILA 2005**

**EVALUACION AL PROCESO DE INTERVENTORIA A LOS CONTRATOS DE  
REGIMEN SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE CAQUETA  
AÑO 2005**

**AYDA SOCORRO PEÑA SANCHEZ  
Código 2003265219**

**Tesis de Grado para optar al título de  
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social**

**Doctor  
PEDRO REYES GASPAR**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS  
DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL  
NEIVA HUILA 2005**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

Firma del Presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

Neiva Huila, \_\_\_\_\_

## **DEDICATORIA**

Dedico este logro a Dios por darme la oportunidad de escalar un peldaño más en mi vida; a mi esposo, quien hizo las veces de padre y madre en mi ausencia y quien me brindó en todo momento el apoyo necesario para adelantar este postgrado; a mi hija, por todos aquellos momentos de los cuales la privé de compartir conmigo pero a quien en todo el tiempo llevé en mi corazón y en mi mente, con la plena convicción que los frutos de este gran esfuerzo lo recogeremos los tres. A mi papá, mamá y demás familia por su apoyo y colaboración; y a mi Asesor el Doctor Pedro Reyes Gaspar, por su gran disposición para llevar a feliz término este proyecto.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios porque escuchó mis ruegos y me brindó los medios necesarios para adelantar de este postgrado.

A Interventores de Régimen Subsidiado de las diferentes Entidades Territoriales, a funcionarios de las ARS, a funcionarios de IPS de la red de cada ARS por el suministro de la información necesaria para poder llevar a cabo dicha evaluación.

Al Doctor Tito Méndez Madrid Coordinador de Seguridad Social del Departamento del Caquetá, por transmitirme parte de sus conocimientos y experiencias sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Al Señor Rubiel Rojas, compañero de trabajo por su decidida y desinteresada colaboración.

## TABLA DE CONTENIDO

<b><u>INTRODUCCIÓN.....</u></b>	<b><u>16</u></b>
<b><u>1. JUSTIFICACIÓN .....</u></b>	<b><u>19</u></b>
<b><u>2. OBJETIVOS .....</u></b>	<b><u>22</u></b>
GENERAL.....	22
ESPECIFICOS.....	22
<b><u>3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CAQUETA .....</u></b>	<b><u>23</u></b>
3.1 SECTOR DE VIAS, MEDIOS DE TRANSPORTE Y DE COMUNICACIÓN.....	24
3.2 TEMPERATURA .....	25
3.3 SECTOR DE COMERCIO .....	25
3.4 SECTOR FINANCIERO.....	26
3.5 SECTOR EDUCATIVO.....	26
3.6 ACTIVIDAD ECONÓMICA.....	26
3.7 ACTIVIDAD GANADERA .....	27
3.8 OTROS RECURSOS NATURALES DEL CAQUETA .....	27
3.9 SECTOR SALUD .....	28
3.9.1. <i>Población objeto de la red pública de hospitales</i> .....	31
3.9.2 <i>Situación actual de la red pública</i> .....	32
3.9.3. <i>Estado de salud de la población</i> .....	33
3.9.3.1 <i>Morbilidad General por Consulta Externa</i> .....	33
3.9.3.2 <i>Morbilidad General por Egreso Hospitalario</i> .....	34
3.9.3.3 <i>Morbilidad por Urgencias</i> .....	34
3.9.3.4 <i>Mortalidad Materna y Perinatal</i> .....	34
3.9.3.5 <i>Mortalidad General para Todas las Edades</i> .....	35
3.9.3.6 <i>Enfermedades de interés en Salud Pública</i> .....	35
3.10 CONFORMACIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA .....	36
<b><u>4. MARCO CONCEPTUAL.....</u></b>	<b><u>38</u></b>
4.1 GENERALIDADES DEL SGSSS .....	38
4.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS).....	39
4.3 REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD EN COLOMBIA .....	49
4.3.1 <i>Proceso de identificación, selección y priorización</i> .....	49
4.3.2 <i>Proceso de afiliación</i> .....	50
4.3.3 <i>Proceso de contratación</i> .....	51
4.3.4 <i>Flujo financiero</i> .....	52
4.4 REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL CAQUETA .....	53
4.4.1 <i>Evolución Histórica</i> .....	53

4.4.2 Cobertura Poblacional.....	56
4.4.3 Mecanismos de Focalización .....	60
4.4.4 Interventoría de Contratos .....	62
4.4.5 Liquidación de Contratos .....	64

## **5. METODOLOGIA..... 65**

5.1. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL INTERVENTOR .....	65
5.2. IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE POTENCIALES BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.....	66
5.3. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL PROCESO DE INTERVENTORÍA A LOS CONTRATOS DE RÉGIMEN SUBSIDIADO .....	66
5.4. FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.....	66

## **6. RESULTADOS..... 68**

6.1 EVALUACIÓN POR MUNICIPIO RELACIONADA CON EL INTERVENTOR DE RÉGIMEN SUBSIDIADO. (VER ANEXO 2) .....	69
6.1.1 Modalidad de Interventoría.....	69
6.1.2 Formación académica del Interventor .....	69
6.1.3 Experiencia en Régimen Subsidiado.....	69
6.1.4 Vinculación al Municipio.....	69
6.2 IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE POTENCIALES BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.....	70
6.2.1 Instrumento para la identificación de potenciales beneficiarios .....	70
6.2.2 Listados de priorizados actualizado .....	71
6.2.3 Verificación de condiciones para ser beneficiarios del Régimen Subsidiado.....	71
6.2.4 Mecanismo diferente al existente para que la población que asiste a un proceso de libre escogencia acceda a su carné.....	71
6.3 INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL PROCESO DE INTERVENTORÍA.....	72
6.3.1 Póliza de Garantía y Cumplimiento.....	72
6.3.2 Póliza de Reaseguro para Atenciones de Alto Costo .....	72
6.3.3 Contratos de Prestación de Servicios:.....	73
6.3.4 Red contratada cubre todos los servicios contemplados en el POS-S? .....	73
6.3.5 Conoce sistema de referencia y contrarreferencia de la ARS?.....	74
6.3.6 La ARS respetan la libre elección de IPS de sus usuarios? .....	74
6.3.7 Perfil Epidemiológico de los Municipios, Caquetá año 2004.....	74
6.3.8 Matrices de P y P de las actividades a cargo de las ARS.....	75
6.3.9 Seguimiento por parte del Municipio al proceso de contratación de actividades de P y P a cargo de la ARS. ....	75
6.3.10 Análisis por el municipio al porcentaje de cumplimiento de metas de las actividades de P y P, a cargo de la ARS.....	75
6.3.11 Planes de mejoramiento para fortalecer el cumplimiento de metas de las actividades de P y P a cargo de la ARS.....	76
6.3.12 Porcentaje de la UPC-S invertida por las ARS en acciones de P y P.....	76
6.3.13 Análisis al porcentaje de cumplimiento de metas de las actividades de P y P, a cargo del Municipio.....	76
6.3.14 Planes de mejoramiento para fortalecer cumplimiento de metas de las actividades de P y P a cargo del Municipio.....	77
6.3.15 Promulga el Municipio Deberes y Derechos?.....	77

6.3.16 Promulgan las ARS Deberes y Derechos de los beneficiarios al Régimen Subsidiado?.....	77
6.3.17 Se tiene conocimiento que exista por parte de las ARS herramienta para medir satisfacción de usuario? .....	78
6.3.18 Evaluación por parte del Municipio satisfacción de usuario con las IPS de la Red de Servicios.....	78
6.3.19 Quejas y sugerencias en el Municipio.....	78
6.3.20 Carnetización ARS.....	79
6.3.21 Informe de Interventoría.....	79
6.4 FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.....	79
6.4.1 Tipo de cuenta donde le están siendo transferidos los recursos al Municipio por el Nivel Central.....	79
6.4.2 Sistema General de Participaciones (SGP) transferido oportunamente? .....	79
6.4.3 FOSYGA Transferido Oportunamente?.....	80
6.4.4 Pagos de Alcaldías a ARS y de ARS-IPS .....	82
6.4.5 Solicitud del Ente Territorial a ARS sobre estados de cartera con IPS Públicas y Privadas.....	83
6.4.6 Liquidación de contratos de Régimen Subsidiado Abril-Mayo de 2002 .....	83
6.4.7 Liquidación de contratos de Régimen Subsidiado Junio/02 a Marzo/03.....	83
6.4.8 Liquidación de contratos de Régimen Subsidiado Octubre/02 a Marzo/03.....	84
6.4.9 Liquidación de contratos de Régimen Subsidiado Abril/03 a Marzo/04 .....	84
6.4.10 Proceso de Saneamiento Deudas de Régimen Subsidiado Municipio - ARS ....	84

**7. PRINCIPALES PROBLEMAS DURANTE EL EJERCICIO DE INTERVENTORIA A LOS CONTRATOS DE ADMINISTRACION DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO. .... 87**

**8. PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS INTERVENTORÍAS A LOS CONTRATOS DE ADMINISTRACION DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO SEGÚN HALLAZGOS..... 90**

8.1 PÓLIZA DE GARANTÍA Y CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.....	90
8.2 PÓLIZA DE ALTO COSTO .....	91
8.3 RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD .....	93
8.4 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA .....	95
8.5 SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU).....	98
8.6 MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIO CON LAS IPS RED.....	100
8.7 DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. ....	102
8.8 INFORMES DE INTERVENTORÍA .....	103
8.9 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	104
8.10 SEGUIMIENTO ACTIVIDADES DE P Y P A CARGO DE LAS ARS.....	105
8.11 FLUJO DE RECURSOS .....	106
8.12 LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS DE RÉGIMEN SUBSIDIADO .....	108
8.13 SANEAMIENTO DE DEUDAS DE RÉGIMEN SUBSIDIADO.....	110

**CONCLUSIONES.....112**



**RECOMENDACIONES.....114**

**BIBLIOGRAFIA.....117**

**ANEXOS.....119**

## LISTA DE TABLAS

		Pág.
Cuadro 1	Niveles de Atención por Municipio Departamento Caquetá, Año 2005.	29
Cuadro 2	Clasificación de Municipios según Ley 617 de 2000 Departamento Caquetá.	36
Cuadro 3	Población Total Afiliada al Régimen Subsidiado por Municipio 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 y 2005.	57
Cuadro 4	Afiliados Régimen Subsidiado Municipios del Departamento de Caquetá, Año 2005	58
Cuadro 5	Afiliados por ARS Departamento de Caquetá, Año 2005	59
Cuadro 6	Población Afiliada al Régimen Subsidiado Municipios Objeto de Estudio, Caquetá Año 2005	68
Cuadro 7	Fechas de transferencia de recursos FOSYGA, Caquetá Año 2004.	80
Cuadro 8	Calificación a Entidades Territoriales dependiendo del porcentaje de cumplimiento del ejercicio de interventoría.	86
Cuadro 9	Control Pagos de Ente Territorial a ARS	107

## LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Gráfico 1	Comportamiento ARS en el Departamento de Caquetá según número de afiliados.	59
Gráfico 2	Peso porcentual de afiliados municipios objeto de estudio, Caquetá Año 2005.	68
Gráfico 3	Características del interventor de Régimen Subsidiado, Caquetá Año 2005.	70
Gráfico 4	Seguimiento a Pólizas ARS, Caquetá Año 2005.	72
Gráfico 5	Verificación Red Prestadora de Servicios, Caquetá Año 2005.	73
Gráfico 6	Perfil Epidemiológico de los Municipios	74
Gráfico 7	Actividades de P y P a cargo de las ARS	75
Gráfico 8	Actividades de P y P a cargo de los Municipios	76
Gráfico 9	Promulgación de deberes y derechos a beneficiarios del Régimen Subsidiado	77
Gráfico 10	Medición satisfacción de los usuarios	78
Gráfico 11	Flujo de recursos FISALUD a Entes Territoriales	79
Gráfico 12	Flujo de recursos Entes Territoriales a ARS	82

## LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1. Instrumento para la evaluación de las interventorías de Régimen Subsidiado.
- Anexo 2. Consolidado información relacionada con el interventor de Régimen Subsidiado e Identificación, Selección y Priorización de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado.
- Anexo 3. Consolidado información relacionada con el proceso de interventoría.
- Anexo 4. Consolidado información relacionada con el flujo de recursos
- Anexo 5. Acto administrativo aprobación de Póliza de Garantía y Cumplimiento
- Anexo 6. Acto administrativo rechazo de Póliza de Garantía y Cumplimiento
- Anexo 7. Acto administrativo de aprobación de Póliza de Alto Costo
- Anexo 8. Acto administrativo de rechazo de Póliza de Alto Costo
- Anexo 9. Niveles de Complejidad del POS-S
- Anexo 10. Modelo acta de cambio de interventor

## **GLOSARIO**

EPS	Empresa Promotora de Salud
ARS	Administradora de Régimen Subsidiado
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
UPC	Unidad de Pago por Capitación
UPC-S	Unidad de Pago por Capitación Subsidiada
POS	Plan Obligatorio de Salud
POS-S	Plan Obligatorio de Salud, Subsidiado
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SGP	Sistema General de Participaciones
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
CNSSS	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
CTSSS	Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud
SISBEN	Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales del Estado.

## RESUMEN

EVALUACION AL PROCESO DE INTERVENTORIA A LOS CONTRATOS DE REGIMEN SUBSIDIADO EN EL DEPARTAMENTO DE CAQUETA AÑO 2005.

AYDA SOCORRO PEÑA SÁNCHEZ

La presente investigación contiene información sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud - Régimen Subsidiado en Colombia, su operatividad en el Departamento de Caquetá y el proceso de interventoría a los contratos de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado desarrollado por las administraciones municipales

Estudio de tipo descriptivo, teniendo en cuenta como muestra el 50% de los municipios del departamento de Caquetá, los cuales se seleccionan de forma aleatoria, la recolección de la información se realiza mediante la aplicación de instrumento a interventores de Régimen Subsidiado.

Esta investigación esta formada por una Introducción, Justificación, Objetivos General y específicos, Diagnóstico Situacional del Departamento del Caquetá, Marco Conceptual, Metodología, Resultados, Identificación de los principales problemas durante el ejercicio de interventoría, Propuesta para su mejoramiento Conclusiones y Recomendaciones.

Se concluye que el proceso de interventoría a los contratos de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado en el Departamento de Caquetá, se desarrolla de manera deficiente detectándose falta de compromiso por las administraciones municipales con los diferentes procesos y procedimientos que integran el ejercicio de interventoría, convirtiéndose esto en un factor de riesgo para el cabal cumplimiento de lo pactado en las minutas contractuales y la correcta aplicación de los recursos destinados para el aseguramiento de la población pobre y vulnerable de los municipios.

## SUMMARY

EVALUATION TO THE PROCESS DE INTERVENTORIA TO THE CONTRACTS OF RÉGIME SUBSIDIZED IN THE DEPARTMENT DE CAQUETA YEAR 2005.

AYDA SOCORRO PEÑA SÁNCHEZ

The present investigation contains information on the General System of Social security in Health - Subsidized Régime in Colombia, its operability in the Department of Caquetá and the interventoría process to the contracts of Administration of Resources of the Subsidized Régime developed by the municipal administrations

Study of descriptive type, having in bill like sample 50% of the municipalities of the department of Caquetá, which are selected in a random way, the gathering of the information is carried out by means of the instrument application to inspectors of Subsidized Régime.

This investigation this formed by an Introduction, Justification, Situational General and specific, Diagnostic Objectives of the Department of the Caquetá, Conceptual Marco, Methodology, Results, Identification of the main problems during the interventoría exercise, Proposal for their improvement Conclusions and Recommendations.

You concludes that the interventoría process to the contracts of Administration of Resources of the Subsidized Régime in the Department of Caquetá, is developed in a faulty way detecting it is lacked of commitment by the municipal administrations with the different processes and procedures that integrate the interventoría exercise, becoming this a factor of risk for the exact execution of that made a pact in the contractual minutes and the correct application of the resources dedicated for the insurance of the poor and vulnerable population of the municipalities.

## **INTRODUCCIÓN**

El Sistema de Salud Colombiano fue reformado a finales de 1993, en parte buscando que los servicios llegaran a un mayor número de colombianos. El anterior sistema estaba conformado por tres subsistemas: 1)La Seguridad Social para trabajadores públicos y privados, 2)El Sistema privado y 3)La asistencia pública para el resto de la población.

La Ley 100 de 1993 reformó la Seguridad Social en Salud para integrar un nuevo sistema de aseguramiento mediante un componente de solidaridad desde la población con capacidad económica hacia la población más pobre; pretenden con esto un acceso universal a los servicios de salud y el aumento en la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios. El sistema anterior combinaba el aseguramiento de la población ocupada en el sector formal con un sistema público asistencial, mientras el actual es un mecanismo de aseguramiento universal obligatorio en el que participan, en forma coordinada, entidades públicas y privadas en un sistema de competencia regulada. Este nuevo sistema cubre a todos los trabajadores asalariados por medio del Régimen Contributivo y la población más pobre a través del Régimen Subsidiado, el cual es financiado principalmente por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Los beneficiarios de este último son seleccionados a través del "Sistema de Identificación de Beneficiarios", SISBEN.

Los afiliados al sistema mediante el Régimen Subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto de la cotización. Será subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable y sus grupos familiares del país, en el área rural y urbana.

Las Direcciones Locales, Distritales o Departamentales de Salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financian con los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y otros recursos de salud que se destinen para tal efecto.

Ante el compromiso contractual que se deriva de la legalización de estos contratos y teniendo en cuenta que se encuentran incursos dineros del estado se obliga a los Entes Territoriales realizar seguimiento de los mismos mediante un proceso de



interventoría eficiente que garantice el cumplimiento del objeto definido en dichos contratos.

Mediante el presente estudio se pretende conocer qué está pasando al interior de las administraciones municipales con el proceso de interventoría de éstos contratos; para lo cual es necesario tener en cuenta las siguientes fases o etapas:

- Evaluación al proceso de interventoría a los contratos de Régimen Subsidiado en el Departamento de Caquetá. Para lo cual se tendrán en cuenta aspectos como: Información relacionada con el interventor, Identificación, Selección y Priorización de Potenciales Beneficiarios, Información relacionada con el proceso de interventoría a los Contratos de Régimen Subsidiado y flujo de recursos del mismo; entre otros.
- Resultados obtenidos de dicha evaluación
- Identificación de los principales problemas que se presentan durante la ejecución de dichos contratos.
- Generación de propuesta para el mejoramiento del proceso de las interventorías a los contratos de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado según hallazgos del presente estudio.

El documento está estructurado en ocho capítulos: el primero la Justificación en la que se plasma la importancia que tiene el realizarle un seguimiento continuo a los contratos de Régimen Subsidiado para que se cumpla a cabalidad lo pactado en las minutas contractuales y haya una correcta aplicación de los recursos públicos destinados para el aseguramiento de la población pobre y vulnerable; continua los objetivos general y específicos, donde el general es evaluar el desarrollo del proceso de la interventoría a los contratos de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado en los municipios de Departamento de Caquetá, pero para llegar a éste se han establecido unos específicos: 1) Identificar los principales problemas que se presentan durante el ejercicio de interventoría a los contratos de Régimen Subsidiado, 2) Generar propuesta para el mejoramiento de las interventorías a los contratos de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado se hallazgos del presente estudio, 3) Dar a conocer los resultados del estudio a las autoridades regionales y locales de salud y a los alcaldes municipales, con el fin que se implementen los correctivos pertinentes; el tercer capítulo Diagnóstico Situacional del Departamento de Caquetá, donde se muestra la ubicación y localización geográfica, extensión, límites, sistema hidrográfico,

sector de vías medios de transporte y de comunicación, temperatura, sector comercio, sector financiero, sector educativo, actividad económica, actividad ganadera, otros recursos naturales del Caquetá, sector salud y por último su conformación político administrativa; el cuarto capítulo marco conceptual, el cual muestra desde la organización del Sistema Nacional de Salud, en 1975 donde se logra un cierto equilibrio y definición conceptual sobre la prestación de los servicios de salud en el País. Posteriormente, la Ley 10 de 1990 le da una visión más amplia a la Seguridad Social; luego, de acuerdo a la Ley 60 de 1993 por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias y recursos y se dictan otras disposiciones, la descentralización es la principal estrategia para extender los servicios de salud a las poblaciones a través de entidades municipales, donde los recursos definidos en esta Ley crearon un marco favorable para la Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones” se pudiera consolidar. En éste se pueden de igual forma visualizar los principios de ésta Ley; el Régimen Subsidiado en Salud en Colombia con sus diferentes procesos (Identificación, Selección y Priorización, el de afiliación, contratación y flujo financiero) y la evolución histórica del Régimen Subsidiado en Salud en el Departamento de Caquetá; el quinto metodología, la cual señala que para el presente estudio se utilizó el método descriptivo, el cual se realizó sobre una muestra aleatoria correspondiente al 50% de los municipios que conforman el Departamento de Caquetá (Morelia, El Paujíl, Albania, Valparaiso, Solano, La Montañita, Cartagena del Chairá y Florencia) y menciona los instrumentos que se diseñaron para la recolección de la información; el sexto capítulo los resultados, que son los arrojados una vez aplicados los instrumentos de recolección de la información a cada uno de los interventores de los municipios objeto de estudio; el séptimo donde según resultados obtenidos se identifican los principales problemas que se presentan durante el ejercicio de la interventoría a los contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado y el octavo capítulo; contiene la propuesta para el mejoramiento de las interventorías a dichos contratos, donde según hallazgos para cada falencia detectada se proponen los correctivos necesarios.

Finalmente se generan una serie de recomendaciones las cuales de ser tenidas en cuenta mejorará el proceso de interventoría al interior de las Administraciones Municipales.

## **1. JUSTIFICACIÓN**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se basa en el principio de administración del riesgo mediante un esquema de aseguramiento.

Con relación al aseguramiento y a la prestación de servicios de salud, la competencia se fundamenta en la calidad de los servicios de salud prestados, buscando como fin la satisfacción de los usuarios.

Las Entidades Territoriales mediante la celebración de contratos de administración de recursos de Régimen Subsidiado, buscan garantizar a la población a su cargo el servicio público de salud en cumplimiento de las funciones y competencias asignadas por Ley; por tanto, a dichos contratos se les debe hacer un seguimiento continuo para que se cumpla a cabalidad lo pactado en las minutas contractuales; en consecuencia, no hacerles interventoría a tales contratos pone en riesgo el cabal cumplimiento de sus objetivos y la correcta aplicación de los recursos públicos destinados para ello. Ante la necesidad de realizar dicho seguimiento, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, expiden el 30 de junio de 1998 la Circular Externa Conjunta No.018 MS-074 SNS la cual fija los lineamientos para realizar la interventoría a los contratos de administración del Régimen Subsidiado.

La interventoría deberá realizarse sobre el cumplimiento del objeto del contrato y las obligaciones de las partes. Por esto, se deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Garantía del acceso a los servicios de salud antes de la carnetización.
2. Carnetización
3. Red Prestadora de Servicios de Salud
4. Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
5. Sistema de atención e información al usuario.

6. Póliza de Alto Costo
7. Medición de satisfacción de usuario.
8. Pagos de las Entidades Territoriales a las Entidades Administradoras de Régimen Subsidiado.
9. Pagos a la Red Prestadora de servicios de salud
10. Verificación de gasto mínimo en acciones de Promoción y Prevención.

Los anteriores puntos se convierten en la base fundamental para realizar el proceso de interventoría.

Partiendo que no existe un modelo o un esquema específico sobre el cual las Administraciones Territoriales en general puedan realizar la interventoría a los contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado, pues cada ente territorial la debe realizar utilizando los instrumentos que respondan a las necesidades particulares de la Entidad Territorial contratante, este trabajo además de conocer realmente que está pasando con este proceso, busca generar las recomendaciones pertinentes, tendientes a facilitar la operatividad del mismo.

El documento es de utilidad para todos los actores involucrados en el proceso como Entidad Territorial, Administradoras de Régimen Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Tesoreros Municipales, beneficiarios del Régimen Subsidiado, interventores de Régimen Subsidiado tanto actuales como futuros y demás actores del sistema; pues les permite visualizar cuales son sus competencias dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Subsidiado; a los funcionarios responsables del proceso de interventoría los ubica respecto a su verdadero rol; además permite identificar los parámetros a seguir según normatividad vigente para el ejercicio de la misma y les facilita a las administraciones municipales las herramientas necesarias para el desarrollo de la misma.

Las herramientas aquí sugeridas son viables de implementar; pues su diseño no genera costo alguno a las administraciones municipales, y facilitará la operatividad y un mejor control sobre el proceso.

Para el Departamento de Caquetá es una investigación valiosa puesto que existen falencias con relación al desarrollo de las interventorías de Régimen Subsidiado y

hay desconocimiento por parte de los funcionarios designados para tal fin, sobre sus verdaderas competencias y éste además; es una oportunidad para que las autoridades regionales, locales de salud y los alcaldes municipales conozcan realmente los aspectos a tener en cuenta dentro del ejercicio de la interventoría.

## **2. OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Evaluar el desarrollo del proceso de la interventoría a los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado en los municipios del departamento de caquetá.

### **ESPECIFICOS**

1. Identificar los principales problemas que se presentan durante el ejercicio de interventoría a los contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado.
2. Generar propuesta para el mejoramiento de las interventorías a los contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado según los hallazgos del presente estudio.
3. Dar a conocer los resultados del estudio a las autoridades regionales y locales de salud y a los alcaldes municipales, con el fin que se implementen los correctivos pertinentes.

### **3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CAQUETA**

**UBICACIÓN Y LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA:** El departamento está situado en el noroeste de la región de la Amazonía; localizado entre los 00° 42 17" de latitud sur y 02° 04 13" de latitud norte y los 74° 18 39" y 79° 19 35" de longitud oeste.

**EXTENSIÓN:** La superficie es de 89.530 km<sup>2</sup>; según la Ley 78 del 15 de diciembre de 1981, representa el 7.8% del área total del país, teniendo en litigio 14.500 kilómetros cuadrados desde 1977 asignados al departamento del Meta. Es la tercera jurisdicción territorial más extensa de Colombia, después de los departamentos de Amazonas y Vichada.

**LIMITES:** El Caquetá limita al Norte con los departamentos del Meta y Guaviare, al Sur con el departamento de Putumayo, al Oriente con Vaupés y Amazonas y al Occidente con Cauca y el Huila.

El sistema hidrográfico del Departamento del Caquetá es extenso y las corrientes corren en dirección noroeste – sureste al Amazonas por intermedio de los ríos Apaporis y Caquetá, además, se destacan los ríos Caguán, Orteguzza, Yarí, Camuya, Cuemaní, Mesay, Peneya, Pescado y Sinsuya.

El comportamiento de las lluvias determina tres áreas pluviométricas de noroeste a sureste; la primera, la más lluviosa, comprende la parte cordillerana, situada por debajo de los 1.500 m de altura y el piedemonte donde las lluvias son superiores a 4.000 mm anuales, alcanzando un máximo en la precipitación de 5.000 mm entre los 1.000 y 1.300 mt de altura sobre el nivel del mar; la segunda corresponde a la faja intermedia, con volúmenes comprendidos entre los 3.000 y 4.000 mm, y la tercera, la llanura amazónica con promedios inferiores a 3.000 mm. El régimen de lluvias está condicionado por la Zona de Convergencia Intertropical (ZCIT) y los vientos alisios del sureste.

Debe advertirse, sin embargo que la climatología regional se ha modificado sensiblemente en los últimos años, no siendo tan demarcadas ahora la época de lluvias y verano, producto todo de los daños ambientales, tales como la

deforestación y el fenómeno del Pacífico (El Niño), se han presentado grandes inundaciones que han afectado la capital y las zonas ribereñas.

El Departamento de Caquetá cuenta con 465.078 habitantes, de los cuales 226.263 pertenecen al área Urbana (48,65%) y 238.815 (51,35%) al área rural; (51,49%) que corresponde a 239.481 personas son de género masculino y el (48,51%), es decir 225.597 personas, al género femenino.

### **3.1 SECTOR DE VIAS, MEDIOS DE TRANSPORTE Y DE COMUNICACIÓN**

La red vial actual totaliza 1.183 km los cuales cubren un área directa de 28.000 km<sup>2</sup>, equivalente al 32% del territorio departamental. Además corresponde al sector más desarrollado en que se ha asentado el 70% de la población.

El sistema vial está constituido por un eje vial principal, correspondiente a la marginal de la selva, que atraviesa el departamento de sur a norte. De esta se desprenden tanto hacia el piedemonte de la cordillera, como hacia la parte plana una serie de carretables de penetración y de estas a su vez trochas alimentadoras hacia las veredas. Además del sistema anterior existe la carretera Florencia Guadalupe y San Vicente Neiva, vías terrestres de acceso al departamento. De la carretera marginal de la selva están pavimentados aproximadamente 200 kms, cuya capa asfáltica se extiende desde el municipio de Albania hasta el de San Vicente del Caguán.

Dentro de los carretables de penetración que salen de esta red y que tienen importancia en comunicación para el desarrollo del departamento sobresalen los siguientes: San José del Fragua – Yurayaco – Fragueta: Continuación de la marginal de la selva con una longitud de 36 kms; Morelia – Valparaiso – Solita: 81 kms; El Paujil – La Unión Peneya: 39 kms; El Paujil – Cartagena del Chairá: 70 kms; El Doncello – Rionegro: 42 kms; Montañita – Milán – San Antonio de Jetuchá: 65 kms; Puerto Rico Tres Esquinas del Caguán: 37 kms; San Vicente Los Pozos: 40 kms.

Igualmente se están construyendo una vías transversales a la cordillera que comunicarán los departamentos del Caquetá y Huila tales como: San Vicente – Balsillas – Platanillal – Neiva; Puerto Rico – Santana Ramos – Algeciras; Belén – Aletones – Acevedo.



Así mismo, se están pavimentando las vías que conducen a: Cartagena del Chairá, Valparaiso – Morelia, Paujil – Cartagena del Chairá, Albania – Curillo.

Los principales campos de aterrizaje regional: Florencia, Arandia, Tres Esquinas, San Vicente del Caguán y Araracuara. Las empresas áreas comerciales (SATENA y Aires).

Las vías fluviales del departamento (Río Caquetá, Río Orteguzza y el Río Caguán) unen las diferentes poblaciones ribereñas que están alejadas de las vías terrestres y a su vez sirven de enlace con la red carretable a través de poblaciones que operan como puertos fluviales regionales.

El servicio de radio – difusión para la comunicación masiva se realiza a través de emisoras privadas y públicas, algunas son filiales de grandes cadenas radiales como RCN, Caracol, Todelar y Radio Super.

El servicio de telefonía tanto local como de larga distancia dentro y fuera del departamento se realiza mediante una estación principal ubicada en Florencia y subestaciones en diferentes localidades.

El servicio de televisión llega a algunos Municipios la señal de las cadenas 1, 2 y Teleandina. Además se cuenta con dos canales privados TV Sur y TV cable.

La Administración Postal, opera a través de una oficina directa en Florencia y oficinas indirectas o agencias en todo el departamento; igualmente se tienen empresas privadas como Deprisa y Servientrega, entre otras.

### **3.2 TEMPERATURA**

La temperatura anual promedio es de 28° centígrados y la humedad relativa es alta con cifras cercanas al 80%.

### **3.3 SECTOR DE COMERCIO**

La economía del departamento se fundamenta en el comercio, la principal actividad privada, fábricas de gaseosas, bloqueras y machihembradoras son los

comienzos de la Industria Caquetena. También se realizan transformación de derivados cárnicos, lácteos, y del plátano; en forma rudimentaria aceite de palma (La Mono) y caucho (Maguaré)

### **3.4 SECTOR FINANCIERO**

Existe una buena estructura bancaria entre Bancos, Corporaciones de ahorro y Cooperativas, entre ellos: Banco Popular, Banco Cafetero, Banco Colombia, Banco Occidente, Banco Ganadero, Banco Agrario, Banco Cooperativo, Banco Caja Social, y Cooperativas como COASMEDAS y COOMEVA, y una Fundación Social denominada FUNDAULTRAHUILCA.

### **3.5 SECTOR EDUCATIVO**

La educación regional está dirigida tanto por el Estado como por la Iglesia. El papel de la Educación Superior ha sido sobresaliente en los últimos años en la Universidad de la Amazonía, que ofrece educación presencial en los siguientes programas: Licenciaturas en Lingüística y Educación Indígena, Matemáticas y Física, Educación Básica con Énfasis en Ciencias Sociales, Inglés, Lengua Materna y otras carreras como: Administración de Empresas, Contaduría Pública, Ingeniería de Sistemas, Derecho, Biología, Medicina Veterinaria y Zootecnia, Ingeniería Agroecológica e Ingeniería de alimentos, Tecnología en Manejo y Cultivo del Caucho, Biología con Énfasis en Biorecursos.

Otras Universidades desarrollan sus programas a distancia y en forma semi – presencial como la UNAD, Universidad del Tolima, La Corporación Unificada Nacional – CUN.

También existen en el departamento Instituciones de educación no formal como la Escuela de Ciencias de la Salud – ECSALUD y la Escuela María Auxiliadora formadoras de auxiliares de enfermería, auxiliares de odontología entre otras que se encuentran ubicadas en el municipio de Florencia.

### **3.6 ACTIVIDAD ECONÓMICA**

La economía del Departamento se basa fundamentalmente en el sector primario, en la agricultura, la ganadería y demás actividades extractivas. Estas

producciones representan algo más del 85% de las fuentes totales de los que es la producción regional. El suelo caquetense facilita el cultivo de los cuatro productos de mayor consumo; plátano, yuca, maíz y caña panelera. En el Caquetá se siembra en febrero para cosechar en agosto o en julio para cosechar en febrero.

Hasta hace poco el Caquetá contó con 30.000 hectáreas de arroz que producían más de una tonelada por hectárea, representando una de las mayores producciones nacional. El municipio de Puerto Rico, situado al norte llegó a ser considerado como la capital arrocera del sus Colombiano.

Otro renglón que recordar es la explotación del caucho, que llegó a ser el padre de la economía caquetense, como lo muestra la historia de los sucesos que dieron lugar a su fundación, colonización y desarrollo. A esta era se le conocía como el oro blanco. Hoy en día se cultiva y se explota en cuantía mínima.

### **3.7 ACTIVIDAD GANADERA**

La ganadería es después de la agricultura, la actividad que genera el mayor número de empleos en el Caquetá. Los principales grupos de ganado son: Vacunos, Equinos, Porcinos, Ovinos, Caprinos y Aves. La mayor parte de las tierras del Caquetá están dedicadas a la ganadería y se considera como la despensa ganadera de Colombia. En 1'600.000 hectáreas incorporadas a la ganadería pastan 1'145.470 cabezas de ganado vacuno.

### **3.8 OTROS RECURSOS NATURALES DEL CAQUETA**

La minería es otro recurso muy valioso que tiene el Caquetá sin explotar. Se afirma que en el territorio existen grandes minas de petróleo, asfalto, considerado por técnicos franceses que estudiaron su calidad como de mayor y superior al utilizado en Francia e Inglaterra. Entre la mejor explotada está la de pavas ubicada en el municipio de El Paujíl. Otras minas de este mineral se hallan en los Morros, Las Damas en Puerto Rico, Santuario en la Montañita, Esmeralda en Puerto Rico, Morelia y en Aletones del Municipio de Belén de los Andaquíes.

Otros recursos minerales son: el carbón mineral, fedelpasto, mármol, sal, arenas radio activas, mica, cobre, alumbre, cal, asbesto. Del petróleo se sabe que existen

grandes reservas en Florencia y los municipios de Belén de los Andaquíes, Morelia, Albania y Valparaiso.

Conviene anotar que en los momentos que la violencia azotó a la Nación, el Caquetá fue oasis de paz, donde buscaron refugio innumerables familias que encontraron allí las posibilidades para convertirse en agricultores, ganaderos, madereros y prósperos comerciantes. En el municipio de San Vicente del Caguán se realizaron los diálogos y negociaciones de paz, entre el Gobierno Nacional y las FARC-EP en el periodo 1998-2002.

### **3.9 SECTOR SALUD**

El Departamento de Caquetá no fue certificado por el Ministerio de Salud como ente territorial descentralizado. No obstante lo anterior, mediante convenio firmado con el Ministerio de Salud, a partir de 1996 asume la Unidad Administrativa de Campañas Directas y recibe 52 funcionarios y los recursos financieros para el funcionamiento de esta unidad.

Ninguno de los municipios del Departamento alcanzó la descentralización en salud aunque varios de ellos adelantaron en diferentes momentos y de acuerdo a la voluntad política de las administraciones avanzaron en el cumplimiento de algunos requisitos.

Las funciones de dirección y organización de la salud del departamento las desarrolla el Instituto Departamental de Salud del Caquetá, entidad creada mediante Decreto 1623 del 29 de diciembre de 1995, y reorganizado por la ordenanza No.11 del 17 de diciembre de 1999.

El Instituto Departamental de Salud del Caquetá, como órgano del sistema General de Seguridad Social en salud, bajo la forma de un establecimiento público del orden Departamental, adscrito a la gobernación del Caquetá, dotado de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, para ejercer y cumplir con la misión de vigilar y controlar las diferentes instituciones publicas y privadas que conforma el Sistema de Seguridad Social del Departamento, que de alguna manera inciden directamente o indirectamente en el estado de bienestar de la comunidad; con equipo humano capacitado, para garantizar la prestación de los servicios de salud, con el fin de elevar el nivel de vida, y mejorar la calidad de vida, ejerciendo el carácter de regulador, inspector y vigilante, dirigiendo la normatividad del sector e implementando las acciones básicas en salud, en promoción de la

salud y prevención de la enfermedad, coordinando y controlando las acciones de tratamiento y rehabilitación, conforme a los principios de universalidad, oportunidad, equidad, eficiencia, efectividad y de participación social, sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control que debe ejercer la Superintendencia Nacional de salud, sobre las promotoras y prestadoras de los servicios de salud de conformidad a lo establecido en las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993 y 715 de 2001.

El patrimonio del Instituto está conformado por todos los bienes que recibe de la nación, Ministerio de la Protección Social, Departamento del Caquetá o de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, más los bienes que adquiera con cargo a su presupuesto.

Los bienes que se adquieren con cargo a los recursos del Fondo Departamental de Salud, harán parte del patrimonio del Instituto Departamental de Salud del Caquetá, y tiene destinación específica para la salud, por lo tanto no deben ser utilizados para otros fines.

La planta del Instituto Departamental de Salud del Caquetá es de 114 cargos, de los cuales 60 son funcionarios que pertenecen a la nómina de Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (E.T.V)

El sector salud del departamento del Caquetá presta los siguientes niveles de atención por Municipio.

**Cuadro 1. NIVELES DE ATENCIÓN POR MUNICIPIO DEPARTAMENTO DEL CAQUETA AÑO 2005.**

Municipio	Hospitales Nivel II	Hospitales Nivel I	Centros de Salud	Puestos de Salud	
Florencia	Ma. Inmaculada ESE	Las Malvinas	Pueblo Nuevo Berlín	Maracaibo Santana las Hermosas Remolino Alto Orteguaza San Antonio de Atenas La Esperanza El Caraño	Norcasia Santa Helena El Pará San Guillermo Los Comuneros
Albania			Albania	El Dorado San Isidro	La Esperanza KM.26
Belén de los		San Roque		El Portal (La Mono)	Los Aletones

Andaquíes				Los Angeles	Puerto Torres
Cartagena del Chairá			Cartagena	Remolino del Caguán La Reforma V. Cristales	Suncillas Santo Domingo Peñas Coloradas Las Camelias
Curillo		Curillo		Puerto Valdivia	
Doncello		El Buen Samaritano		Puerto Manrique Puerto Hungría Diamante	Maguaré Berlín Peñas Negras
Paujíl		Paujíl		Versalles Galicia	Bolivia
Montañita			Montañita La Unión Peneya	Santuario El Triunfo Iglesias Parte Alta	Nuevo PUERTO Gaitán
Milán			Milán San Antonio Getuchá	Granario Remolino Bajo Orteguaza	V. El Diamante V. La Ilusión
Morelia			Morelia	V. Bolivia La Estrella	
Puerto Rico		Puerto Rico	Rionegro	La Aguililla La Esmeralda V. Brisas Perlas V. La Esperanza	Santana Ramos Lusitania V. Altasd Acacias Cimitarra La Chipa
San José del Fragua			San José	Fraguita Valdivia El Cristal	Yurayaco El Diamante
San Vicente del Caguán		San Rafael	Guacamayas Santa Rosa	Tres Esquinas Medio Quebradón Llanos del Yará Campo Hermoso Yaguará II Recreo Villa del Rio La Sombra La Samaria San Juan de Lozada	Gibraltar Troncales Rovira Guayabal Los Pozos Betania La Cristalina Alto Palermo Las Delicias
Solano		Tres Esquinas Solano		Peñas Blancas Cuemaní Diamante Puerto Tejada Mononguete	Campoalegre Huitorá Consaya El Rosal
Solita			Solita		
Valparaiso			Valparaiso	Santiago de la Selva Sincelejo	K 18 Campoalegre Playa Rica

Fuente: Instituto Departamental de Salud de Caquetá, Año 2004.

La Dirección Departamental de Salud del Caquetá coordina las actividades para la Vigilancia y el Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores en todo el Departamento. Ninguno de los municipios está descentralizado y los hospitales de las cabeceras con excepción de Florencia son I.P.S. creadas por acuerdos municipales con delegación de funciones administrativas y asistenciales, manejan sus presupuestos y recurso humano con autonomía, los Directores son nombrados por el Director del Instituto Departamental de Salud.

El Hospital María Inmaculada de Florencia ESE de II Nivel de atención, dirige administrativamente las IPS locales del primer nivel de atención de los municipios de Florencia (excepto Las Malvinas), La Montañita y Morelia. El Hospital San Roque de Belén dirige administrativamente las IPS de los municipios de Albania y San José del Fragua. El Hospital de Valparaiso administra la IPS del Municipio de Solita.

### *3.9.1. Población objeto de la red pública de hospitales*

Para la red de Hospitales Públicos del Caquetá, la población objeto es en principio la población pobre, tanto no asegurada o “Vinculada” como la asegurada en el Régimen Subsidiado, bien sea por su obligación de atender los eventos no POS-S o por la contratación con las ARS. Sin embargo; en la mayoría de los municipios la población objeto de atención de los hospitales es toda la población del municipio (Incluyendo los afiliados a los Regímenes Contributivo y Especiales) debido a que esta instituciones son las únicas que ofrecen servicios de salud en el área de influencia.

La población del contributivo se encuentra concentrada en un 75% en el municipio de Florencia, el 11% entre San Vicente y Doncello y el restante 14% en el resto de municipios. El 82% de la población objetivo de la red pública está constituida por los afiliados al Régimen Subsidiado y población cubierta con subsidios a la oferta. Es importante tener en cuenta que en la mayoría de municipios su población es predominantemente rural.

La atención a la población pobre no asegurada está financiada por el Sistema General de Participaciones Rentas Cedidas.

El Nivel I es contratado exclusivamente con la Red Pública en cada uno de los municipios del Departamento, con recursos del Sistema General de Participaciones; el Nivel II es contratado con el Hospital María Inmaculada ESE y

el Nivel III con IPS de las distintas ciudades del País, de acuerdo a los requerimientos, financiados con recursos del SGP y rentas cedidas.

El 75% de las rentas cedidas es destinada a cubrir la atención de esta población. Las acciones del Plan de Atención Básica en los municipios es contratado con Instituciones Privadas, lo que plantea la necesidad de mejorar el portafolio de servicios de las IPS Públicas para poder acceder a estos recursos.

### *3.9.2 Situación actual de la red pública*

Existe una red de IPS Públicas con una amplia cobertura, compuesta por múltiples nodos de atención, que prestan servicios en primero y segundo grado de complejidad en el 100% de los municipios del Departamento la cual está integrada por nueve (9) hospitales de baja complejidad, ocho (8) centros de salud y dieciocho (18) puestos de salud o nodos de servicios habilitados para la prestación de servicios de baja complejidad.

Los municipios en donde hay prestadores (HOSPITALES) de servicios de salud público son: Belén de los Andaquíes, Cartagena del Chairá, Curillo, Paujíl, San Vicente del Caguán, Doncello, Valparaiso, Puerto Rico y Solano.

Los municipios en donde hay prestadores de servicios de salud público y oferta privada son: Valparaiso, San Vicente del Caguán, Florencia, El Paujíl y El Doncello.

El Hospital María Inmaculada presta servicios de segundo nivel de complejidad y de salud mental. Esta institución es la única de segundo nivel de complejidad que presta algunas actividades de tercer nivel aprobadas por el Instituto Departamental de Salud de Caquetá, tales como: anestesia, cirugía general, cirugía neurológica, cirugía plástica, dolor y cuidado paliativo, dermatología, enfermería, fisioterapia, fonoaudiología, gastroenterología, ginecología, medicina general, medicina interna, neurología, nutrición y dietética, odontología, optometría, ortopedia, otorrinolaringología, pediatría, psicología, psiquiatría, terapia del lenguaje, terapia ocupacional, terapia respiratoria, urología, vacunación, atención domiciliaria, endoscopia digestiva, radiología e imágenes diagnósticas, laboratorio de citopatología, banco de sangre, laboratorio clínico, servicios farmacéuticos, transporte asistencial básico y servicio de unidad mental.



Así mismo, el Hospital María Inmaculada tiene adscritos tres centros de salud que son: CENTRO DE SALUD DE PUEBLO NUEVO, ubicado en el Municipio de Florencia, en el barrio de su mismo nombre, presta servicios de primer nivel de complejidad como Enfermería, Medicina General, Odontología, Servicio Extramural y Laboratorio Clínico en el área urbana y en el área rural cuenta con nueve (9) puestos de salud: Remolino Alto, San Guillermo, Santana las Herosas, La Esperanza, El Pará, San Antonio de Atenas, Norcacia, Santa Elena y Maracaibo, donde se prestan servicios de Promoción y Prevención.

EL CENTRO DE SALUD DE LA MONTAÑITA, ubicado en el Municipio de la Montañita, presta servicios de primer nivel como Enfermería, Medicina General, Atención Domiciliaria, Odontología, Servicio Extramural, Transporte de Pacientes, Laboratorio Clínico, Radiología e Imágenes Diagnósticas y Servicio Farmacéutico; en el área rural cuenta con un centro de salud en la Unión Peneya, el cual en estos momentos no presta servicios a la comunidad por motivos de orden público (desplazamiento forzado).

EL CENTRO DE SALUD DEL MORELIA, ubicado en el Municipio de Morelia, siendo ésta la única IPS en este Municipio, presta servicios de salud de primer nivel de complejidad: Enfermería, Medicina General, Atención Domiciliaria, Odontología, Servicio Extramural, Transporte de Pacientes, Laboratorio Clínico, Servicio Farmacéutico, en el área rural cuenta con dos puestos de salud LA ESTRELLA y BOLIVIA que prestan servicios de Promoción y Prevención.

### *3.9.3. Estado de salud de la población*

Para determinar este estado se utilizó información sobre morbilidad, mortalidad y enfermedades transmisibles correspondientes al periodo 2000 y 2004. suministrada por el Instituto Departamental de Salud del Caquetá.

#### *3.9.3.1 Morbilidad General por Consulta Externa*

Entre las primeras causas de morbilidad general en el Departamento de Caquetá se encuentra en primer lugar la Parasitosis intestinal sin otra especificación, seguida de Rinofaringitis aguda, Hipertensión Esencial no especificada, Infección urinaria sin indicación del sitio, Fiebre no especificada, Lumbago, Vaginitis aguda, Diarrea presunto origen infeccioso, Infecciones víricas sin especificación, Gastritis aguda.

Las condiciones geográficas, climatológicas, ambientales y el comportamiento cultural de la población en el Departamento, favorecen la permanencia de enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales, las enfermedades transmitidas por vectores, como la Malaria, el Dengue, el Chagas y la leishmaniasis cutánea y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH-SIDA.

#### *3.9.3.2 Morbilidad General por Egreso Hospitalario*

Las principales causas de morbilidad por egreso hospitalario se relacionan con complicaciones del embarazo, parto y puerperio; entre éstos es importante resaltar el parto único espontáneo y el parto único asistido sin otra especificación, en tercer lugar la Bronconeumonía organismo causal no especificado, seguida de la infección de vías urinarias sin indicación de sitio, Infección intestinal mal definida: Diarrea presunto origen infeccioso, al aborto no especificado sin mención de complicación, Neumonía organismo causal no especificado, Bronquiolitis aguda no especificada, Apendicitis aguda no especificada, Infección debida a salmonella no especificada, y el parto espontáneo presentación cefálica.

#### *3.9.3.3 Morbilidad por Urgencias*

Las principales causas de atención médica por consulta de urgencias durante el año 2004 fue la diarrea de presunto origen infeccioso, la infección de vías urinarias en sitio no especificado, el parto único espontáneo sin otra especificación, el lumbago no especificado, bronconeumonía organismo causal no especificado, gastritis no especificada, vaginitis aguda, fiebre no especificada, al aborto no especificado incompleto sin complicación y la bronquiolitis aguda no especificada.

#### *3.9.3.4 Mortalidad Materna y Perinatal*

En el Caquetá las causas de muerte materna han sido las mismas a través de los años Anemia, Malaria, Infección, Preeclampsia - eclampsia, síndrome Help, etc. A través de los protocolos se pueden identificar factores de riesgo que se podrían detectar si mejoramos la calidad de atención e implementación del sistema de información prenatal.

En cuanto a la atención no existen factores protectores para la gestante como son aumento en la cobertura de aseguramiento, mejoramiento de la calidad de atención y accesibilidad de los servicios de salud; sin embargo, las estrategias de complementación de parteras, la capacitación al personal de salud y la participación de la comunidad, ha permitido disminuir considerablemente tanto la mortalidad materna como la perinatal.

Otro factor clave en la salud materna y perinatal es la atención durante el puerperio. El porcentaje de atención de consultas post-parto que llegan a los servicios con respecto al número de partos atendidos es muy baja, constituyéndose este hecho en un factor de riesgo alto para la salud materna.

Muchas muertes maternas se pudieran prevenir si recibieran atención en salud adecuada durante el embarazo. El riesgo de morir en el embarazo es mayor hasta 15 veces en las mujeres que no acuden oportunamente a control del mismo. Los programas de salud materna pueden orientar a las madres para que sepan reconocer y referir a mujeres que corren alto riesgo de sufrir alguna complicación.

#### *3.9.3.5 Mortalidad General para Todas las Edades*

Las muertes violentas al igual que en todo el país ocupan el primer lugar dentro de las diez primeras causas de mortalidad general.

Las primeras causas de Mortalidad General son: las agresiones con disparo de otras armas de fuego, las no especificadas, y en lugar no especificado, el infarto agudo del miocardio, sin otra especificación, la agresión con objeto cortante, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada, la muerte sin asistencia, la insuficiencia cardiaca congestiva y el síndrome de dificultad respiratoria entre otras.

#### *3.9.3.6 Enfermedades de interés en Salud Pública*

Teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas de la población, su ubicación en zonas de difícil acceso geográfico y las condiciones ambientales, entre otros aspectos; dichas enfermedades predominantes en el Departamento de Caquetá son: Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Enfermedad de Chagas, Lepra, Tuberculosis, Infecciones de Transmisión sexual, Enfermedad Diarreica Aguda – Infección Respiratoria Aguda, Maltrato a la Mujer y al Menor.

### 3.10 CONFORMACIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA

El departamento se encuentra conformado por dieciséis (16) municipios (Florencia, ciudad capital, Albania, Belén de los Andaquíes, Cartagena del Chairá, Curillo, El Doncello, Milán, La Montañita, Morelia, El Paujil, Puerto Rico, San José de Fragua, San Vicente del Caguán, Solano, Solita y Valparaíso, 63 inspecciones de policía, numerosos caseríos y sitios poblados. De acuerdo con los criterios de clasificación de la Ley 617/2000 (por criterios de población e ingresos corrientes anuales de libre destinación), el municipio de Florencia está clasificado como de categoría tres (3) y el resto de municipios corresponden a categoría sexta (6), evidenciando municipios pocos poblados y con bajo desarrollo económico y social y las grandes desigualdades en el desarrollo del Departamento.

**Cuadro 2. CLASIFICACIÓN DE MUNICIPIOS SEGÚN LEY 617/2000  
DEPARTAMENTO CAQUETA**

MUNICIPIO	CATEGORÍA LEY 617/2000
FLORENCIA	3
ALBANIA	6
BELEN	6
CARTAGENA	6
CURILLO	6
DONCELLO	6
MILAN	6
MONAÑITA	6
MORELIA	6
EL PAUJIL	6
PUERTO RICO	6
SAN JOSE DEL FRAGUA	6
SAN VICENTE DEL CAGUAN	6
SOLANO	6
SOLITA	6
VALPARAISO	6

CENTRO URBANOS: Los municipios buscan su comunicación con la capital Florencia como polo principal de desarrollo del Departamento, San Vicente del Caguán tiene una comunicación directa con el Departamento del Huila y se le facilita llegar directamente a la ciudad de Neiva. El municipio de Solano, aún no tiene comunicación por vía terrestre, las vías de los municipios de Solita,

Valparaiso, Milán, Curillo y Cartagena del Chairá están en regulares condiciones debido a que se encuentran sin asfaltar, lo que altera en forma importante el flujo y la remisión de pacientes entre las IPS del Departamento, los demás municipios se comunican por la arteria principal que se encuentra en aceptable estado.

## **4. MARCO CONCEPTUAL**

### **4.1 GENERALIDADES DEL SGSSS**

Con la organización del Sistema Nacional de Salud, en 1975, se logró un cierto equilibrio y definición conceptual, legal e institucional sobre la prestación de los servicios de salud en el país. Después de algunas reformas que introdujeron modificaciones parciales a su funcionamiento, como las derivadas de la Ley 12 de 1986 "Por la cual se dictan normas sobre la cesión de impuestos a las ventas (IVA)" y el decreto 77 de 1987 "Por cual se expide el estatuto de descentralización en beneficio de los municipios, la Ley 10 de 1990 "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones", precipitó otros cambios conceptuales e institucionales importantes al establecer una nueva perspectiva del sistema de salud, más acorde con las características multisectoriales y de concertación propias de los modelos contemporáneos de salud. El cambio representaba también una mayor adaptación a las tendencias de reestructuración estatal y al reordenamiento territorial de las competencias y los recursos dentro de un marco de descentralización y participación social.

Un año después de la vigencia de la Ley 10 de 1990, la nueva constitución política reguló lo relativo a la salud en varios artículos: La consagró como servicio público y derecho social; reafirmó la distribución de competencias institucionales diseñada en la Ley 10 de 1990; aportó importantes definiciones en los aspectos financieros y, sobre todo, integró los conceptos de asistencia pública y seguro social, dándole una visión más amplia y novedosa a la Seguridad Social. La reglamentación de La Constitución fructificó en primera instancia en la Ley 60 de 1993 "Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones"; de acuerdo a ésta Ley, la descentralización es la principal estrategia para extender los servicios de salud gubernamentales a las poblaciones a través de las entidades municipales, que pueden de manera más eficiente planear sus acciones en salud de acuerdo a las preferencias y necesidades epidemiológicas específicas de cada comunidad. Se busca además con esa estrategia, mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud prestados, a través de la separación entre la dirección local de salud y la entidad de prestación de los servicios de salud; promover la participación comunitaria en la toma de decisiones del sector y redefinir el concepto de sistema de salud en términos de riesgo, de comportamiento y del medio ambiente que afectan el status de la salud.

Con la expedición de la Ley 60 de 1993, se concretó la distribución de competencias y recursos entre las entidades territoriales en los campos de salud y educación, entre otros, fortaleciendo los aportes fiscales para el sector; y en los departamentos que recuperan el papel planificador y de intermediación que se había debilitado. Con ésta Ley, se asumen las competencias y se trasladan los recursos para las diferentes entidades territoriales, y se pone en marcha el Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN) teniendo en cuenta los criterios de estratificación y focalización, base para la asignación de los subsidios a la demanda.

Los recursos definidos en esta Ley, y la flexibilidad en la forma de ejercer las diversas competencias por parte de las entidades territoriales, crearon a su vez un marco favorable para que la Ley 100 de 1993 "Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones", pudiera consolidarse como herramienta decisiva en la ampliación de cobertura y en la articulación del sistema contributivo con el sistema subsidiado.

#### **4.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)**

El SGSSS: Es un conjunto de instituciones, normas y procedimientos que permiten que las personas gocen de una mejor calidad de vida, mediante el cubrimiento de riesgos que ponen en peligro la salud y la capacidad económica (Libro segundo de la Ley 100 de 1993)

La creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la Ley 100 de 1993, pretende conseguir la cobertura universal en salud de la población Colombiana, bajo dos regímenes de aseguramiento: Contributivo y Subsidiado. El aseguramiento deberá garantizar la distribución equitativa de los subsidios y la accesibilidad efectiva a los servicios de salud, sobre la base de un Plan Obligatorio de Salud, progresivamente igual para todos y ofrecido en condiciones de calidad y eficiencia, enfatizando servicios básicos de prevención y promoción.

El Régimen Contributivo en Salud: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de las personas y las familias al Sistema general de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador (Artículo 202 Ley 100 de 1993)

El Régimen Subsidiado en Salud: Es el conjunto de normas que amparan el ingreso a la salud de las personas que no poseen capacidad de pago y por esta razón, son afiliadas mediante el pago total o parcial de la cotización con recursos fiscales o de solidaridad (Artículo 211 Ley 100 de 1993)

Beneficiarios del Régimen Subsidiado: Serán beneficiarios del Régimen Subsidiado toda la población pobre y vulnerable. (Artículo 213 Ley 100 de 1993)

Potenciales Beneficiarios del Régimen Subsidiado: Son potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado toda la población pobre y vulnerable, sin capacidad de pago. En consecuencia podrán recibir subsidio total o parcial, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el Acuerdo 244 de 2003)

Población pobre y vulnerable en servicios de salud, no cubiertos por subsidio a la demanda "Vinculados": Son las personas del territorio nacional que cumpliendo con las características de pobreza y vulnerabilidad no se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su atención en salud la hace el estado a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas con cargo a recursos de la oferta.

Focalización: "Proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables". En desarrollo del artículo 172 numeral 6 de la Ley 100, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, expidió el Acuerdo 23, que estableció que el mecanismo para identificar o instrumento para focalizar a la población beneficiaria del Régimen Subsidiado en Salud era la aplicación de la encuesta del SISBEN, Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales y para los municipios de categoría 5 y 6, a falta de SISBEN se podría aplicar un listado censal elaborado por el Alcalde del respectivo municipio.

Responsabilidad de las Entidades Territoriales en el manejo de la información: La aplicación, implementación, administración y calidad de la información de la encuesta del SISBEN y de los listados censales de su competencia, será responsabilidad del Alcalde del respectivo Municipio o distrito y cuando se trate de corregimientos departamentales será responsabilidad del Gobernador de acuerdo con los parámetros definidos por el Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES. Sobre ellos recae la responsabilidad de garantizar la base de datos de afiliados que contenga la información con la estructura técnica



establecida en las Resoluciones 890 y 1375 de 2002. (Artículo 9 Acuerdo 244 de 2003)

Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S): Es el paquete de servicios y o beneficios de salud, a que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud, incluye Promoción de la Salud, Prevención de la enfermedad, Atención resolutiva y Rehabilitación.

Fuentes de Financiación: La Ley 715 de 2001 unifica el Situado Fiscal y la participación territorial en los Ingresos Corrientes de la Nación en el nuevo Sistema General de Participaciones y libera las rentas cedidas que se invertían en el Régimen Subsidiado, las cuales se dedicarán en lo sucesivo en forma exclusiva a cumplir funciones de las direcciones departamentales y cubrir los subsidios a la oferta para atender a la población no cubierta con subsidios a la demanda. (vinculados)

Sistema General de Participaciones. El Sistema General de Participaciones está constituido por los recursos que la Nación transfiere por mandato de los artículos 356 y 357 de la Constitución Política a las Entidades Territoriales, para la financiación de los servicios. (Artículo 1º Ley 715 de 2001)

Giro de los recursos del Sistema General de Participaciones. El giro de los recursos del Sistema General de Participaciones para subsidios a la demanda se efectuará a los fondos municipales, distritales o departamentales de salud, en los diez (10) primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia, conforme lo señala el artículo 53 de la Ley 715 de 2001.

Subcuenta de Solidaridad del Fosyga. Es una subcuenta adscrita al Ministerio de Salud manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, tienen por objeto cofinanciar con las entidades territoriales los subsidios a la demanda de los afiliados al Régimen de seguridad social, y así garantizar la prestación de servicios contemplados en el POS-S. (Cendex, U. Javeriana)

Esta subcuenta se nutre a su vez de los recursos provenientes de un punto porcentual de cotización de solidaridad del Régimen Contributivo; un aporte del presupuesto nacional, en un porcentaje que ha sido variable desde la expedición de la Ley 100 de 1993; los recursos provenientes del impuesto a las remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de la zona de

Cusiana y Cupiegua; recursos provenientes del impuesto social a las armas; los recursos del IVA social; los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos; y los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la Nación en las empresas públicas o mixtas que el CONPES destine a este fin. (Cendex, U. Javeriana)

Giro de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga: Los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, asignados para cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado, se girarán a los fondos municipales, distritales o departamentales de salud, por trimestre anticipado dentro de los diez (10) primeros días de cada trimestre y conforme al periodo contractual. (Artículo 1º Decreto 3260 de 2004)

Fondos Locales de Salud: Las Entidades Territoriales, para la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y todos los demás recursos destinados al sector salud, deberán 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 una unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso, los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial. El manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación. (Artículo 57 Ley 715 de 2001)

La Ley 100 de 1993, fue producto de una conciliación entre dos modelos de la seguridad social en salud, el bismarckiano y el neoliberal, agregó además, una concepción descentralizada sobre la administración pública de los servicios sociales. Todo ello se reflejó en los principios que la Ley sustenta y desarrolla.

De la concepción bismarckiana clásica se heredaron los siguientes principios:

1. La integralidad
2. La universalidad
3. La obligatoriedad

4. La solidaridad y la equidad

5. La unidad

De la concepción neoliberal modernizada del Estado.

6. La libre elección

7. La eficiencia

8. La calidad

Y de la reforma descentralista de la administración del Estado.

9. La descentralización

10. La subsidiariedad, complementariedad y la concurrencia

11. La autonomía de las instituciones

12. La participación comunitaria

**LA INTEGRALIDAD:** se pretende una cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto, cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por Ley.

**LA UNIVERSALIDAD:** la universalidad es la garantía de la protección para todas las personas, sin discriminación, en toda las etapas de la vida. En salud, la cobertura universal se irá logrando progresivamente por medio de la afiliación de los habitantes a los dos regímenes contributivo y subsidiado.

**LA OBLIGATORIEDAD:** la Ley 100 de 1993 avanzó sobre el concepto de los seguros sociales obligatorios al extender la obligatoriedad en la afiliación a todos los ciudadanos, dado que el régimen preexistente sólo establecía la obligación para los asalariados, y además avanzó al establecer la afiliación con cobertura familiar como obligatoria.

**LA SOLIDARIDAD Y LA EQUIDAD:** se entiende como la práctica de la mutua ayuda de las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades, basadas en la consigna: del que más tiene al que menos tiene. Los recursos provenientes del erario público se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

**LA UNIDAD:** se refiere a la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los de la seguridad social. Esto garantiza, para el caso específico de la salud, uniformidad de criterios en materia de políticas de salud, tanto para el sector público como privado.

**LA LIBRE ELECCION:** el sistema general de seguridad social en salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

**LA EFICIENCIA:** por eficiencia habría que entender la extracción del máximo provecho a los insumos disponibles, o bien, la minimización de los insumos necesarios para la consecución de un cierto resultado en la prestación de un servicio.

**LA CALIDAD:** el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

**LA DESCENTRALIZACIÓN:** por descentralización debe entenderse la transferencia del poder del nivel central del gobierno a la periferia o a los niveles más bajos de la organización. La descentralización municipal significa el traslado a los Municipios del poder de planificar, asignar y contratar factores humanos, materiales, tecnológicos y financieros.

**LA SUBSIDIARIEDAD, LA COMPLEMENTARIEDAD Y LA CONCURRENCIA:** dado que existen Municipios de diverso grado de desarrollo técnico y administrativo se consideró que la Ley no podía imponer en forma taxativa competencias a las entidades territoriales y dejó abiertas las puertas para que los Municipios de menor desarrollo fueran apoyados por los departamentos en el

ejercicio de sus funciones, y al contrario, que los Municipios de mayor desarrollo asumieran funciones propias de los departamentos.

**LA AUTONOMIA DE LAS INSTITUCIONES:** la descentralización al interior del sector, puede ser comprendida y desarrollada a través de las siguientes tareas: dotación de personería jurídica a las unidades oferentes de servicios, cuando no la tenga, bien sea como establecimientos públicos, o como entidades de beneficio común, de tal forma que tengan autonomía administrativa para la contratación de funcionarios, compras de suministros, asignación de presupuestos y planificación de actividades.

**LA PARTICIPACION COMUNITARIA:** se garantiza la participación social, lo cual permite la intervención de la comunidad, en cuanto es beneficiaria del sistema de seguridad social, en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

Quizás lo específicamente novedoso en lo institucional en la Ley 100 en materia de salud es la aparición de las Empresas o Entidades Promotoras de Salud, como resultado del fin de los monopolios en los procesos de afiliación y de la separación entre los sistemas de financiación y provisión de servicios, éstos últimos a cargo de las IPS.

La aparición legal de las EPS, que en principio pueden ser de cualquier naturaleza jurídica, privada o pública propició que entre las Cajas de Previsión Públicas preexistentes, algunas se liquidaran definitivamente, otras se adaptaran transitoriamente y otras se convirtieran en EPS.

Las EPS cumplen dos clases de funciones a saber: La gestión de aseguramiento y protección de la salud. Algunas de estas EPS administran recursos del régimen subsidiado, cumpliendo las mismas funciones.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado ARS suscribirán con las Entidades territoriales contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado.

Toda Entidad Territorial, ya sea departamentos, distritos o Municipios, que celebre contratos para garantizar la atención en salud de la población a su cargo está obligada a ejercer interventoría sobre ellos.

En principio todo contrato donde se comprometen para su celebración y ejecución recursos públicos debe ser objeto de una interventoría por parte de las Entidades Territoriales contratantes.

Interventoría y Supervisión de Contratos: en desarrollo de las competencias en las Leyes 100/1993 y 715 de 2001, las Entidades Territoriales deberán realizar el seguimiento y control del cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo de las Administradoras de Régimen Subsidiado, según los parámetros definidos de manera conjunta entre el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud (Artículo 46 Acuerdo 244 de 2003 del CNSSS)

Para este efecto, se deberá establecer una interventoría permanente de carácter Interno o Externo que podrá ser desarrollada en el ámbito regional o municipal, debiendo elaborar como mínimo dos informes anuales y remitir el resultado a los Departamentos para su consolidación en el formato que para tal efecto establezca el Ministerio de la Protección Social.

INTERVENTORIA INTERNA. Puede ser realizada por un grupo o grupo de funcionarios de la Dirección de Salud y como responsable puede figurar quienes conforman el grupo o la dependencia orgánica de la entidad a la que se le asigne esta responsabilidad. Cuando se designe una dependencia orgánica es necesario hacer constar a la entidad contratista y en los informes periódicos que quienes actúan lo hacen en representación de la dependencia responsable de esta función.

INTERVENTORIA EXTERNA. La realiza un agente externo - persona natural o jurídica, previo proceso de selección adelantada por la entidad territorial.

La interventoría es una herramienta de mejoramiento continuo para los tres actores que participan en la relación contractual: la institución contratista a la que se le ejerce el proceso, el interventor, aún cuando sea interno, y la entidad territorial, contratante, cuyo propósito es mejorar la calidad de los servicios prestados a la población beneficiaria. Por lo tanto se requiere el compromiso de los actores, con el fin que no se le vea simplemente como un requisito formal al seguimiento de las obligaciones contractuales para imponer una sanción o multa.

El fin de la interventoría es verificar que las partes cumplan a cabalidad, con equidad y armonía, los términos y obligaciones pactadas en el contrato para

obtener servicios de salud de excelente calidad, es decir, con oportunidad, costos y especificaciones que satisfagan las necesidades de la comunidad interesada. La interventoría debe cumplir las siguientes actividades para lograr su fin: controlar, solicitar, exigir, colaborar, absolver, prevenir y verificar. La interventoría es una herramienta de gestión que le permite a la administración territorial:

- Evitar la utilización indebida de los recursos públicos por parte del contratista y en caso de que ocurra es un medio para detectarla y sancionarla.
- Hacer un seguimiento técnico mediante la aplicación de indicadores, sobre la forma como se ejecutan los contratos.
- Monitorear el desarrollo de los procesos.
- Evaluar el cumplimiento de la normatividad vigente en la ejecución del contrato.
- Tomar los correctivos y hacer los ajustes pertinentes de manera oportuna.
- Medir oportunamente los resultados.
- Tomar decisiones relativas a la relación contractual.
- Utilizar los resultados para evaluar el impacto de las acciones realizadas por el contratista sobre el comportamiento y evolución del Perfil Epidemiológico de la población cubierta por los contratos.
- Evaluar el rol de la actividad objeto de interventoría en el contexto de los planes y programas de la administración territorial.

Las funciones del interventor por su contenido son de carácter técnico y económico, de carácter legal y de carácter administrativo.

De Carácter Técnico y Económico:

Entre las funciones que le corresponde desempeñar se incluyen:

- Constatar que la aprobación de la garantía del contrato se encuentra aprobada.

- Participar en la liquidación del contrato.
- Asesorar al contratista cuando lo considere conveniente o cuando éste lo solicite en aspectos concernientes con la naturaleza del objeto contratado.

#### De Carácter Legal:

- Efectuar el seguimiento del contrato con el objeto de verificar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones acordadas entre el contratista y la entidad territorial.
- Velar porque se respeten en su integridad los derechos de las partes.
- Requerir por escrito al contratista, cuantas veces sea necesario, cuando incumpla alguna de las obligaciones contractuales.
- Informar al contratante con la debida sustentación y justificación cuando el contratista incumpla de manera persistente las obligaciones contractuales, pese a los requerimientos de que trata el punto anterior, con el propósito de que se imponga la sanción contractual correspondiente.
- Comunicar por escrito a la aseguradora sobre el incumplimiento del contratista.

#### De Carácter Administrativo:

- Conocer los procedimientos internos de la administración territorial relacionados con el manejo y trámite de los contratos, órdenes de pago y demás aspectos inherentes a sus funciones.
- Exigir al contratista informes periódicos sobre la ejecución contractual, dentro de los términos pactados en el contrato, o en cualquier momento si así lo considera conveniente.
- Certificar que el contratista ha cumplido con todas sus obligaciones en el periodo correspondiente, de acuerdo con los términos del contrato.
- Convocar al contratista a las reuniones que sean necesarias para lograr la debida ejecución del contrato y dejar constancia de ello en acta.



- Suscribir con el contratista las siguientes actas: de iniciación, de reuniones con el contratista, de liquidación del contrato y de cambio de interventor. Esta última también la suscribirá el interventor entrante.
- Informar a la administración territorial, según el caso, con la debida sustentación y soportes, la ocurrencia de hechos atribuibles al contratista que puedan causarle perjuicios.
- Elaborar informes periódicos de evaluación y/o actas de interventoría, respecto a la ejecución del contrato, así como soportar las razones de incumplimiento en que incurra el contratista para que el contratante adopte las medidas pertinentes con base en lo allí establecido.
- Rendir los informes que le sean solicitados por los organismos de control.
- Hacer seguimiento a la organización y archivo de los documentos relacionado con los contratos y la interventoría a su cargo.

### **4.3 REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD EN COLOMBIA**

El Régimen Subsidiado en Salud surgió como alternativa contundente a la necesidad de brindar oportunidades de acceso en la prestación de servicios de salud a la población colombiana que por sus características socioeconómicas, amerita especial atención del Estado.

Es necesario identificar los diferentes procesos y subprocesos que intervienen en el aseguramiento en el Régimen Subsidiado:

#### *4.3.1 Proceso de identificación, selección y priorización.*

La Identificación, Selección y Priorización de beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud es el proceso mediante el cual las personas pobres y vulnerables, en cada municipio del país, logran ser habilitadas para recibir los beneficios de los subsidios de salud.

Decir que el ciudadano queda habilitado para recibir los subsidios de salud significa que ha sido adecuadamente identificado en su condición de persona que pertenece a un hogar en condiciones de pobreza y marginalidad que le impide

proveerse los servicios de salud. Este proceso consta de los siguientes subprocesos:

- Integración y depuración de la base de datos de potenciales beneficiarios.
- Elaboración de la base de datos inicial de priorizados.
- Actualización periódica de la base de datos de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado en Salud.

#### *4.3.2 Proceso de afiliación*

Es el proceso por el cual el potencial beneficiario priorizado elige libremente la administradora del Régimen Subsidiado de su preferencia, o se traslada de ARS también libremente o de manera excepcional.

Este proceso es el que más cambios ha tenido durante la operación del Régimen Subsidiado, desde 1995. La afiliación inicialmente fue de responsabilidad y competencia de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), según el Decreto 2357 y el Acuerdo 23 del CNSSS de 1995. En este periodo hasta 1997, la afiliación se efectuaba en el hogar de las personas beneficiarias potenciales del Régimen Subsidiado, con grandes inconvenientes operativos y consecuencias difíciles y graves en las actividades de verificación y control de este proceso por parte de los entes territoriales del orden departamental y municipal.

El acuerdo 77 del CNSSS de 1997 intenta corregir esta situación y determina la responsabilidad compartida (ARS y ente territorial del orden municipal) e introduce el concepto de libre escogencia de Administradora de Régimen Subsidiado (ARS); permite que las ARS tengan la misma base de datos, pero persiste el paradigma de la afiliación "casa a casa", aunque se avanza en la obligación de informar al potencial beneficiario y en la prohibición explícita de la asignación forzosa. (Cendex, U. Javeriana)

A partir del Acuerdo 244 de 2003 emitido por el CNSSS, el proceso pasa a ser de responsabilidad y competencia del ente territorial del orden municipal, reforzado y operando la libre elección de ARS.

La afiliación de beneficiarios le permite al ciudadano acceder efectivamente a la prestación de los servicios de salud, para ello el municipio conforma las bases de datos depurada de los potenciales beneficiarios priorizados del Régimen Subsidiado. Es de anotar que se legaliza y se hace efectiva la afiliación, cuando se incorporan estas personas a un contrato con una ARS autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud para operar en el municipio. A continuación se describen los subprocesos que conforman y garantizan el proceso de afiliación.

- Selección e inscripción de administradora del Régimen Subsidiado.
- Planeación y promoción de la libre elección de ARS
- Libre elección de ARS
- Traslados de una administradora del Régimen Subsidiado a otra.
- Excepcionalidades para la afiliación.
- Conformación de las bases de datos de afiliados para la contratación.

#### *4.3.3 Proceso de contratación*

La contratación es el proceso en el que se formaliza y se da seguimiento a los compromisos y en general a la relación contractual entre el ente territorial y las ARS previa realización del proceso de afiliación.

Este proceso y/o los subprocesos que lo conforman y los cuales se describen a continuación, aplican a las contrataciones entre el ente territorial y las ARS para el aseguramiento de población previamente identificada y priorizada como beneficiaria del Régimen Subsidiado.

- Suscripción y legalización de contratos
- Manejo de novedades
- Realización de inclusiones y reemplazo
- Certificación de pagos

- Interventoría y seguimiento a contratos
- Liquidación de contratos

#### 4.3.4 *Flujo financiero*

Antes de la Ley 715 de 2001 el Régimen Subsidiado contaba para su financiamiento con fuentes que procedían del presupuesto nacional pero de propiedad de las entidades territoriales según constitución de 1991.

Con el acto legislativo 01 de 2001, se fijó una base inicial de las transferencias a los Municipios para la financiación de los servicios de salud, educación y de propósito general cedidos a las entidades territoriales de acuerdo con las competencias asignadas.

A partir del 2002, en desarrollo del acto legislativo antes señalado, entró en vigencia la Ley 715/2001 que unifica el situado fiscal y la participación territorial en los ingresos corrientes de la nación en el nuevo sistema general de participaciones y libera las rentas cedidas que intervienen en el Régimen Subsidiado.

Los recursos provenientes del FOSYGA, tienen por objeto cofinanciar con las entidades territoriales los subsidios a la demanda de los afiliados al Régimen de Seguridad Social Subsidiado y así garantizar la prestación de los servicios contemplados en el POS-S.

Se han tomado como referentes los procesos de planificación, presupuestación y evaluación municipales enmarcados en las Leyes del presupuesto nacional, de la administración municipal y los fondos locales de salud. Subprocesos del flujo financiero del Régimen Subsidiado:

- Administración del fondo local de salud.
- Planeación de la gestión financiera.
- Administración del presupuesto municipal de ingresos, su concertación, discusión, modificación y ejecución de los recursos destinados a salud.
- Administración del presupuesto municipal de gastos.

- Administración de la tesorería.
- Rendición de subcuentas y evaluación.

#### **4.4 REGIMEN SUBSIDADO EN SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL CAQUETA**

##### *4.4.1 Evolución Histórica*

En el departamento del Caquetá se dió comienzo a la implementación del régimen Subsidiado en Salud a principios de 1995 con los nuevos Alcaldes elegidos por voto popular, quienes reciben una serie de documentos y capacitación por el entonces Servicio Seccional de Salud del Caquetá. Esta información también se hizo extensiva al propio Sector Salud, a otros sectores como la Educación, Veedurías, Juntas de Acción Comunal, Concejales, Diputados y Población en General.

Planeación Nacional ubicaba a Florencia como municipio categoría 2 y a Puerto Rico como municipio categoría 4, lo cual los obligaba a la aplicación del SISBEN como instrumento focalizador, mientras que los restantes Municipios clasificados unos como categoría 5 y otros 6, les permitía el empleo del Listado Censal para focalizar la población.

Contando con la voluntad política del Alcalde del municipio de Belén, se suscribe el primer convenio de administración de recursos del Régimen Subsidiado en Salud entre éste municipio y el entonces Servicio Seccional de Salud del Caquetá en el mes de julio de 1995, el cual cubre a 1.500 personas. Se continúa con una extensa e intensiva campaña de motivación, persuasión y convencimiento por parte del equipo del Servicio de Salud hacia las administraciones Municipales, la cual da sus frutos.

Finalmente en septiembre de 1995 firman contratos de aseguramiento al Régimen Subsidiado los Alcaldes de Valparaíso (1.358 asegurados), San Vicente (1.247), Curillo (387) y Montañita (857). Durante el mes de octubre El Doncello (1.500 beneficiarios), Albania (2.800), San José (174) y Cartagena del Chairá (258). En noviembre entran El Paujil (500), Puerto Rico (2.500) y Solano (500) en diciembre firman Morelia (200), Milán (160) y por último el entonces mandatario de la capital Florencia accede a firmar el decimoquinto convenio que ampara a 1.375 personas,

para un total de 15.316 afiliados en el Departamento Caquetá, durante el año de 1995.

La resultante de una baja cobertura en el número de beneficiarios con los subsidios en salud durante 1995 en el Caquetá, se debió al desconocimiento y a la falta de voluntad política de las administraciones, y ésta a su vez conllevó al no respeto de los recursos destinados para tal fin, el desconocimiento por parte de los mismos órganos de control locales, territoriales y Nacionales de la Ley 100 de 1993. En el nivel local no le interesaba a las administraciones enterar a su comunidad sobre ésta Ley, pues era una manera de perder poder político, cuando la gente supiera que no era el Alcalde quien entregaba el carné a sus amigos necesitados o no, sino que era el Estado por medio del burgomaestre quien debía comprar con dineros públicos, pólizas de aseguramiento en salud y que era la aseguradora elegida por cada beneficiario la que le entregaba un carné y le garantizaba el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

Cuando se dió inicio al año de 1996, a principios de éste año el Instituto Departamental de Salud del Caquetá, fue declarado por decisión Ministerial como Empresa Promotora de Salud Pública Transitoria, situación que no despejó del panorama, el sentimiento de despojo y pérdida de poder por parte de algunas alcaldías.

Los contratos tripartitos de aseguramiento se suscriben desde el 1 de julio de 1996 al 31 de marzo de 1997 lo cual contribuye a generar confusión en el sistema y principalmente en las alcaldías, pues una es la vigencia cronológica del contrato y otra la vigencia fiscal que lo ampara; además son los Alcaldes y no los beneficiarios quienes deciden con cual ARS contratar. Por su parte es la Aseguradora y no la Alcaldía, la dueña de la información.

Otra situación que se vivió consiste en la del cambio del carné de la persona que estaba afiliada a la EPS pública transitoria, la cual no recibe el carné de la ARS que contrató con la alcaldía, quedando de esta manera desprotegida al ser reemplazada por otra. Al no disponer de cupos para aseguramiento, el Alcalde o el administrador del SISBEN, comienzan a emitir certificaciones del nivel socioeconómico a la población sin constatar ni la residencia, ni las condiciones de vida de las personas, para que con esta “certificación del SISBEN” sea atendida por le red pública a costa de su situado fiscal. Al no existir una base de datos consistente, aparecen personas doblemente carnetizadas en el mismo u otros Municipios. Lo anterior se agrava con la constante migración de la población, la cual en gran número no tiene documento de identificación, como tampoco está dispuesta a dar la información necesaria.

A partir del 01 de abril de 1997 se legaliza el nuevo periodo de aseguramiento y así sucesivamente con una vigencia de un año hasta el año 2002, cuando en atención a lo normado por la Ley 715 de 2001 se establece como competencia de los Municipios la celebración de contratos para el aseguramiento de la población pobre y vulnerable, firmándose contratos el 1ero. de abril de 2002.

Sin duda alguna a medida que transcurre el tiempo, los alcaldes municipales han venido empapándose aún más del contenido de la Ley 100 de 1993, convenciéndose que los recursos de Régimen Subsidiado no se pueden desviar por la destinación específica que éstos poseen (Afiliación de las personas pobres y vulnerables de su municipio al Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud); Por otro lado, respetan el principio de libre elección de ARS que tienen los beneficiarios del Régimen Subsidiado, entre las que operan en su localidad.

Los Municipios a través de su coordinador de SISBEN han venido realizando un arduo trabajo con relación a la depuración de la Base de Datos de Afiliados al Régimen Subsidiado, lo que ha conllevado a identificar realmente a su población, pues muchos de los afiliados se le adjudicaban número de cédula que no correspondían a información real, el hecho era figurar nombre y un número de cédula que le permitiera a la ARS recibir UPC-S por esos beneficiarios. Por otro lado, se ha venido subsanado el problema de las multifiliaciones, claro está todo esto se ha logrado con el decidido apoyo del Instituto Departamental Salud del Caquetá, como organismo de Vigilancia y Control al Régimen Subsidiado, quien como organismo de Dirección de Salud en el Departamento ha liderado los diferentes procesos en cuanto al aseguramiento de la población al Régimen Subsidiado y quien ante la deficiente capacidad tecnológica de la mayoría de los Municipios del departamento, en una oportunidad asignó en comodato a las entidades territoriales un computador para manejar la información.

Por otro lado; ésta Institución contrató con una empresa de la ciudad de Cali, un software con el cual era posible detectar inconsistencias en las bases de datos de afiliados en cuanto a forma, es decir con relación a las variables y parámetros exigidos por la normatividad vigente y por ende cruzar la información en tal sentido para que se detectaran las multifiliaciones en el sistema.

Este trabajo no ha sido nada fácil, pero se ha logrado involucrar a los diferentes actores que participan en el sistema, se ha tenido apoyo por parte de la Red de Controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud constituida hacía el año 1998 en el Departamento por el Instituto Departamental de Salud del Caquetá, la cual quedó conformada por las Contralorías General y Departamental, Procuraduría Departamental, Personería Municipal y la decidida intervención de la

comunidad a través de los diferentes espacios de participación comunitaria existentes en el Departamento.

#### *4.4.2 Cobertura Poblacional*

Las cifras del Instituto Departamental de Salud del Caquetá muestran que durante 1995 se aseguraron a 15.316 personas de un potencial acorde con los recursos disponibles de 27.259 beneficiarios. Se dejaron entonces de asegurar a 11.943 personas, debido a que las Alcaldías no respetaron los dineros como consta y certifica la Contraloría Departamental. Se aprecia que de \$1.771.863.750 destinados para el Régimen Subsidiado en Salud durante el año de 1995, se firmaron contratos por tan solo \$608.612.489 equivalente al 34%.

En el primer semestre de 1996 la EPS Transitoria Pública logró afiliar a 19.311 personas en todos los Municipios del Departamento de Caquetá, exceptuando a su capital Florencia ante la renuencia de su Alcalde, por lo cual no accedió al Fosyga. Los demás Municipios lo hicieron afortunadamente y gracias al cambio de la Presidencia de la asociación de alcaldes del Caquetá, que pasó del municipio de Florencia al municipio de Belén de los Andaquíes, liderado por el Alcalde quien le dió la importancia al Régimen Subsidiado en Salud en el Departamento, con el consiguiente acatamiento y respeto de las demás administraciones locales por los recursos destinados para el aseguramiento de la población.

A partir del segundo semestre de 1996, se transfieren los 19.311 afiliados de la EPS pública transitoria, a las ARS entrantes CAPRECOM EPS, COMFACA, ESSAC y UNIMEC EPS. La cobertura se amplía con el ingreso del Municipio de Florencia con 12.309 asegurados al Régimen Subsidiado y dichas ampliaciones se financian con los recursos no solamente de los quince (15) puntos de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN), sino con los del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y Cajas de Compensación Familiar (CCF), llegando a incluir a 59.809 beneficiarios en todo el Departamento del Caquetá. (Instituto Departamental de Salud. 1996)

A 31 de diciembre de 1996 encabeza la capital del Departamento de Caquetá Florencia, con 12.309 afiliados equivalente a un (20.58%), seguida por Puerto Rico con 6.449 asegurados (10.78%), San Vicente del Caguán con 5.545 (9.27%), Montañita con 4.010 (6.70%), Belén con 3.571 (5.97%), Valparaiso con 3.417 (5.71%), Curillo con 3.289 (5.50%), Solano con 3.198 (5.35%), Albania con 2.984 (4.99%), El Doncello con 2.800 beneficiarios (4.69%), El Paujíl con 2.604 (4.35%),



Cartagena del Chairá con 2.579 (4.31%), Milán 2.480 (4.15%), San José del Fragua con 2.312 (3.87%) y Morelia con 2.262 (3.78%). Para el año 1997 el Departamento de Caquetá tubo el mismo número de afiliados del año 1996.

Para los años 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 y 2005 debido a las ampliaciones de cobertura en el departamento de Caquetá, el comportamiento de los afiliados al Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud, es el siguiente:

**Cuadro 3. POBLACION TOTAL AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO POR MUNICIPIO 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 y 2005**

Municipio	Vigencia							
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Florencia	14.322	22.140	22.272	26.313	27.948	29.039	35.250	35.250
Albania	3.984	4.524	4.524	5.172	5.248	5.337	5.667	5.667
Belén	4.571	4.911	4.911	5.345	5.375	5.407	5.731	5.731
Cartagena	5.858	8.689	8.689	11.616	11.772	11.961	16.078	16.078
Curillo	4.689	5.429	5.429	5.651	5.731	5.824	6.825	6.825
Doncello	4.200	5.461	5.461	6.574	6.712	6.869	7.426	7.426
El Paujíl	4.004	5.265	5.265	5.572	5.678	5.798	6.186	6.186
Montañita	5.304	7.802	7.802	8.306	8.490	8.708	10.312	10.312
Milán	3.729	6.408	6.408	7.308	7.428	7.569	8.784	8.784
Morelia	3.262	3.602	3.602	3.634	3.640	3.648	3.888	3.888
Puerto Rico	7.849	11.102	11.102	11.756	11.909	12.167	14.502	14.502
San José	3.712	4.955	4.955	5.683	5.767	5.863	6.271	6.271
San Vicente	9.314	14.500	14.500	17.940	18.188	18.483	24.666	24.666
Solano	4.598	5.138	5.138	5.736	5.787	5.849	6.450	6.450
Solita	4.006	3.290	3.290	3.548	3.608	3.679	4.071	4.071
Valparaiso	4.517	5.962	5.962	6.860	6.993	7.146	8.178	8.178
<b>Total</b>	<b>87.919</b>	<b>119.178</b>	<b>119.310</b>	<b>137.014</b>	<b>140.274</b>	<b>143.347</b>	<b>170.285</b>	<b>170.285</b>

Como se visualiza en el cuadro anterior en el 2005 en el Departamento del Caquetá hay 170.285 personas afiliadas al Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud. Operando actualmente las ARS CAPRECOM, ASMET SALUD, HUMANA VIVIR, CAJASALUD, y SALUDVIDA. En liquidación las ARS SALUD BOLIVAR, SALUDCOOP, UNIMEC y COMCAJA Programa Régimen Subsidiado ante revocatoria de autorización de funcionamiento para Administrar recursos del Régimen Subsidiado, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

A continuación se muestra el peso porcentual dependiendo del número de asegurados al Régimen Subsidiado por municipio y por ARS.

**Cuadro 4 AFILIADOS REGIMEN SUBSIDIADO MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE CAQUETA AÑO 2005**

<b>Municipio</b>	<b>No. afiliados</b>	<b>Porcentaje</b>
Florencia	35.250	20,70%
Albania	5.667	3,33%
Belén	5.731	3,37%
Cartagena del Chairá	16.078	9,44%
Curillo	6.825	4,01%
El Doncello	7.426	4,36%
El Paují	6.186	3,63%
Montañita	10.312	6,06%
Milán	8.784	5,16%
Morelia	3.888	2,28%
Puerto Rico	14.502	8,52%
San José	6.271	3,68%
San Vicente	24.666	14,48%
Solano	6.450	3,79%
Solita	4.071	2,39%
Valparaiso	8.178	4,80%
<b>Total</b>	<b>170.285</b>	<b>100,00%</b>

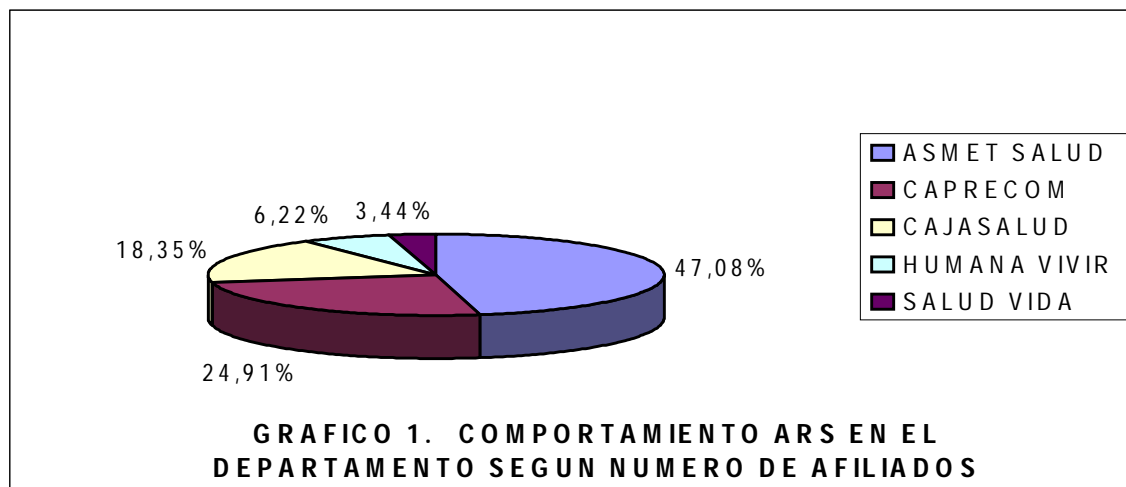
Fuente: Instituto Departamental de Salud de Caquetá.

De los (16) Municipios, cuatro (4) Florencia, San Vicente, Cartagena del Chairá y Puerto Rico son los que obtienen la mayor cobertura, equivalente a un 53.14% y el 46.86% corresponde a los doce (12) Municipios restantes. Lo anterior debido a que Florencia, San Vicente y Cartagena del Chairá son los municipios del Departamento con mayor número de habitantes.

El comportamiento de afiliados por ARS en el Departamento es el siguiente:

Cuadro 5. AFILIADOS POR ARS DEPARTAMENTO DE CAQUETA, AÑO 2005

ARS	No. Afiliados	Porcentaje
ASMET SALUD	80.170	47,08%
CAPRECOM	42.424	24,91%
CAJASALUD	31.241	18,35%
HUMANA VIVIR	10.594	6,22%
SALUD VIDA	5.856	3,44%
<b>Total</b>	<b>170.285</b>	<b>100,00%</b>



La responsabilidad de éstas Aseguradoras es garantizar el POS-S a sus afiliados (Acuerdo 72 y 74 del CNSSS) a través de una Red prestadora propia o contratada que ofrezca los diferentes niveles de complejidad.

Vale la pena resaltar que el mayor número de afiliados los tiene ASMET SALUD que es una Empresa Solidaria de Salud, seguida de CAPRECOM que es una EPS Pública y CAJASALUD que es una Caja de Compensación Familiar, estaríamos hablando que un 90.34% personas estarían afiliadas por estas tres aseguradoras, y que el 9.66% restante pertenecerían a HUMANA VIVIR y SALUD VIDA que son ARS Privadas.

#### *4.4.3 Mecanismos de Focalización*

Con respecto al mecanismo de identificación utilizado por las Alcaldías para focalizar a la población beneficiaria de los subsidios en salud se encontró que la dependencia la Misión Social del Departamento Nacional de Planeación fue el ente que desarrolló la asesoría e implementación del SISBEN en el Caquetá.

Planeación del departamento no asumió su papel asesor direccionador y de liderazgo en el desarrollo del SISBEN como instrumento para planear y tomar decisiones. El Instituto Departamental de Salud ante la falencia anotada y entendiendo la importancia del censo, tomó interés en ello por lo cual las autoridades y comunidad en general llegaron a confundir SISBEN con Salud, desconociendo el impacto que tiene en los demás sectores y programas como Educación, Vivienda, Red de Solidaridad, Empleo, Saneamiento, Servicios Públicos, Recreación, etc.

Debido a que la Ley obligaba únicamente a los Municipios categoría 2 y 4 (Florencia y Puerto Rico) a aplicar el SISBEN como instrumento para focalizar, los Alcaldes de los demás municipios utilizaron el listado censal, con lo cual no se dió mucha objetividad a la escogencia realizada en ese período; resultando difícil constatar que el aseguramiento fuera mediante la modalidad de núcleo familiar. Cuando se quiso constatar la información de beneficiarios por cada Alcaldía, el representante legal de estas nos remitió a las Administradoras de Régimen Subsidiado.

En el sector de las Administradoras del Régimen Subsidiado en Salud (ARS) hacía los años 1995 y 1996 se encontraron listados de beneficiarios que no tenían en general ni nombres ni apellidos completos, ni documento de identificación, ni sitio de domicilio, ni nivel socioeconómico, etc. Se pudo detectar que ante el desorden en la administración municipal fueron las ARS quienes asumieron el manejo de los listados, en vista de que el Instituto Departamental de Salud comenzó a autorizar los pagos sobre el número de carnés realmente entregados por éstas administradoras; sin embargo, los datos contenidos por éstas, tampoco permitieron hacer los cruces de información.

En el Instituto Departamental de Salud se encontraron listados de afiliados con las características anotadas en el párrafo anterior en las ARS, con lo cual se hace materialmente imposible hacer el cruce de información para ejercer validación, actualización, depuración, inspección, vigilancia y control de la información y del sistema, más aún cuando los listados están en papel y en ocasiones a mano.

Con todas las dificultades anotadas se lograron revisar selectivamente algunos listados, encontrando doble y hasta triple afiliación no solamente en diferentes aseguradoras y localidades, sino incluso en la misma aseguradora y el mismo municipio. También se encontraron personas afiliadas al contributivo y otras evasoras de este régimen como contratistas de los Municipios, y otras con capacidad de pago como ganaderos, concejales, independientes, etc. Se detectó también que no todos los cupos de los contratos de afiliación estaban llenos, pues la mayoría de Alcaldes en complicidad con las aseguradoras había optado por ir afiliando a las personas que se acercaban a pedir un carné en vista de su estado de salud y no pocas ocasiones expedían certificados de nivel de pobreza (sin haber aplicado el SISBEN) para que la red pública atendiera con cargo a la oferta a personas con capacidad de pago comprobada. De igual manera se encontró que algunos Alcaldes mediante notas dirigidas a las ARS ordenaban el cambio del afiliado que venía por otro que comenzaba su aseguramiento, contribuyendo al incumplimiento de la Ley y de la modalidad de afiliación por núcleo familiar.

Ni qué decir con respecto a la libre elección, pues el beneficiario venía creyendo que el favor que le hacía el Alcalde consistía además en afiliarlo obligatoriamente a la aseguradora con la cual tenía contrato la Alcaldía y esta generalmente contrataba con la administradora que diera empleo a familiares o amigos del burgomaestre. El fenómeno se vio y se dió en el Caquetá inicialmente con CAPRECOM, luego con UNIMEC, COMCAJA y SALUDCOOP, etc.

Posteriormente en el Caquetá por intermedio del Instituto Departamental de Salud son autorizadas mediante resoluciones No.2602 del 05 de septiembre de 1996 la Empresa Solidaria de Salud del Caquetá (ESSAC), No.1161 del 08 de mayo de 1996 la ARS SALUD BOLIVAR, No.00648 del 30 de marzo de 2001 la ARS HUMANA VIVIR y No.02755 del 15 de octubre de 2002 la ARS SALUDVIDA, previa revisión de documentos exigidos por Ley para entrar a operar en el Departamento de Caquetá y administrar recursos del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud.

De igual forma, el Instituto Departamental de Salud del Caquetá adopta mecanismos de control sobre la Identificación, Selección y Priorización de población, lo que lleva a que sobre el año 2000 se empiece a obtener bases de datos de afiliados más consistentes, destacándose el Departamento de Caquetá sobre el año 2003 y 2004 como uno de los departamentos con mayor número de afiliados avalados por la Fiduciaria FISALUD (90%)

#### 4.4.4 *Interventoría de Contratos*

Esta función desde que empezó el Régimen Subsidiado en el Departamento fue asumida por el Instituto Departamental de Salud, el cual implementó como estrategia el PLAN PADRINO cuyo objetivo era realizar asistencia técnica a los municipios, la mencionada estrategia consistía en asignar a uno o dos profesionales de esa institución dependiendo del número de afiliados de cada municipio, los cuales se desplazaban hacia los mismos a asesorarlos y a revisar toda la documentación que soportaba los contratos de aseguramiento al Régimen Subsidiado (Pólizas, Contratos de Prestación de Servicios, Contratos P y P, etc). Los funcionarios designados para tal fin, como producto de dichas visitas debían elaborar y presentar un informe trimestral al subdirector de Seguridad Social de dicha institución para que con base a hallazgos, sugerir los correctivos del caso.

Los criterios utilizados o parámetros trazados para ser tenidos en cuenta en el ejercicio de la interventoría obedecían y continúan obedeciendo a lo contemplado en la Circular Externa Conjunta No.018 MS-074 SNS de 1998, la cual imparte instrucciones sobre Interventoría de contratos de Régimen Subsidiado.

Los puntos críticos detectados correspondían a:

- Garantía del acceso a los servicios de salud de los afiliados antes de la carnetización.
- Pagos de los Municipios a las ARS
- Verificación de los gastos mínimos en acciones de promoción y prevención.
- Pagos de las ARS a las IPS

Además el seguimiento y control a las interventorías de contratos se vio afectado por:

- Falta de claridad en la información en los representantes de las ARS en los Municipios.
- Los Municipios no asumieron el suficiente compromiso con el SGSSS.

- Orden público del departamento que limitaba el desplazamiento de funcionarios.

Ante tales situaciones la Dirección Departamental de Salud adelantó medidas correctivas utilizando para ello:

- Fortalecimiento de la estrategia Plan Padrino.
- Reuniones de concertación con actas de compromiso Departamento, Municipio, ARS-IPS.
- Seguimiento a estado de cartera de Municipios.
- Requerimientos de pagos bimestrales a ARS; pagos a IPS.
- Informe de interventoría al Ministerio de Salud.
- Compromiso de IPS-ARS en el flujo de información de promoción y prevención.
- Visitas de asesoría a ARS.
- Seguimiento a contratación.

Posteriormente la interventoría a los contratos de Régimen Subsidiado es asumida por funcionaria designada por la Subdirección de Seguridad Social para tal fin, la cual realizaba desplazamientos a los Municipios para conocer su operatividad, generando también informes y remitiéndolos al Ministerio de Salud.

Con la aparición de la Ley 715 de 2001 donde entre las competencias de los Municipios está la de Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías, las Entidades territoriales realizan la interventoría con funcionarios del mismo Ente (Interventoría Interna) ó la contratan (Interventoría Externa). El Instituto Departamental de Salud ejerce vigilancia y control sobre éste proceso; para ello se desplaza un funcionario de la Subdirección de Seguridad Social a los diferentes municipios del Departamento y se entrevista con los interventores de Régimen Subsidiado para conocer de cerca cómo se está manejando dicho proceso.

#### *4.4.5 Liquidación de Contratos*

Este proceso se dio en el Departamento de Caquetá cuando se expide la Circular 009 del 9 de marzo de 1999, la cual imparte instrucciones en relación con el procedimiento que deben adelantar tanto las Entidades Territoriales, como las Administradoras de Régimen Subsidiado para efectuar la liquidación de los contratos de Régimen Subsidiado, donde obliga a liquidar también contratos de periodos anteriores.

Dicho procedimiento lo lideró directamente el Instituto Departamental de Salud donde conjuntamente con los Entes Territoriales Municipales y las ARS se liquidaron los contratos de aseguramiento que habían sido suscritos en forma tripartita; esto se realizó hasta los contratos de Régimen Subsidiado con fecha de vencimiento a 31 de marzo de 2002 teniendo en cuenta los lineamientos contemplados en la Circular Externa Conjunta No.018 MS-074 SNS de 1998, y dentro de los términos de tiempo otorgados por la Ley 80 de 1993.

A partir del 01 de abril de 2002, los contratos de Régimen Subsidiado se suscriben en forma bipartita (Municipios - ARS) para lo cual las partes una vez vencido el periodo contractual, vienen adelantando las respectivas liquidaciones.



## **5. METODOLOGIA**

Para el desarrollo del presente estudio se utilizó el método descriptivo, la selección de la muestra fue aleatoria, del universo constituido por el total de los municipios del Departamento de Caquetá, la muestra del 50% de ellos.

El periodo de contratación tomado como referencia para la recolección de la información corresponde al que inició el 01 de abril de 2004 y finalizó el 31 de marzo de 2005. Toda la información que se manejó para dicha evaluación se hizo con fecha de corte 30 de noviembre de 2004, pues para esta fecha se habían visitado el equivalente al 62.50% de los municipios.

Para la recolección de la información se utilizó cuestionario diseñado por la investigadora, el cual fue probado mediante la aplicación a una muestra piloto para realizar ajustes; una vez probado fue aplicado a los interventores del Régimen Subsidiado de los municipios seleccionados como muestra, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Circular Externa Conjunta No.018 MS-074 SNS de 1998 como: Garantía del acceso a los servicios de salud antes de la carnetización, Carnetización, Red Prestadora de Servicios de Salud, Sistema de Referencia y Contrarreferencia, Sistema de Atención e Información al Usuario, Póliza Alto Costo, Medición de la Satisfacción del Usuario, Pagos de las Entidades Territoriales a las Entidades Administradoras de Régimen Subsidiado, Pagos a la Red Prestadora de Servicios de Salud, Verificación acciones de Promoción y Prevención.

Además, se tuvo en cuenta otros aspectos que el interventor de Régimen Subsidiado debe conocer dentro del ejercicio de sus funciones (ver anexo 1).

Para la evaluación se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

### **5.1. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL INTERVENTOR**

Respecto a esta información se tuvo en cuenta la modalidad de la interventoría, Formación académica del interventor, Experiencia de dicho funcionario en Régimen Subsidiado y Tiempo de vinculación al Municipio.

## **5.2. IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE POTENCIALES BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.**

Con relación a éste proceso se tuvo en cuenta: Instrumento diferente a la encuesta del SISBEN para identificación de beneficiarios, Actualización de los listados de priorizados, Verificación por las Instituciones de Participación Comunitaria de la condición de beneficiarios de las personas afiliadas al Régimen Subsidiado, Sugerencia por parte de las Administraciones Municipales de mecanismo para que la población que asista a un proceso de libre escogencia acceda a carné de Régimen Subsidiado.

## **5.3. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL PROCESO DE INTERVENTORÍA A LOS CONTRATOS DE RÉGIMEN SUBSIDIADO**

Referente a ésta información: Pólizas de Garantía y Cumplimiento, Pólizas de Alto Costo, Carnetización, Contratos de prestación de servicios de salud, Red contratada que cubre todos los servicios contemplados en el POS-S, Sistema de referencia y contrarreferencia, Libre elección de prestador de servicios de salud, Perfil epidemiológico del Municipio, Matrices de P y P a cargo de las ARS, Matrices de P y P a cargo de los Municipios, Seguimiento por el Municipio a procesos de contratación de actividades de P y P a cargo de las Administradoras de Régimen Subsidiado, Análisis al porcentaje de cumplimiento de metas de P y P de las actividades a cargo de la ARS, Análisis al porcentaje de cumplimiento de metas de P y P de las actividades a cargo del Municipio, Planes de mejoramiento para el fortalecimiento del cumplimiento de metas de las actividades a cargo de la ARS, Planes de mejoramiento para el fortalecimiento del cumplimiento de metas de las actividades a cargo del Municipio, Porcentaje de P y P que están invirtiendo las ARS en P y P, Promulgación por el Municipio de derechos y deberes de los afiliados, Promulgación por la ARS de derechos y deberes de los afiliados, Sistema de atención e información al usuario, Evaluación por parte de la Administración Municipal de la satisfacción del usuario con las IPS de la Red de Servicios, Implementación por el Municipio de sistema de quejas y reclamos, Informe de Interventoría.

## **5.4 FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO**

Respecto a éste proceso se tuvo en cuenta: Tipo de cuenta donde se recaudan los recursos del Régimen Subsidiado en las Entidades Territoriales, SGP transferido oportunamente, FOSYGA transferido oportunamente, Pago oportuno Alcaldía – ARS, Pago oportuno ARS – IPS, Solicitud trimestral por el Ente Territorial

Municipal a la ARS sobre estado de cartera con las IPS Públicas y Privadas del Departamento, Liquidación de contratos de Régimen Subsidiado, Proceso de Saneamiento de Deudas de Régimen Subsidiado Municipio- ARS.

Para la consolidación de la información igualmente se elaboró un instrumento (Ver anexos 2, 3 y 4)

Las fuentes de información que permitieron su recolección: Instituto Departamental de Salud del Caquetá, Alcaldías Municipales del Departamento, Interventores de cada municipio, Oficinas municipales de las ARS, IPS de la Red, Afiliados al Régimen Subsidiado

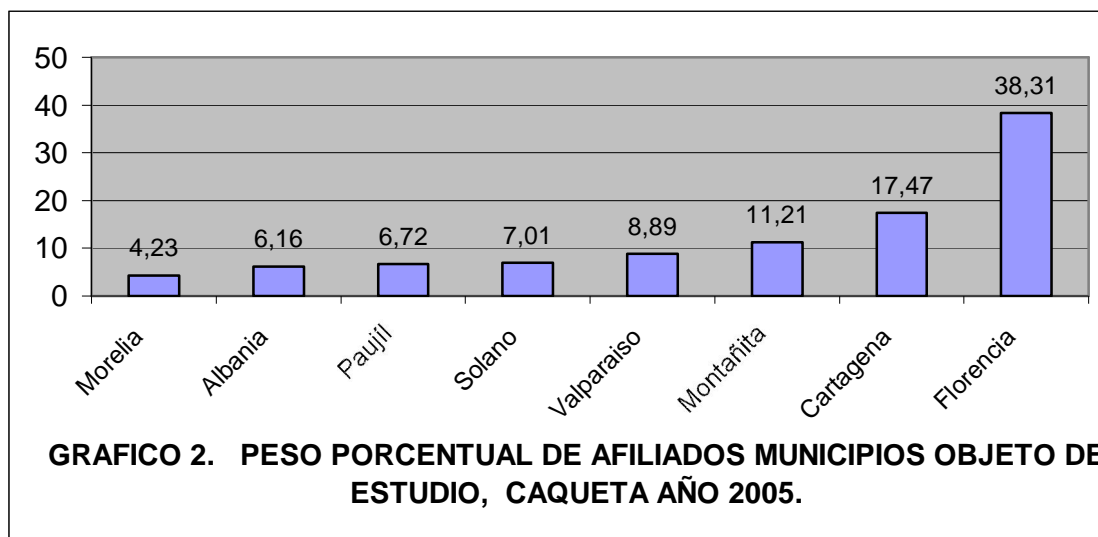
## 6. RESULTADOS

De los municipios seleccionados aleatoriamente quedaron los Municipios de Morelia, El Paujil, Albania, Valparaiso, Solano, La Montañita, Cartagena del Chairá y Florencia. Estos Municipios tienen la siguiente población afiliada al Régimen Subsidiado:

**Cuadro 6. POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO MUNICIPIOS OBJETO DE ESTUDIO. CAQUETA AÑO 2005.**

Municipio	Población total Municipios	%	Población afiliada Municipios objeto	%
Morelia	5.621	2.04	3.888	4.23
El Paujil	17.356	6.30	6.186	6.72
Albania	13.912	5.04	5.667	6.16
Valparaiso	20.716	7.51	8.178	8.89
Solano	12.931	4.70	6.450	7.01
La Montañita	27.523	10	10.312	11.21
Cartagena	30.450	11.05	16.078	17.47
Florencia	146.987	53.36	35.250	38.31
<b>Total</b>	<b>275.496</b>	<b>100.00</b>	<b>92.009</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Instituto Departamental de Salud de Caquetá



A continuación se muestra el resultado arrojado por cada uno de los puntos contemplados para la evaluación:

## **6.1 EVALUACIÓN POR MUNICIPIO RELACIONADA CON EL INTERVENTOR DE RÉGIMEN SUBSIDIADO. (VER ANEXO 2)**

### *6.1.1 Modalidad de Interventoría*

Con relación a los ocho (8) Municipios objeto de estudio, Morelia, El Paujíl, Albania, Valparaiso, Solano y Cartagena del Chairá tienen contratada la interventoría con personal externo, La Montañita y Florencia la realizan con sus propios funcionarios (Interna).

### *6.1.2 Formación académica del Interventor*

El 50% de los interventores que corresponde a los Municipios de Morelia, Paujíl, Solano y Florencia tienen formación académica profesional (Contador Público, Administradora Pública, Contador Público y Especialista en Gerencia de Servicios de Salud) respectivamente y el otro 50% que corresponde a Albania, Valparaiso, La Montañita y Cartagena no, son bachilleres.

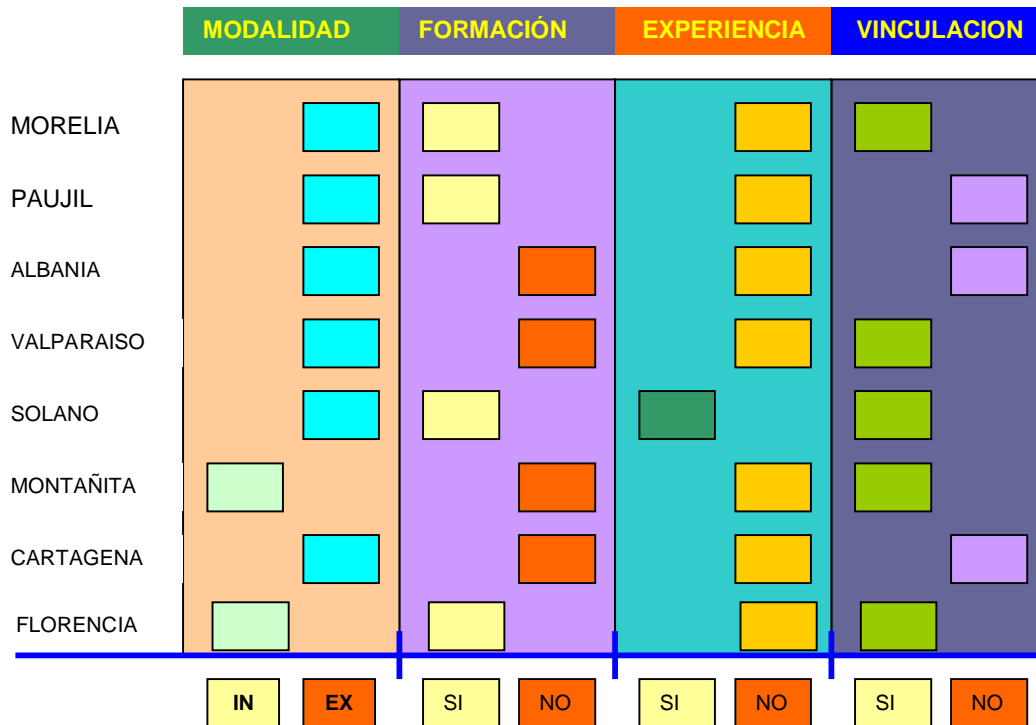
### *6.1.3 Experiencia en Régimen Subsidiado*

Con relación a este punto, El interventor de Régimen Subsidiado del Municipio de Solano posee experiencia en Régimen Subsidiado, pues ha estado al frente de este proceso en varios periodos contractuales. El resto de interventores de los municipios de Morelia, El Paujíl, Albania, Valparaiso, La Montañita, Cartagena del Chairá y Florencia no tiene experiencia alguna en este campo.

### *6.1.4 Vinculación al Municipio*

Los interventores de Morelia, Valparaiso, Solano, La Montañita y Florencia tienen tiempo de vinculación al municipio mayor o igual a un año, los interventores restantes (El Paujíl, Albania y Cartagena del Chairá) menor a un año.

Que el tiempo de vinculación del Interventor de Régimen Subsidiado sea menor a un año, ha acarreado serias dificultades al Ente Territorial, pues se pierde continuidad en los diferentes procesos.



**GRÁFICO 3. CARÁCTERÍSTICAS DEL INTERVENTOR DEL REGIMEN SUBSIDIADO, CAQUETA AÑO 2005.**

## 6.2 IDENTIFICACIÓN, SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE POTENCIALES BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

### 6.2.1 Instrumento para la identificación de potenciales beneficiarios

Como se observa en el gráfico el único instrumento que están empleando las Entidades Territoriales para identificar a potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado es la encuesta del SISBEN, y al preguntarle a cada interventor que si proponía alguno para tal fin, el 100% contestó que no.

### *6.2.2 Listados de priorizados actualizado*

Seis (6) de los ocho Municipios que corresponde a Morelia, El Paujil, Albania, Valparaiso, La Montañita y Florencia mantienen sus listados de priorizados disponibles entre los 150 y 120 días calendarios antes del proceso de contratación, los otros dos (2) Municipios, Solano y Cartagena del Chairá, no.

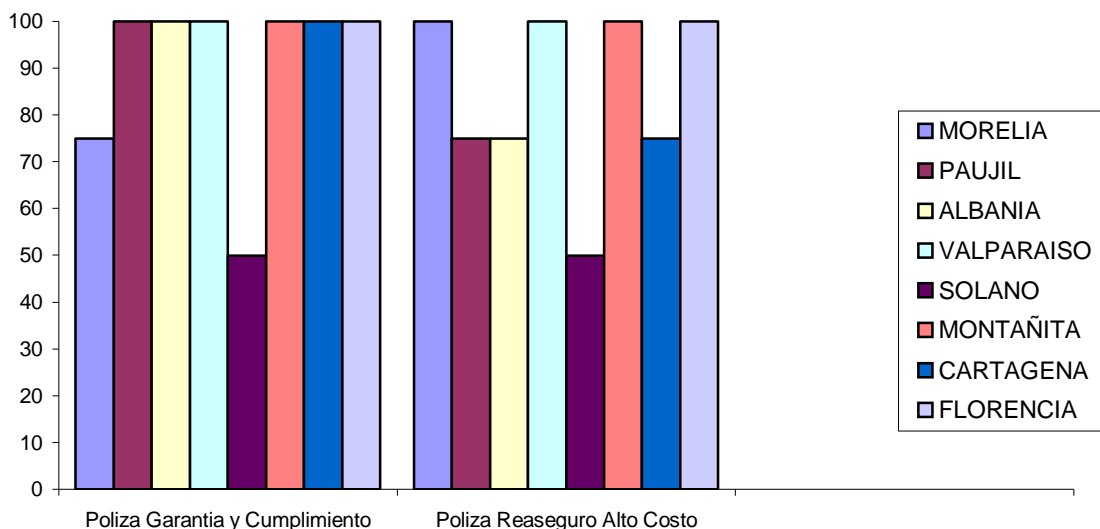
### *6.2.3 Verificación de condiciones para ser beneficiarios del Régimen Subsidiado*

Según información suministrada por los interventores de Régimen Subsidiado en los Municipios de Albania y Florencia las Instituciones de Participación Comunitaria verifican la condición de beneficiarios de las personas afiliadas al Régimen Subsidiado, en los Municipios de Morelia, El Paujil, Valparaiso, Solano, La Montañita y Cartagena del Chairá, no se verifica tal información por las diferentes instancias de participación.

### *6.2.4 Mecanismo diferente al existente para que la población que asiste a un proceso de libre escogencia acceda a su carné*

El 50% de los interventores cuestionados aducen que no tienen sugerencia alguna. El otro 50%, que corresponde a Albania, Solano, Montañita y Cartagena del Chairá expresan: Albania, que haya la posibilidad de realizar la libre escogencia también en el área rural, pues la mayoría de la población no se entera de éstos procesos; Solano, manifiesta que se pueda acceder con mayor antelación a la información que suministre el Ministerio de la Protección Social sobre ampliación de cobertura con el fin de canalizar la población; La Montañita, aduce que la gente que asista a éste proceso, así no aparezca en el listado de priorizados del Municipio se le otorgue su carné, previa comprobación que no exista en la Base de datos del Régimen Subsidiado; Cartagena del Chairá, que el Ministerio de la Protección Social otorgue mayor tiempo para que la gente priorizada asista a dicho proceso.

### 6.3 INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL PROCESO DE INTERVENTORÍA



**GRÁFICO 4. SEGUIMIENTO A PÓLIZAS ARS, CAQUETA AÑO 2005.**

#### 6.3.1 Póliza de Garantía y Cumplimiento

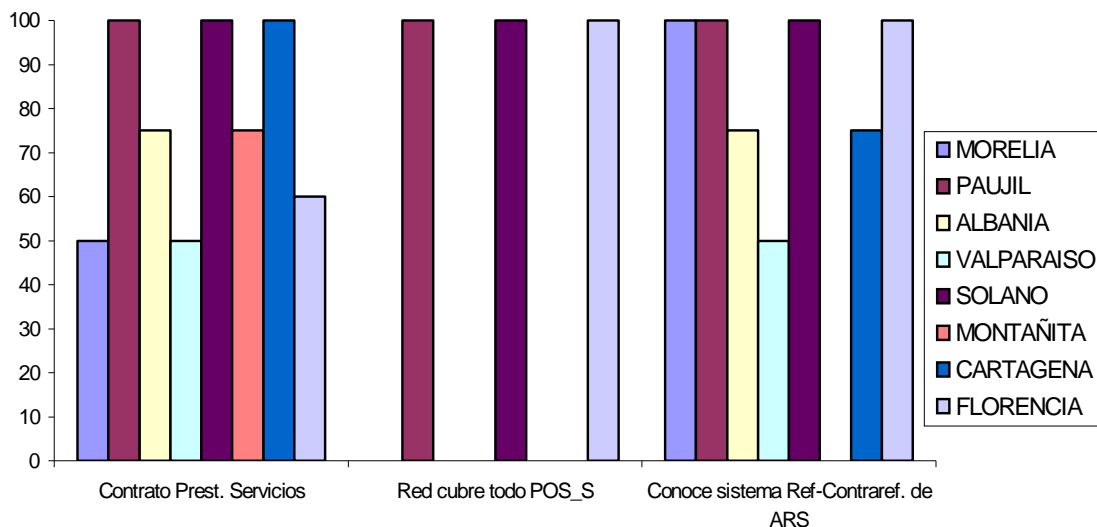
En el Municipio de Morelia y Solano al momento de la visita no se encontró póliza con relación al contrato legalizado con la ARS HUMANA VIVIR y CAJACOPI respectivamente, con las demás ARS tienen pólizas vigentes; es decir, con relación a ésta Póliza Morelia estaría cumpliendo en un 75% y Solano en un 50%. Los demás Municipios (El Paujil, Albania, Valparaiso, La Montañita, Cartagena del Chairá y Florencia), estarían cumpliendo en un 100%, tienen pólizas de garantía y cumplimiento vigentes de los contratos con todas las ARS. Dichas Pólizas cubren todo el periodo contractual y son equivalentes al 10% del monto total de cada contrato de Régimen Subsidiado. (Ver gráfico 4)

#### 6.3.2 Póliza de Reaseguro para Atenciones de Alto Costo

En los Municipios de El Paujil, Albania, Cartagena del Chairá y Solano, se encontró que las pólizas de los contratos legalizados con las ARS HUMANA VIVIR, CAJASALUD y ASMET SALUD, se encuentran vencidas. Con relación a éste punto los interventores de los Municipios de El Paujil, Albania y Cartagena estarían cumpliendo en un 75%, el de Solano en un 50%. El resto de Municipios (Morelia, Valparaiso, Montañita y Florencia) en un 100%, poseen póliza de alto



costo vigente suscritas con las compañías aseguradoras AURORA S.A., Agrícola de Seguros S.A. y Centrales de Seguros. (Ver Gráfico 4)



**GRÁFICO 5. VERIFICACION RED PRESTADORA DE SERVICIOS, CAQUETA AÑO 2005.**

### 6.3.3 Contratos de Prestación de Servicios:

Con relación a estos contratos los Municipios de El Paujíl, Solano y Cartagena del Chairá cuentan en sus archivos con el 100% de los contratos de prestación de servicios legalizados entre las ARS que operan en su jurisdicción y las diferentes IPS, los cuales están garantizando los diferentes niveles de complejidad. Albania y Montañita cuentan con el equivalente a 75% de dichos contratos, en la Secretaria de Salud de Florencia reposaría el equivalente a un 60% de los contratos de prestación de servicios, Morelia y Valparaiso cuenta con un 50% de éstos. (Ver gráfico 5)

### 6.3.4. Red contratada cubre todos los servicios contemplados en el POS-S?

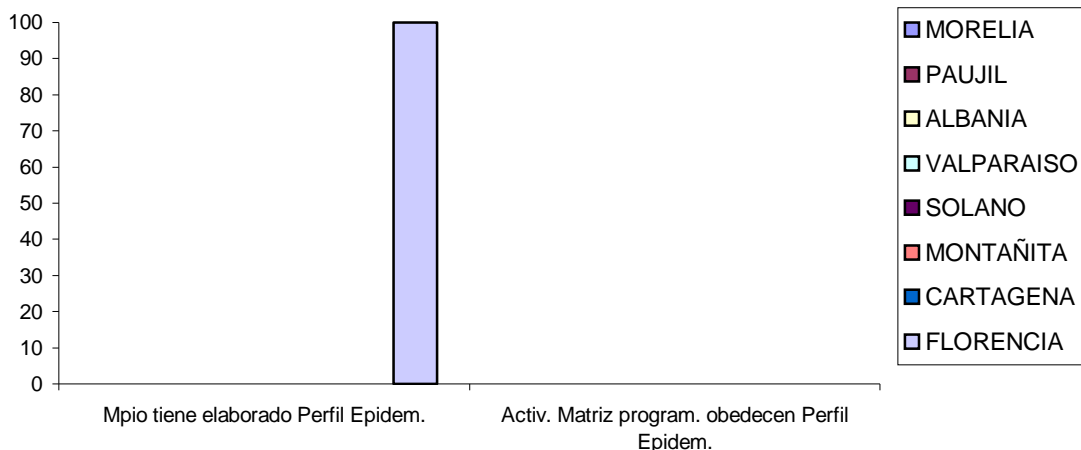
Al respecto los interventores de los Municipios de El Paujíl, Solano y Florencia, contestaron positivamente, el resto de interventores desconocen lo cuestionado. (Ver gráfico 5)

### 6.3.5 Conoce sistema de referencia y contrarreferencia de la ARS?

Con relación a este punto, los interventores de los Municipios de Morelia, El Paujil, Solano y Florencia aducen conocer este sistema de todas las ARS que operan en sus Municipios, los interventores de Albania y Cartagena del Chairá manifiestan que no el de todas; es decir conocen el equivalente al 75% de las ARS, Valparaiso el equivalente a un 50% y el Interventor del Municipio de Montañita manifiesta desconocerlo totalmente. (Ver gráfico 5)

### 6.3.6 La ARS respetan la libre elección de IPS de sus usuarios?

Este principio no se respeta para el 100% de los usuarios del servicio de los Municipios del departamento, pues es la Administradora de Régimen Subsidiado quien le asigna a sus afiliados, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, no es el afiliado quien la escoge.

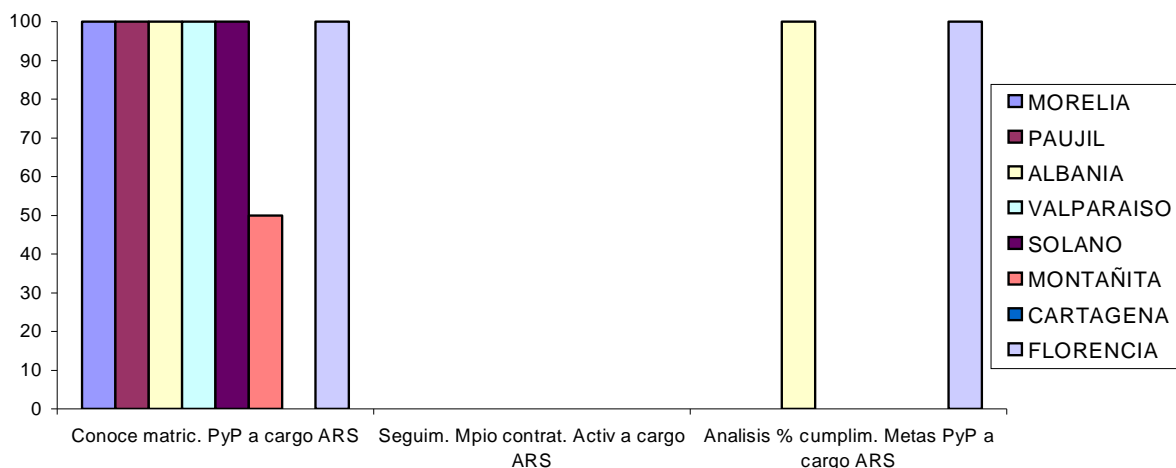


## GRÁFICO 6. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS MUNICIPIOS

### 6.3.7 Perfil Epidemiológico de los Municipios, Caquetá año 2004

Como se visualiza en la gráfica anterior, sólo el municipio de Florencia ha elaborado y estructurado su Perfil Epidemiológico, dicho documento reposa en la Secretaría de Salud Municipal. Al interventor se le preguntó que si las actividades incluidas en las matrices de programación obedecían a dicho perfil a lo cual contestó que esas matrices ya vienen diseñadas por el Ministerio de la Protección

Social, pero que nunca se les solicita a ellos la información para ser tomada en cuenta.



## GRÁFICO 7. ACTIVIDADES DE P Y P A CARGO DE LAS ARS

### 6.3.8 Matrices de P y P de las actividades a cargo de las ARS

Los Interventores de los Municipios de Morelia, El Paujíl, Albania, Valparaíso, Solano y Florencia, manifiestan que conocen las matrices de P y P de las ARS que operan en su localidad; es decir en un 100%, el Interventor de Montañita conoce matrices pero no de todas las ARS; el equivalente a un 50% de las ARS que funcionan en el Municipio le han allegado dicha información y el interventor de Cartagena del Chairá manifiesta no conocer dichas matrices. (Ver gráfico 7)

### 6.3.9 Seguimiento por parte del Municipio al proceso de contratación de actividades de P y P a cargo de la ARS.

El 100% de los Municipios objeto de estudio manifiestan que no están realizando seguimiento alguno al proceso de contratación de actividades de P y P que están a cargo de las Administradoras de Régimen Subsidiado. (Ver gráfico 7)

### 6.3.10 Análisis por el municipio al porcentaje de cumplimiento de metas de las actividades de P y P, a cargo de la ARS.

Este análisis lo están haciendo los interventores de Albania y Florencia, el resto de

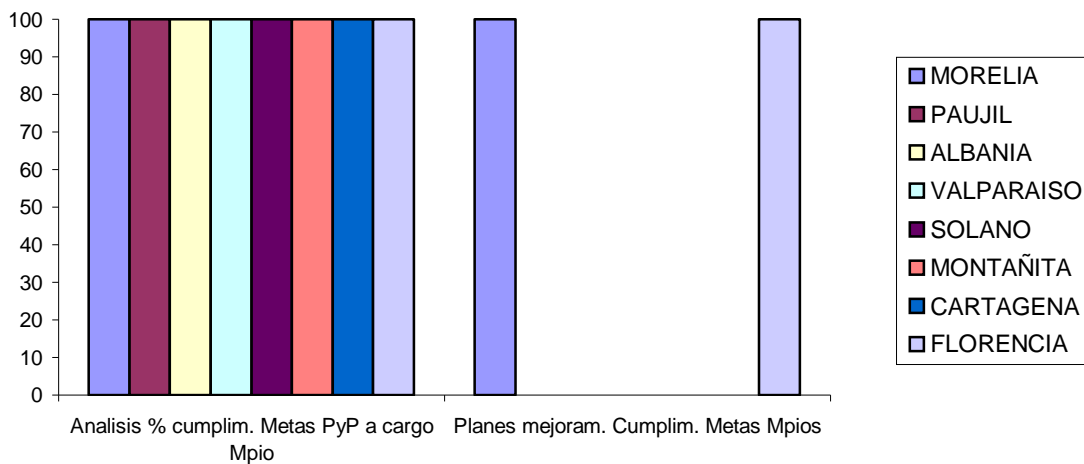
interventores de los municipios de (Morelia, El Paujil, Valparaiso, Solano, La Montañita y Cartagena del Chairá) no. (Ver gráfico 7)

**6.3.11 Planes de mejoramiento para fortalecer el cumplimiento de metas de las actividades de P y P a cargo de la ARS.**

El interventor del Municipio de Florencia manifiesta que conoce que existen estos planes por parte de las IPS contratadas para el fortalecimiento de metas, el resto de los Municipios aducen desconocerlos.

**6.3.12 Porcentaje de la UPC-S invertida por las ARS en acciones de P y P**

Al realizar las visitas a los diferentes interventores, sólo el funcionario del Municipio de Florencia conoce el porcentaje que están invirtiendo el 100% de las aseguradoras que funcionan en su Municipio en actividades de P y P, el resto de funcionarios de los Municipios lo desconocen.



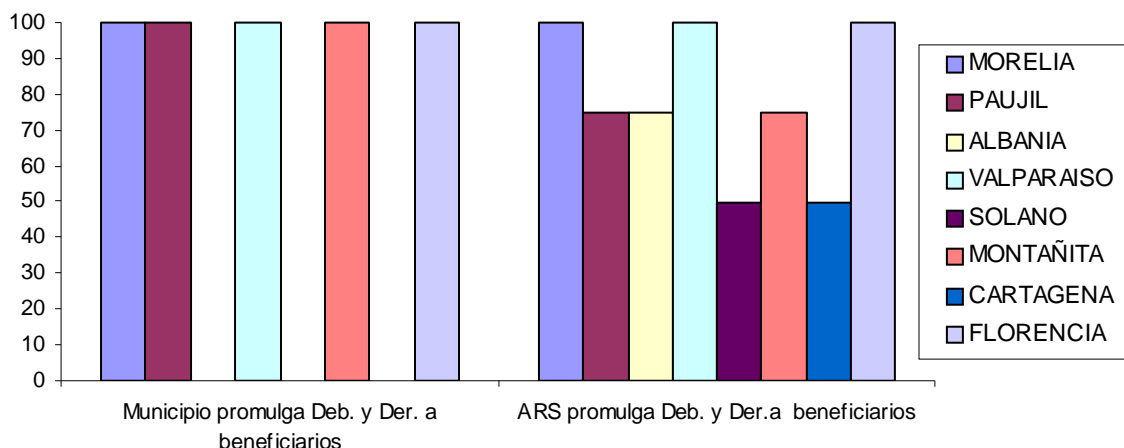
**GRÁFICO 8. ACTIVIDADES DE P Y P A CARGO DE LOS MUNICIPIOS**

**6.3.13 Análisis al porcentaje de cumplimiento de metas de las actividades de P y P, a cargo del Municipio.**

Según información suministrada por los interventores el 100% de los municipios objeto de estudio hacen dicho análisis. (Ver gráfico 8)

### 6.3.14 Planes de mejoramiento para fortalecer cumplimiento de metas de las actividades de P y P a cargo del Municipio.

Morelia y Florencia, manifiestan que las IPS contratadas para ejecutar dichas actividades le han presentado planes de mejoramiento para el fortalecimiento de metas que están a su cargo, el resto de municipios no lo presentan (Ver gráfico 8)



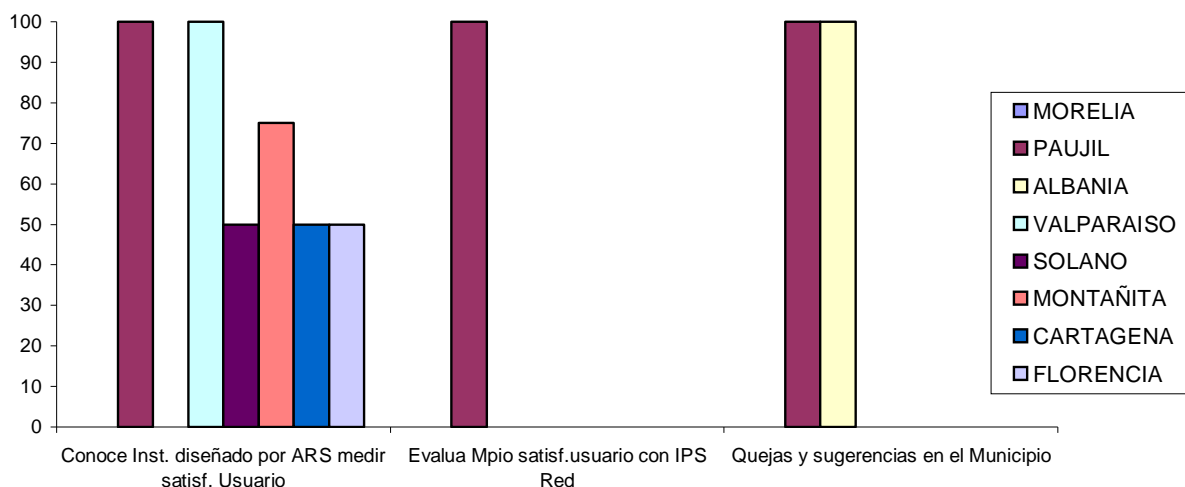
**GRÁFICO 9 . PROMULGACION DE DEBERES Y DERECHOS A BENEFICIARIOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO.**

### 6.3.15 Promulga el Municipio Deberes y Derechos?

Los Municipios de Morelia, El Paujíl, Valparaiso, Montañita y Florencia promulgan los deberes y derechos a beneficiarios del Régimen Subsidiado a través de sus promotoras de salud y de funcionarias encomendadas para tal fin. Albania, Solano y Cartagena del Chairá no los promulgan. (Ver gráfico 9)

### 6.3.16 Promulgan las ARS Deberes y Derechos de los beneficiarios al Régimen Subsidiado?

En los Municipios de Morelia, Valparaiso y Florencia, el 100% de las ARS están promulgando deberes y derechos de los afiliados al Régimen Subsidiado, en los municipios de Paujíl, Albania y Montañita algunas lo están haciendo; el 75% de las ARS que funcionan en éstos y en los Municipios de Solano y Cartagena sólo el 50% de las ARS. (Ver gráfico 9)



## GRÁFICO 10. MEDICION SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

### 6.3.17 *Se tiene conocimiento que exista por parte de las ARS herramienta para medir satisfacción de usuario?*

Los Interventores de los Municipios de El Paujil y Valparaiso aducen que el 100% de las ARS la tienen diseñada, en Montañita el 75% de las ARS, en Solano, Cartagena del Chairá y Florencia sólo el 50% de las ARS la han diseñado. Los interventores de Morelia y Albania aducen no conocerla. (Ver gráfico 10)

### 6.3.18 *Evaluación por parte del Municipio satisfacción de usuario con las IPS de la Red de Servicios.*

EL Municipio de El Paujil lo hace a través de las promotoras de salud mediante aplicación de encuestas, pero esto sólo se hace con el hospital público que le está garantizando el primer nivel de complejidad, o sea el que se encuentran en su municipio, con el resto de IPS de la Red esto no se está haciendo. En cuanto al resto de Municipios (Morelia, Albania, Valparaiso, Solano, La Montañita, Cartagena del Chairá y Florencia) no están haciendo dicha evaluación. (Ver gráfico 10)

### 6.3.19 *Quejas y sugerencias en el Municipio*

Este sistema sólo existe en los Municipios de El Paujil y Albania.

### 6.3.20 *Carnetización ARS*

Según lo normado por el Acuerdo 244 de 2003 en su artículo 18, la población afiliada al Régimen Subsidiado de todos los Municipios objeto de éste estudio está siendo carnetizada de manera indefinida, por las ARS que operan en dichas localidades.

### 6.3.21 *Informe de Interventoría*

Con relación a este punto, se le preguntó al interventor de Régimen Subsidiado de cada municipio si el interventor saliente le hizo entrega de dicho proceso mediante un informe donde se pudiera visualizar el estado actual de cada contrato; sólo el interventor entrante de Montañita recibió dicha interventoría con su respectivo informe. El resto de Municipios manifiestan que no hubo entrega formal, que realmente cuando iniciaron su periodo no encontraron nada concerniente al proceso, que nadie da razón por contratos, por pólizas y demás que soportan los contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado, los archivos los tuvieron que reconstruir solicitando nuevamente la información a ARS y al Instituto Departamental de Salud.

De igual forma, se constató que durante los diferentes periodos contractuales los interventores de los municipios no están elaborando informes de interventoría con la periodicidad exigida por Ley.

## **6.4 FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO**

### 6.4.1 *Tipo de cuenta donde le están siendo transferidos los recursos al Municipio por el Nivel Central*

A todos los Municipios (Morelia, El Paujíl, Albania, Valparaiso, Solano, Montañita, Cartagena del Chairá y Florencia) le están siendo transferidos los recursos a una cuenta corriente.

### 6.4.2 *Sistema General de Participaciones (SGP) transferido oportunamente?*

Efectivamente este recurso está siendo girado a todos los Municipios como la

normatividad lo indica, dentro de los 10 primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia. (Art. 53 Ley 715 de 2001).

#### 6.4.3 FOSYGA Transferido Oportunamente?

El Consorcio FISCALUD no está transfiriendo oportunamente a las Entidades Territoriales los recursos FOSYGA; como el periodo contractual tenido en cuenta para esta evaluación inició el 01 de abril de 2004 y la fecha de corte de la información es 30 de noviembre de 2004. A esta fecha aún estaba vigente el artículo 20 del Decreto 050 de 2003 el cual expresa: "Los recursos de la Subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, asignados para cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado, deberían ser girados a los Fondos Municipales por bimestre anticipado dentro de los diez (10) primeros días de cada bimestre y conforme al periodo contractual"; sin embargo, al Departamento de Caquetá no le fueron transferidos estos recursos de esta manera; el comportamiento ha sido el siguiente:

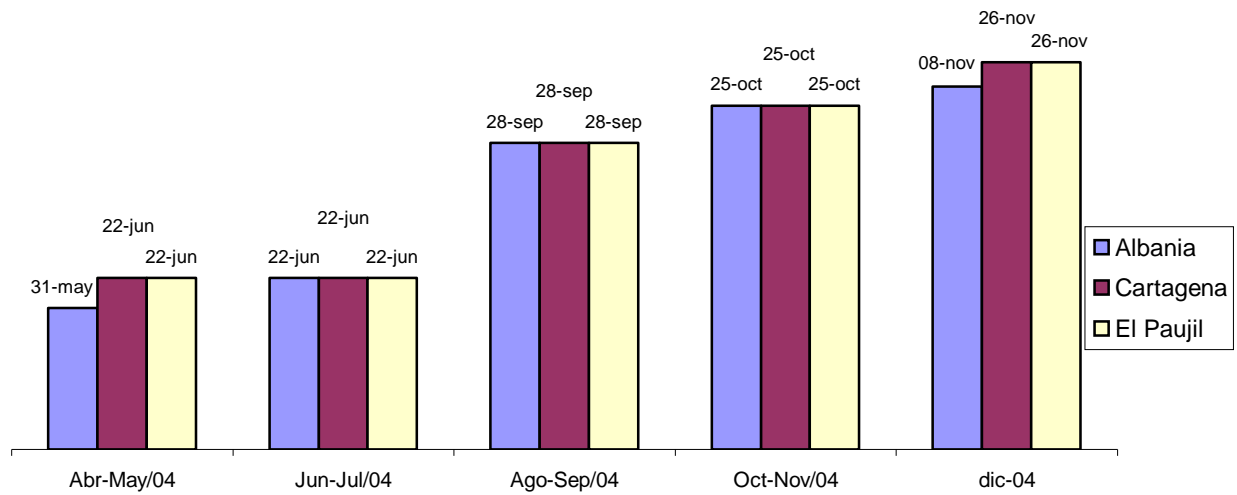
**Cuadro 7. FECHAS DE TRANSFERENCIA RECURSOS FOSYGA, CAQUETA AÑO 2004.**

Bimestre	Fecha giro
Abril-Mayo/04	31-Mayo-04 y 22-Junio-04
Junio-Julio/04	22-Junio-04
Agosto-Septiembre/04	28-Septiembre-04
Octubre-Noviembre/04	25 Octubre/04
Diciembre/04	8 y 26 Noviembre/04

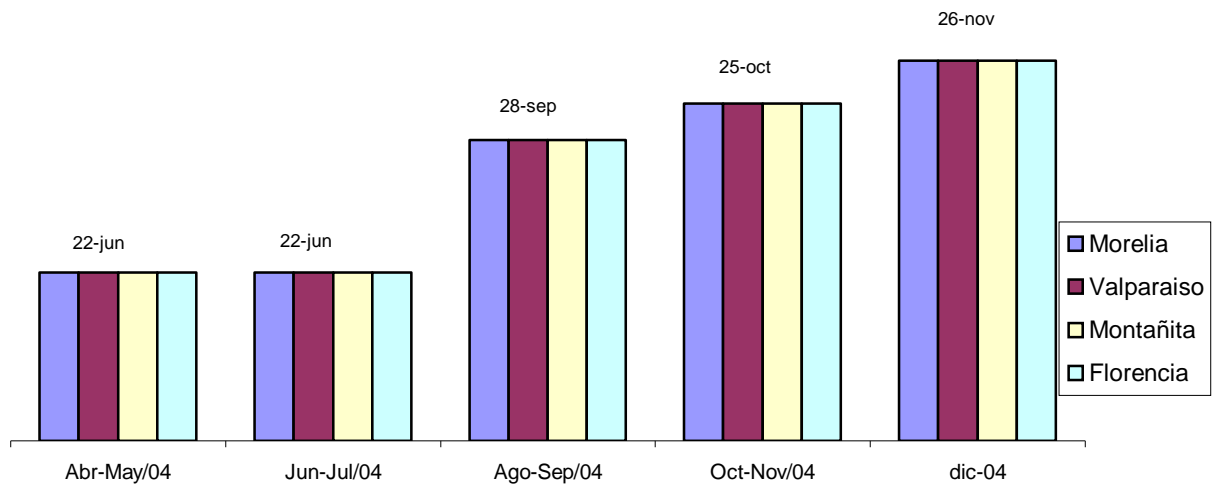
Los datos indican que los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA no se transfirieron a las Entidades Territoriales objeto de estudio, de manera oportuna, pues dicha transferencia debió realizarse dentro de los diez primeros días de cada bimestre.



**GRÁFICO 11. FLUJO DE RECURSOS FISALUD A ENTE TERRITORIAL**



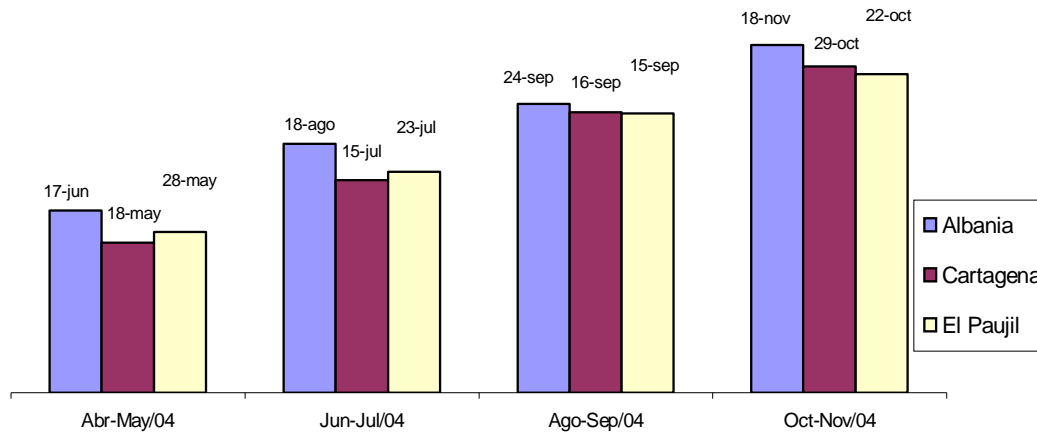
**GRÁFICO 11. FLUJO DE RECURSOS FISALUD A ENTE TERRITORIAL**



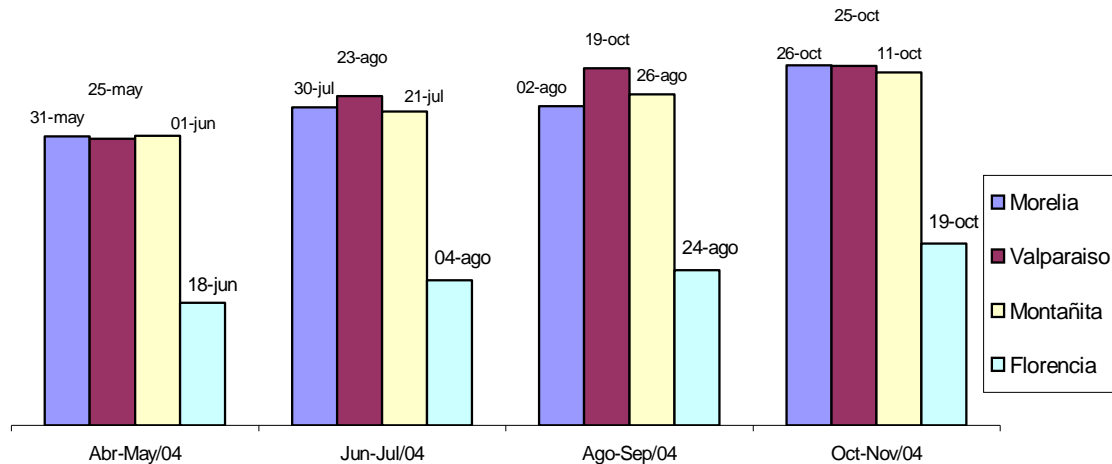
Como se observa en la gráfica 11 Giros FISALUD a Ente Territorial, aparecen los diferentes bimestres y la fecha en que le fueron transferidos los recursos a los Municipios de Albania, Cartagena, El Paujil, Morelia, Valparaiso, La Montañita y Florencia. Al Municipio de Solano no le transfirieron recursos por encontrarse incurso en Circular 026 de 2004, "respecto del giro de los recursos de la subcuenta de solidaridad..." expedida por el Ministerio de la Protección Social.

#### 6.4.4 Pagos de Alcaldías a ARS y de ARS-IPS

**GRÁFICO 12. FLUJO DE RECURSOS ENTE TERRITORIAL A ARS**



**GRÁFICO 12. FLUJO DE RECURSOS ENTE TERRITORIAL A ARS**



Este flujo de recursos no se está realizando con la oportunidad que la Ley exige entre los diferentes actores del Sistema, a pesar que los Entes Territoriales están recibiendo recursos de SGP oportunamente. Pero la mayor inoportunidad en la transferencia de estos recursos la están manejando las ARS hacia sus prestadores de salud, quienes con relación a la fecha de corte a la que se está manejando esta información (30 noviembre de 2004), algunas ARS como HUMANA VIVIR y SALUD VIDA que son las dos ARS privadas que operan en el Departamento, aún le adeudan a los hospitales del departamento cuentas por prestación de servicios desde que inició el periodo contractual (abril de 2004).

Por otro lado, también CAJACOPI ARS se encuentra bastante alcanzada en giros al Hospital de Solano, pues a este municipio el nivel central durante la vigencia 2004 no le transfirió recursos. Sólo hasta el mes de mayo de 2005 el nivel central le giró al municipio de Solano los recursos comprometidos para el periodo contractual de abril/04 a Marzo/05 con la ARS ASMET SALUD, pues en dicho Municipio sólo operan éstas dos aseguradoras; sin embargo, el Ente Territorial le había girado a ésta última ARS hasta el bimestre Agosto-Septiembre/04 y ésta al Hospital local, hasta el mes de agosto de 2004.

Respecto al municipio de Florencia, las ARS CAPRECOM, SALUDVIDA, HUMANA VIVIR y CAJACOPI según la información suministrada por las IPS le adeudan desde el mes de enero de 2004, ASMET SALUD y CAJASALUD le estarían adeudando desde el mes de Junio y Julio respectivamente, habiendo recibido éstas Administradoras los recursos por parte del Ente Territorial.

#### *6.4.5 Solicitud del Ente Territorial a ARS sobre estados de cartera con IPS Públicas y Privadas*

Al respecto, los interventores de los Municipios de Morelia, Solano, Cartagena del Chairá del Chairá y Florencia que equivalen al 50% de los Municipios objeto de estudio, solicitan trimestralmente a las ARS el envío del estado de cartera con las IPS Públicas y Privadas del Departamento, el otro 50% que corresponde a los Municipios de El Paujíl, Albania, Valparaiso y Montañita, no están solicitando dicha información.

#### *6.4.6 Liquidación de contratos de Régimen Subsidiado Abril-Mayo de 2002*

Los Municipios de El Paujíl, Albania, Valparaiso, Solano y Florencia, han liquidado en su totalidad los contratos con la ARS firmados por Abril-Mayo/02, Montañita no ha liquidado un solo contrato, Morelia y Cartagena del Chairá aún tienen pendiente la liquidación con algunas ARS.

#### *6.4.7 Liquidación de contratos de Régimen Subsidiado Junio/02 a Marzo/03*

De este periodo el 50% de los Municipios (Morelia, Valparaiso, Solano y Florencia) han liquidado todos los contratos de Régimen Subsidiado suscritos con las ARS; el resto de municipios no los han liquidado en su totalidad.

#### *6.4.8 Liquidación de contratos de Régimen Subsidiado Octubre/02 a Marzo/03*

Al igual que para el periodo Abril-Mayo/02, el Municipio de Montañita tampoco para este periodo Octubre/02-Marzo/03 ha efectuado las liquidaciones respectivas con las ARS que operan en su municipio. El resto de Municipios (Morelia, El Paujil, Albania, Valparaiso, Solano, Cartagena del Chairá y Florencia) se encuentran al día con la liquidación de estos contratos para el periodo referido.

#### *6.4.9 Liquidación de contratos de Régimen Subsidiado Abril/03 a Marzo/04*

El municipio de Valparaiso sería el único que tendría pendiente la liquidación del contrato legalizado con la ARS CAPRECOM, con la otra ARS que opera en el Municipio que es ASMET SALUD, ya efectuó la liquidación respectiva.

#### *6.4.10 Proceso de Saneamiento Deudas de Régimen Subsidiado Municipio - ARS*

Este proceso fue normado por el Decreto 050 de 2003 "Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud" el cual en su artículo 49 expresa: saneamiento de Deudas. "Las Entidades Territoriales, las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deberán efectuar el saneamiento de Deudas recíprocas que registren vencimiento en la fecha de pago a 30 de noviembre de 2002.

El proceso fue liderado por el Instituto Departamental de Salud, mediante la conformación de Mesas de Trabajo con Entes Territoriales, ARS e IPS para el saneamiento de Deudas, donde las partes fijaron plazos para ponerse al día con las obligaciones ahí mencionadas.

Los Municipios de El Paujil, Albania, Solano, Montañita, Cartagena del Chairá y Florencia estarían a paz y salvo con las ARS con relación a las deudas derivadas de liquidación de contratos de Régimen Subsidiado de vigencias anteriores. Los Municipios de Morelia y Valparaiso aún tienen obligaciones pendientes de subsanar con la ARS CAPRECOM.

De la información antes mencionada para evaluar las funciones del interventor de cada municipio se tuvo en cuenta veinte (20) variables: Póliza de Garantía y

Cumplimiento, Póliza de Alto Costo, Contratos prestación de servicios, Red contratada cubre todos los servicios contemplados en el POS-S, Sistema de referencia y contrarreferencia, Elaboración por parte del municipio de su perfil epidemiológico, conocimiento por parte del municipio de las matrices de P y P a cargo de la ARS, seguimiento por parte del municipio a proceso de contratación de actividades de P y P a cargo de la ARS, Análisis por parte del municipio al porcentaje de cumplimiento de metas de P y P a cargo de la ARS y a cargo del municipio, conocimiento por parte del interventor sobre plan de mejoramiento para fortalecer el cumplimiento de metas de las actividades de P y P a cargo de la ARS y del municipio, conocimiento sobre porcentaje de la UPC-S invertida por la ARS en P y P, promulgación por parte del municipio y por la ARS de deberes y derechos de los afiliados, conocimiento sobre si existe instrumento diseñado por la ARS para medir satisfacción de usuario, evaluación por parte del municipio sobre satisfacción del usuario con las IPS de la Red, existencia en el municipio de sistema de quejas y reclamos, pago oportuno Alcaldía – ARS, solicitud por parte del Ente Territorial a las ARS sobre estados de cartera con IPS Públicas y Privadas, Liquidación de contratos de Régimen Subsidiado.

Según el cumplimiento de las funciones de cada interventor con relación a los parámetros anteriormente mencionados se realizó la evaluación asignando un porcentaje según la información vigente que ampara los contratos y que debe reposar en sus archivos, según el seguimiento que realiza a lo pactado en las minutas contractuales y el conocimiento que éste tiene sobre su verdadero rol dentro del ejercicio de la interventoría a los contratos de Régimen Subsidiado.

Para análisis y calificación de la información recolectada se establecieron rangos de evaluación así:

RANGO DE EVALUACION	
Intervalos	Calificación
1 - 45%	Deficiente (falta o incompleto)
46 - 75%	Aceptable (digno de ser aceptado)
76 -100%	Satisfactorio (que satisface la obligación)

Se considero deficiente las actividades que siendo responsabilidad del interventor de Régimen Subsidiado no se desarrollaron o no estuvo al tanto de ellas ni siquiera en un 45%, considerando que su obligación como responsable del

proceso es su desarrollo en el 100% de las mismas, aceptable entre el 46 y 75% y satisfactorio del 76 al 100%.

**Cuadro 8. CALIFICACIÓN A ENTIDADES TERRITORIALES DEPENDIENDO DEL PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL EJERCICIO DE INTERVENTORIA.**

<b>Municipio</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Promedio Puntaje</b>	<b>Calificación</b>
Morelia	994	50	Aceptable
Paujíl	1219	58	Aceptable
Albania	822	41	Deficiente
Valparaiso	837	42	Deficiente
Solano	800	45	Deficiente
Montañita	694	35	Deficiente
Cartagena	606	30	Deficiente
Florencia	1600	80	Satisfactorio

En conclusión con relación a los resultados obtenidos de dicha evaluación se puede deducir que el ejercicio de interventoría lo está desarrollando de manera satisfactoria el municipio de Florencia, aceptable los Municipios de Morelia y Paujíl y de manera deficiente los Municipios de Albania, Valparaiso, Solano, Montañita y Cartagena del Chairá.

**7. PRINCIPALES PROBLEMAS DURANTE EL EJERCICIO DE INTERVENTORIA A LOS CONTRATOS DE ADMINISTRACION DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO.**

- Pólizas vencidas sin existencia de requerimiento de prórroga por parte de los interventores de Régimen Subsidiado.
- Ausencia de acto de aprobación o rechazo según sea el caso a Pólizas enviadas por las ARS.
- No se cuentan con la totalidad de los contratos de prestación de servicios con los cuales las ARS estén garantizando la prestación de los servicios de salud a los afiliados de su municipio.
- Desconocimiento por parte de Interventores de Régimen Subsidiado de Entidades Territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia con el cual las ARS están garantizando la prestación de los servicios a usuarios.
- Los municipios no están elaborando su Perfil Epidemiológico. (Artículo 44 numeral 44.3.2, Ley 715 de 2001)
- Las actividades incluidas en las matrices de programación de Promoción y Prevención no obedecen al Perfil Epidemiológico del Municipio.
- Los municipios no están haciendo seguimiento al proceso de contratación de las actividades de P y P a cargo de la ARS.
- Algunos municipios no hacen análisis al porcentaje de cumplimiento de metas de las actividades de P y P que están a cargo de las ARS.
- Desconocimiento por parte de algunos municipios de la existencia de planes de mejoramiento para fortalecer el cumplimiento de metas de las actividades de Promoción y Prevención a cargo de ARS.

- Algunos municipios no están exigiendo a las IPS con las cuales tienen contratado el 4.01% de la UPC-S planes de mejoramiento para fortalecer el cumplimiento de metas de las actividades de Promoción y Prevención que están a su cargo.
- Desconocimiento de algunos Entes Territoriales Municipales del porcentaje (%) de la UPC-S que están invirtiendo en actividades de P y P, las ARS que operan en su jurisdicción.
- Algunos municipios no promulgan Derechos y Deberes de los beneficiarios del Régimen Subsidiado. (Artículo 159 y 160 Ley 100 de 1993)
- Las ARS no respetan el principio de la libre elección de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud. (Numeral 4. Artículo 159 Ley 100 de 1993)
- Desconocimiento por algunos Municipios con relación al Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU) por ARS e IPS que funcionan en su localidad.
  - Los interventores no están midiendo satisfacción del usuario con las IPS de la Red de Servicios.
  - No se cuenta con sistema de quejas y sugerencias al interior de las IPS Públicas.
- La mayoría de los interventores salientes no están entregando la interventoría de manera oficial a los entrantes; de la misma manera, tampoco están elaborando los debidos informes de interventoría (Artículo 49 Acuerdo 244 del 2003 del CNSSS)
- Los recursos Fosyga no están siendo girados oportunamente a los Entes Territoriales.
- Las Entidades Territoriales no cancelan oportunamente a las ARS que operan en el Departamento.



- Pago inoportuno de ARS a los Prestadores de Servicios de Salud.
  
- La liquidación de los contratos de Régimen Subsidiado no se está llevando a cabo según normatividad vigente.
  
- El proceso de saneamiento de deudas de Régimen Subsidiado de vigencias anteriores, aún no se ha subsanado totalmente.

## **8. PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS INTERVENTORÍAS A LOS CONTRATOS DE ADMINISTRACION DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO SEGÚN HALLAZGOS.**

Uno de los principales problemas para que las interventorías de Régimen Subsidiado en el Departamento de Caquetá no se esté llevando de manera eficiente es el desconocimiento por parte de las personas que están al frente de estos procesos y de la administración territorial en general, de todo lo que se debe tener en cuenta para verificar el cumplimiento de lo pactado en las minutas contractuales, de los alcances que este proceso tiene y de la responsabilidad tan grande que asumen estas personas como representantes de los alcaldes municipales (parte contratante)

Además no se hace seguimiento y supervisión del contrato para lo cual el interventor debe diseñar los instrumentos que respondan a las necesidades y particularidades de la entidad territorial para recolección de la información y efectuarle el seguimiento respectivo.

Como resultado de las visitas realizadas para poder conocer de cerca este proceso y determinar el desarrollo de las interventorías de Régimen Subsidiado al interior de los Municipios, partiendo de los aspectos a tener en cuenta plasmados en la Circular Externa Conjunta No.018 MS-074 SNS, se hace esta propuesta que con seguridad facilitará la operatividad de las interventorías de Régimen Subsidiado en el Departamento de Caquetá, con base en hallazgos y falencias encontradas.

### **8.1 PÓLIZA DE GARANTÍA Y CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO**

Una vez legalizado el contrato de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado, el contratista deberá constituir a favor del contratante y le suministrará, dentro de los tres (3) días siguientes al perfeccionamiento del contrato, una Póliza de Garantía y Cumplimiento expedida por una compañía de seguros autorizada por la Superintendencia Bancaria, que avale el cumplimiento de las obligaciones que adquiere, por un valor equivalente al diez (10%) del valor total del contrato y una vigencia desde la fecha de suscripción y cuatro (4) meses más del término de duración del contrato. (cláusula vigésima primera de la minuta que hace parte integral de los contratos suscritos el 01 de abril de 2004); para lo cual el interventor deberá revisar que como mínimo dicho documento contenga la

siguiente información: número de póliza, beneficiario de la misma, que refiera el contrato bipartito, que ampare el número de afiliados incluidos en dicho contrato, que cubra todo el periodo contractual y cuatro (4) meses más del término de duración, que el valor de la póliza sea equivalente el diez (10%) del valor total de contrato suscrito, que la expida una compañía de seguros autorizada por la Superintendencia Bancaria.

Una vez revisada la anterior información el interventor debe entrar a generar un acto administrativo de aprobación a dicha póliza (art.41 Ley 80 de 1993). Para lo cual se sugiere la siguiente Resolución de aprobación. (Ver anexo 5)

De igual forma; se sugiere a los interventores llevar un cuadro o una hoja de control que le permita en el evento que la póliza tenga vigencia inferior al año de aseguramiento, visualizar con mayor facilidad la fecha de vencimiento y lograr con antelación solicitar al contratista la prórroga de la misma. El control sugerido es el siguiente:

Contrato	Afiliados	Valor contrato	Póliza Garantía y Cumplimiento			
			No. Póliza	Aseguradora	Vigencia	Valor

En el evento que datos como el número de contrato o la población asegurada no coincida con los datos del contrato bipartito de Régimen Subsidiado, se le sugiere al interventor entrar a rechazar dicha póliza, pues ésta no le estaría garantizando el contrato en referencia. (Ver anexo 6)

## 8.2 PÓLIZA DE ALTO COSTO

Las ARS con las cuales se suscribieron contratos de aseguramiento al Régimen Subsidiado deberán constituir Póliza de Reaseguro para las Enfermedades de Alto Costo de conformidad con la cláusula segunda numeral 9) literal c) de la minuta que hace parte integral del contrato en referencia y allegarla a las Entidades Territoriales dentro de los tres (3) días siguientes, luego de la suscripción del contrato; las cuales deberán garantizar el reaseguro de las enfermedades catalogadas como tal, de la población afiliada en el Municipio. El interventor deberá revisar que la póliza contenga como mínimo la siguiente información: número de póliza, que refiera el número del contrato de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado legalizado, vigencia de la póliza de alto costo (En lo posible se suscriba por todo el periodo contractual), el nombre del

Municipio, que así sea global, la compañía aseguradora que la expidió le certifique a la Entidad Territorial el número de afiliados del contrato suscrito con la ARS.

De la misma manera, el Interventor de Régimen Subsidiado deberá constatar que dicha Póliza esté garantizando el cubrimiento de todas las enfermedades determinadas como Alto Costo, contenidas en el Acuerdo 306 de 2005 emitido por el CNSSS; es decir:

- Patologías cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales.
- Patologías del sistema nervioso central.
- Insuficiencia Renal Aguda o Crónica.
- Gran quemado
- Infección por VIH
- Cáncer
- Reemplazo articular parcial o total de cadera o rodilla
- Cuidados intensivos

Una vez constatada la anterior información el Interventor debe expedir el acto de aprobación respectivo (art. 41 Ley 80 de 1993), para lo cual se sugiere la siguiente Resolución (ver anexo 7)

De igual forma; el interventor de Régimen Subsidiado deberá tener en cuenta que las enfermedades catastróficas o de alto costo no están sujetas al cobro de copagos (art. 7° Acuerdo 260 del 2004 emitido por el CNSSS) y verificar que dicho cobro no se lo estén realizando a los afiliados que padezcan este tipo de enfermedades.

De la misma manera, el Interventor deberá requerir mensualmente al contratista, un informe sobre el estado de pagos a la aseguradora con la que constituyó la Póliza de Enfermedades de Alto Costo. (Numeral 12. Cláusula Segunda. Obligaciones del Contratante)

Sugiero a Interventores llevar el siguiente cuadro de control el cual le permita de manera más oportuna identificar los datos que contienen la Póliza; entre ellos, la vigencia de la misma, con el fin de solicitar con anterioridad a su vencimiento la respectiva prórroga, pues acarrearía serias dificultades a las partes, el no contar con Póliza vigente en caso de cualquier eventualidad y que el usuario devengue un servicio de tal magnitud.

Contrato	Afiliados	Póliza Alto Costo				Mes pago a aseguradora
		No. Póliza	Aseguradora	Vigencia	Valor	

En el evento que la Póliza no contenga información como número del contrato, número de afiliados o que la información no corresponda a la consignada en el contrato bipartito sugiero rechazarla; para lo cual se debe emitir un acto administrativo y allegarlo a la ARS respectiva para su conocimiento y demás fines pertinentes (ver anexo 8)

### **8.3 RED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

Las ARS deberán contar con la red prestadora de servicios de salud necesaria para garantizar la prestación de los servicios de salud contenidos en el POS-S que esté debidamente inscrita y habilitada ante la Dirección Departamental de Salud; en consecuencia se deberá verificar, los niveles de complejidad suficientes en relación con el plan de beneficios, la capacidad suficiente en relación con el número de afiliados y las condiciones de acceso más favorables.

Una vez suscrito el contrato de aseguramiento de Régimen Subsidiado el Municipio deberá exigir al CONTRATISTA, dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción del contrato copia de los contratos de prestación de servicios vigentes que acrediten la red de servicios de salud en los niveles de complejidad exigidos para cumplir el objeto del contrato (Numeral 9º. Cláusula Segunda Minuta contractual periodo Abril/04 a Marzo/05).

Es necesario, para que el interventor de Régimen Subsidiado tenga la plena certeza que están garantizando los diferentes niveles de complejidad y pueda exigirles a las Administradora de Régimen Subsidiado el cumplimiento, identificar los diferentes servicios que debe garantizar cada nivel. (Ver anexo 9)

De igual forma, se sugiere llevar el siguiente cuadro en el cual podrá llevar toda la información relacionada con los contratos de prestación de servicios legalizados entre las ARS que operan en su municipio y las diferentes IPS que le están garantizando dicha prestación.

Contratos de Prestación de Servicios					
Contrato No.	Institución	Nivel	Modalidad	Vigencia	Valor

Así podrá visualizar si se están garantizando todos los niveles de atención, llevar un mejor control de la fecha de vencimiento de cada contrato donde la vigencia del mismo no podrá ser inferior a un año (cláusula segunda, numeral 9), literal b) minuta contractual 01 de abril de 2004) y demás información que le permitirá identificar de manera más dispendiosa dicha Red de Servicios.

Para que el interventor de Régimen Subsidiado evalúe si la Red Prestadora de Servicios de Salud es suficiente deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

CRITERIO	MODO DE VERIFICACIÓN
La verificación de que los prestadores que integran la Red se encuentren habilitados.	Exigencia por la Entidad Territorial a la ARS que a los contratos de prestación de servicios se les anexe copia del certificado de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, donde se podrá verificar los servicios habilitados y el nivel de complejidad de los mismos.
Verificación que según el diseño de la Red, los afiliados del Municipio tengan acceso a todos los niveles de complejidad del POS-S.	Para la verificación de la accesibilidad (condición de la variable de la población de poder utilizar o ser atendido en los servicios de salud) se deberá tener en cuenta que dicha accesibilidad sea Física, Geográfica, Cultural, Económica y Funcional. Para los cual la ARS deberá tener en cuenta modelos de indicadores de accesibilidad. Ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tiempo promedio de viaje discriminado por veredas.</li> <li>▪ <u>Horas semanales del servicio</u> Total de horas laborales</li> </ul> (Correlacionar con represamientos y tiempos de espera)
Verificación por parte de la Entidad Territorial si	En la base de datos de prestadores enviada a la Entidad Territorial y en la certificación de inscripción en el registro

<p>la ARS cuenta con prestadores de primer nivel en el municipio donde opera; en caso que la oferta local no disponga de este nivel de atención, la ARS deberá informar donde remitirá los pacientes.</p>	<p>especial de prestadores se podrá verificar si el Municipio dispone del primer nivel de atención; en caso contrario, se constatará que dicho nivel de atención se esté garantizando en otras localidades.</p>
<p>La ARS tiene definido los procesos de análisis y reporte de la información incluyendo su responsable de la información sobre los prestadores de servicios de salud.</p>	<p>La Entidad Territorial verificará que la ARS tenga definidos los procedimientos de análisis y reporte de información sobre la red de prestadores.</p>
<p>La definición de la capacidad de la oferta de acuerdo con la demanda potencial de servicios del municipio, para cada nivel de complejidad.</p>	<p>El cálculo de la demanda potencial de servicios del plan de beneficios de los afiliados del municipio.</p> <p>El cálculo de la capacidad de la oferta de los prestadores de servicios.</p> <p>El cálculo de la relación entre la oferta de prestadores con la demanda potencial de servicios.</p> <p>Se deberá revisar que la oferta de servicios sea igual o mayor que la demanda potencial.</p>
<p>En la conformación de la red no utiliza mecanismos de intermediación entre las ARS y los prestadores de salud.</p>	<p>El Ente Territorial deberá verificar que en la contratación suscrita entre la ARS y sus prestadores primarios habilitados, no se incluya forma alguna de intermediación para coordinar la red o subcontratarla.</p>

#### **8.4 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

Es obligación de la ARS de conformidad con la cláusula tercera, numeral 7) de la minuta contractual, garantizar a los afiliados el sistema de referencia y contrarreferencia para los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y contribuir con la referencia y contrarreferencia, para la prestación de los servicios no contemplados por el POS-S. Por lo tanto, se deberá verificar que

se haya informado al usuario cual es la red disponible en todos los niveles de complejidad.

Las ARS deberán tener diseñado y operando este sistema de tal forma que como mínimo se considere los siguientes aspectos:

- Referencia a las instituciones del mismo municipio dependiendo del nivel de atención que requiera el paciente, de tal forma que se garantice una atención oportuna dentro de la red prestadora de servicios que ofrezca la ARS.
- Referencia a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o a las privadas con las que el Estado tenga contrato para los eventos no garantizados por el POS-S.
- Referencia a otros municipios cuando se trate de eventos que por su nivel de complejidad deban ser atendidos en un lugar diferente al municipio de residencia del afiliado.

Es importante tener en cuenta que las ARS deben garantizar los medios necesarios y oportunos para el transporte de sus afiliados, especialmente en los sitios de difícil acceso geográfico, tanto para la atención en salud como para el regreso a su lugar de domicilio.

Transporte de pacientes. El POS-S cubre el traslado interinstitucional de:

- Pacientes hospitalizados por enfermedades de alto costo para los casos definidos en el presente acuerdo, que por sus condiciones de salud y limitaciones en la oferta de servicios del lugar donde están siendo atendidos, requieran de un traslado a un nivel superior de atención.
- Pacientes en caso de urgencia que requieran traslado a otros niveles de atención cuando medie la remisión de un profesional de la salud.
- Pacientes ambulatorios y hospitalizados por los cuales la ARS recibe prima adicional o UPC diferencial, en cualquier caso o evento descrito en el presente



acuerdo y que requiera servicios de cualquier complejidad, previa remisión de un profesional de salud, cuando existan limitaciones de oferta de servicios en el lugar o municipio.

Es necesario puntualizar que desde que sea un evento POS-S; mientras el usuario lo requiera no habrá restricción en el tipo de transporte requerido (transporte asistencial básico, transporte asistencial medicalizado y ambulancia aérea) En todos los casos mencionados se verificará que el sistema garantice la oportunidad de la atención.

El desconocimiento del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes es bastante preocupante, pues los interventores de los municipios no saben hacia donde las ARS le están conduciendo sus usuarios. Para lo cual se propone:

- ❖ Envío por parte de las ARS del Departamento de Caquetá a los Municipios de documento donde se visualice el Sistema de Referencia.
- ❖ Convocatoria por parte de los Municipios a la ARS que operan en su jurisdicción para que mediante reunión o taller se muestre dicho sistema y se sustente en qué casos son dirigidos de un lugar a otro y cómo se le está garantizando dicho desplazamiento.
- ❖ De los pacientes remitidos por las ARS a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud éstas deben manejar un récord de consulta; el interventor debe dirigirse a dichas administradoras que operan en su municipio y tomar una muestra para lo cual debe establecer la periodicidad a realizarla, la cual le permita conocer los procedimientos o terapias o controles que se generen de la atención prestada por la IPS a la cual fue remitido, pues el interventor de Régimen Subsidiado debe ser vigilante que la ARS se lo esté garantizando a los afiliados. Es decir que se esté garantizando la contrarreferencia de esos pacientes.

En todo caso el interventor de Régimen Subsidiado deberá verificar que la ARS tenga definidos los procesos y procedimientos de referencia y contrarreferencia de pacientes y específicamente que tenga definidos:

- Los puntos y procedimientos de referencia de pacientes en caso que las condiciones clínicas de un paciente superen la capacidad tecnológica de la

oferta de servicios del municipio en los casos de urgencia y en los casos programados.

- Las instrucciones a los prestadores de servicios de salud para el manejo de las remisiones de los pacientes.

## **8.5 SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO (SIAU)**

Según el artículo 5º. Decreto 1757. Sistema de atención e información a usuarios. Las EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, sean públicas, mixtas o privadas, garantizarán:

1. Un sistema de información y atención a los usuarios a través de una atención personalizada que contará con una línea telefónica abierta con atención permanente de veinticuatro (24) horas y garantizarán, según los requerimientos de ese servicio, el recurso humano necesario para que atienda sistematicamente y canalice tales requerimientos.
2. Implantar articulado al sistema de información sectorial, un control de calidad del servicio, basado en el usuario.

El servicio de atención al usuario de los centros y puestos podrá estar centralizado en el Hospital de Primer Nivel de Atención del Municipio, con el cual se establecerán los mecanismos de retroalimentación y control que sean del caso. (Parágrafo 1º. Artículo 5º. Decreto 1757 de 1994)

Artículo 41 Acuerdo 244 de 2003. Atención de usuarios, prestadores y proveedores: las ARS seleccionadas para operar en una región deberán establecer mecanismos que garanticen de manera ágil y oportuna la atención de usuarios, prestadores y proveedores como mínimo en los siguientes aspectos: información y orientación al usuario sobre servicios ofrecidos, procesos de afiliación, base de datos de afiliados, carnetización de afiliados, contratación y negociación de red de prestadores (IPS), radicación de facturas, pago a IPS y proveedores, auditoría integral del proceso de atención, atención de quejas y sugerencias, red de prestadores de servicios y sistemas de referencia y contrarreferencia.

En las IPS Públicas de primer nivel de atención en la mayoría de los casos las personas que están a cargo del sistema de información y atención al usuario son las auxiliares de enfermería quienes no poseen el suficiente conocimiento sobre la operatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sumado a esto que sólo están asignadas para cumplir con este papel de dos (2) a tres (3) horas diarias dentro de su jornada laboral.

Lo anterior conlleva a que haya una total desinformación de los usuarios del servicio, cada vez el Sistema General de Seguridad Social en Salud se hace más complejo para éstos, pues la normatividad es cambiante y si no se va a la par con ésta, resulta más difícil entenderla. Para ello se sugiere lo siguiente:

1. Designar un profesional que preste el servicio de información y atención al usuario al interior de los hospitales por lo menos 2 horas en la mañana y 2 horas en la tarde. Dicha persona debe tener las siguientes cualidades: poseer actitud positiva frente al trabajo que le compete desarrollar, poseer buenas relaciones interpersonales, estar en capacidad de manejar las quejas y reclamos de los usuarios, para garantizar su respectivo flujo y seguimiento, tener conocimientos y experiencia en el modelo de Seguridad Social y en Gestión Municipal en Salud, tener conocimiento en manejo de Sistemas de Información, dedicación exclusiva para atender el servicio de atención al usuario, tener liderazgo dentro del equipo municipal, tener capacidad resolutoria para tomar decisiones ante situaciones de emergencia.
2. La persona que se designe debe generar una cultura que le permita al usuario instaurar su queja o reclamo con lo cual se logre romper el paradigma de que si la instauro, la próxima vez que requiera el servicio se me va a negar ó el servicio no se me va a brindar con la mejor voluntad. Pues debemos concientizar al usuario, que los aportes de ellos respecto a los servicios recibidos por la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, son muy importantes y nos sirven para identificar las debilidades presentadas y fortalecer la prestación de los mismos.
3. A quien se designe, se le debe garantizar el recurso logístico necesario para el desempeño de sus funciones, tal como:
  - Un sitio en la IPS para el Servicio Información y Atención al Usuario, de fácil acceso para los mismos.

- Una extensión independiente del resto del sistema de comunicación de la institución. Si es posible un contestador automático donde se pueda grabar las llamadas que se produzcan cuando no esté el profesional para responderlas. Si es posible una línea directa.
  - Recursos para información y difusión del Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU), elaboración de plegables, afiches, carteleras, propaganda en emisoras locales.
  - Documentos como Constitución Nacional, Ley 100 de 1993 y Decretos reglamentarios, Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Estatuto Anticorrupción, Lineamientos sobre políticas de participación Social del Ministerio de la Protección Social y demás vigentes, que le permita brindar una información fidedigna y clara.
4. Para poner en funcionamiento todo lo expuesto, las IPS de primer nivel municipal deberá apropiarse recursos, para poner marcha el Servicio de Información y Atención al Usuario.

## **8.6 MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN DE USUARIO CON LAS IPS RED.**

El papel del Interventor de Régimen Subsidiado no se debe limitar solamente a la verificación de que se esté garantizando una Red de Servicios a los usuarios del Municipio, sino cómo lo están haciendo. Para la medición de la satisfacción me permito sugerir herramienta a aplicar en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que le servirá al Interventor de Régimen Subsidiado para conocer lo que piensa el cliente o usuario de los servicios de salud brindados por las IPS contratadas para tal fin.

### **MEDICION SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON LAS IPS DE LA RED**

#### **DATOS DE LA IPS**

- ❖ NOMBRE DE LA IPS o ESE \_\_\_\_\_
- ❖ Nivel de Complejidad: Bajo \_\_\_\_\_, Medio \_\_\_\_\_, Alto \_\_\_\_\_

❖ La IPS o ESE se encuentra inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud para la habilitación? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

❖ ¿Ante qué Entidad Territorial de Salud se encuentra inscrita?

\_\_\_\_\_

❖ Fecha de inscripción de la IPS (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

❖ La entidad ante la cual se encuentra inscrita la IPS, le realizó visita de verificación?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la IPS ya fue verificada, qué servicios le fueron habilitados? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ cuáles no \_\_\_\_\_

porqué? \_\_\_\_\_

#### EXPECTATIVA DEL USUARIO DEL SERVICIO DE SALUD AMBULATORIO

❖ Cuando usted acude a cualquiera de los servicios que presta la IPS (Urgencias, Consulta externa, Rayos X, Laboratorio, Servicio de Odontología, Programa de Crecimiento y Desarrollo, Farmacia, etc) qué espera encontrar?

\_\_\_\_\_

❖ De lo deseado, qué encontró? \_\_\_\_\_

#### EXPECTATIVA DEL USUARIO DEL SERVICIO DE SALUD HOSPITALIZADO

❖ La infraestructura del Hospital (Pisos, paredes, baños, Cielo raso, ventilación, iluminación, etc) le pareció agradable para su estadía?

SI  NO  Porqué? \_\_\_\_\_

❖ La dotación del hospital para prestar su servicio (Camas, almohadas, equipos de ayuda diagnóstica, etc) es adecuada?

SI  NO  Porqué? \_\_\_\_\_

❖ Durante su estadía en el Hospital, cómo le pareció el suministro de medicamentos?

Oportuno

Inoportuno

❖ ¿Cómo le pareció la atención del equipo de profesionales de la Salud (Especialistas, Médicos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería) del Hospital?

Buena: Es visitado diariamente, demostrando interés por su pronta recuperación y calidez en la atención.

Regular: Es visitado diariamente, pero carecen de interés por su recuperación, y poca calidez en la atención.

Mala: Es visitado cuando por algún motivo se les llama.

❖ El diagnóstico sobre su estado de salud, es claro?

SI  NO  Porqué? \_\_\_\_\_

❖ Cómo le pareció la alimentación suministrada en el Hospital?

Buena  Regular  Mala

Porqué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Encuestado

\_\_\_\_\_  
Firma Encuestador

Nota: El diligenciamiento de esta encuesta, lo hará funcionario del Ente Territorial, funcionario de la IPS o ESE y el encuestado.

## **8.7 DERECHOS Y DEBERES DE LOS AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

Es de vital importancia que la Entidad Territorial difunda los derechos y deberes de los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social, pues a medida que avanza el tiempo y ya con doce (12) años de vigencia de la Ley 100 de 1993, se observa un total desconocimiento por parte de la comunidad en general de los deberes que ésta tiene en procura de una mejor operativización del Sistema General de Seguridad Social; y por otro lado, el desconocimiento de sus derechos

no les permite exigirlos y las ARS cada vez quieren evadir más su responsabilidad para con sus afiliados.

Las Entidades Territoriales muestran demasiado desinterés ante dicha difusión, por lo tanto se sugiere que ésta se haga:

- A través de los Interventores de Régimen Subsidiado, los cuales pueden difundirlos de la siguiente manera: Mediante afiches en los diferentes lugares públicos del Municipio, mediante volantes los cuales se le deben facilitar al usuario cuando éste acuda a solicitar un servicio a la Alcaldía Municipal, utilizando los diferentes medios radiales del Municipio
- A través de las Promotoras de Salud de los Municipios.
- A través de los diferentes espacios de participación social de la localidad.
- En el mismo hospital de primer nivel, se sugiere que el Ente Territorial diseñe una especie de credencial donde por una lado se plasme los derechos y por el otro los deberes y sean entregados a los médicos del hospital para que el usuario que acuda a una consulta o a solicitar cualquier otro servicio al hospital, le sea entregado.

## **8.8 INFORMES DE INTERVENTORÍA**

De hecho estos informes son muy importantes que se elaboren al interior de las Entidades Territoriales, pues es la manera de visualizar como va el proceso de interventoría durante el desarrollo de los contratos de Régimen Subsidiado y de igual forma, en qué condiciones es entregada cuando se hace cambio de interventor.

Se sugiere hacer efectiva la cláusula VIGÉSIMA SEGUNDA - INTERVENTORÍA de la minuta contractual que hace parte integral de los contratos de Administración de Régimen Subsidiado, la cual reza "La interventoría del presente contrato, será ejercida por intermedio de EL CONTRATANTE a través del funcionario o persona que éste designe, en desarrollo de las competencias previstas en las Leyes 100 de 1993, 715 de 2001 y el Acuerdo 244 de 2003 del CNSSS, con el seguimiento y

control del cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo de EL CONTRATISTA, según los parámetros definidos de manera conjunta entre el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. Esta deberá ser permanente de carácter interno o externo y podrá ser desarrollada en el ámbito regional o municipal, debiendo elaborar como mínimo dos informes anuales y remitir el resultado a los Departamentos para su consolidación en el formato que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social".

Estos informes le permiten al CONTRATANTE mantenerse enterado del desarrollo del proceso de interventoría al interior de las Entidades Territoriales y en el evento de que se haga cambio de interventor saber en qué condiciones quedan los contratos de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado y así poderle exigir al interventor saliente que toda la información quede en los archivos para ser entregada a quien se le designe estas funciones.

Para la evaluación de éstos informes se tendrá en cuenta los lineamientos establecidos por la Circular Externa Conjunta No.018 MS-074 SNS de 1998.

Como no existe un formato establecido por norma por el nivel central para cambio de interventor durante el periodo contractual o entrega definitiva de la interventoría de Régimen Subsidiado en las Entidades Territoriales, se le sugiere a quienes están encargados de éstas funciones tener en cuenta los mencionados por el documento "Rol de la Interventoría en los contratos y convenios que celebren las entidades territoriales para garantizar la atención en salud", los cuales le servirán de guía. El resto de información, según lo que el funcionario considere importante que deba quedar consignado o plasmado al momento de su entrega. (ver anexo 10)

## **8.9 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

Ante las competencias asignadas por Ley 715 de 2001 y Resolución 0968 de 2002 a los Entes Territoriales Municipales, el Instituto Departamental de Salud del Caquetá dentro de sus funciones de Vigilancia y Control, ha brindado la capacitación necesaria a dichas Entidades con el fin de que éstos elaboren su diagnóstico de la situación de salud; pero una limitante grande que tiene el departamento de Caquetá, es que de los dieciséis (16) municipios, sólo dos (2) tienen conformada Secretaría de Salud, en el resto de municipios existen son Coordinadores de SISBEN; es decir, no hay Dirección Municipal de Salud.



En los municipios del Departamento de Caquetá la máxima autoridad en materia de salud son la IPS Públicas, éstas son las que elaboran el Perfil Epidemiológico sin la participación de la Administración Municipal; cuando la información que generan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debe servir es de insumo para que el Municipio lo elabore.

Se sugiere a los alcaldes de los municipios elaborar el diagnóstico de salud de los municipios teniendo en cuenta el presentado por el Hospital Local y ponerlo a consideración del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud – CTSSS. Una vez aprobado, propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación.

### **8.10 SEGUIMIENTO ACTIVIDADES DE P Y P A CARGO DE LAS ARS**

El que las Administraciones Municipales no estén realizando seguimiento al proceso de contratación de las actividades de P y P, análisis al porcentaje de cumplimiento de metas de dichas actividades a cargo de las Aseguradoras de Régimen Subsidiado, seguimiento a si se está haciendo algún tipo de exigencia por parte de éstas a las IPS de planes de mejoramiento para fortalecer el cumplimiento de las mismas, desconocimiento total del porcentaje de la UPC-S que están invirtiendo en actividades de P y P las ARS, es una más de las consecuencias que acarrea el hecho de no haber una Dirección Municipal de Salud en la mayoría de los Municipios del Departamento, pues toda la responsabilidad al respecto el alcalde la descarga en un coordinador de SISBEN o en un coordinador de salud, sin ninguna formación en el sector.

Para fortalecer dichas falencias se sugiere:

- Mejoramiento por las Entidades Territoriales Municipales de su estructura organizacional y administrativa respecto al sector salud ó de lo contrario nunca manejarán la integralidad de las competencias asignadas por Ley.
- Asistencia Técnica por parte del Departamento.
- Concientización y mayor compromiso por las Administraciones Municipales respecto a competencias del sector salud.

- Nombramiento de un secretario de salud municipal.

## **8.11 FLUJO DE RECURSOS**

Si bien es cierto el Nivel Central no está girando oportunamente los recursos FOSYGA a las Entidades Territoriales Municipales, éstas no pueden otorgar la inoportunidad del giro de los recursos bimestrales hacia las Administradoras de Régimen Subsidiado, pues no sólo éste recurso está financiando los contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado. Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) lo están recibiendo oportunamente; además, éstos contratos están financiados también con recursos de vigencias anteriores provenientes de excedentes de liquidación de contratos, los cuales han sido transferidos por el Departamento con bastante antelación. Recursos con los que cuenta el Municipio para efectuar los pagos respectivos.

De igual forma; deben tener en cuenta lo acordado en la minuta contractual que hace parte integral de los contratos en su cláusula OCTAVA-FORMA DE PAGO: EL CONTRATANTE pagará al CONTRATISTA, las UPC-S correspondientes a sus afiliados, resultantes del descuento del porcentaje que para acciones de Promoción y Prevención definió el CNSSS, excepto en las ARS o EPS indígenas CONTRATISTAS a las cuales no se les realizará este descuento, en cumplimiento del artículo 46 de la Ley 715 de 2001, en forma anticipada por bimestre y dentro de los (10) días siguientes al inicio del respectivo bimestre. PARÁGRAFO 2- La forma de pago de los recursos no queda sujeta a las distintas fuentes de financiación, sino exclusivamente a la disponibilidad de recursos con destino al Régimen Subsidiado del Fondo Local de Salud.

El contenido de este Parágrafo es el que no se está teniendo en cuenta por las Administraciones Municipales, pues éste les permite cancelarles a las ARS con los recursos de Régimen Subsidiado existentes en el Fondo Local de Salud de los Municipios.

Para facilitar el flujo de recursos entre los diferentes actores del sistema, se sugiere tener en cuenta lo siguiente:

1. Flujo de Recursos de las Entidades Territoriales a ARS

- En primera instancia las Administraciones Territoriales deberán crear el Fondo Local de Salud, pues en el Departamento de Caquetá no existen éstos Fondos al interior de los Municipios, los recursos llegan es a cuentas corrientes que maneja el Ente Territorial denominadas en su mayoría Régimen Subsidiado. El objetivo de éstos fondos es implementar y manejar en forma separada los recursos asignados al sector salud, especialmente los de destinación específica, con lo que se busca evitar la unidad de caja de los recursos de salud con el resto de los recursos municipales y garantizar su destinación específica, evitando su desvío.
- Deberá tener en cuenta que existen unas dependencias y cargos que intervienen en la administración del Fondo Local de Salud como son: Alcaldía, Tesorero, Dirección Territorial de Salud, Secretaria de Hacienda y Concejo Municipal.
- Las Administraciones Municipales deben llevar un estricto control de los recursos asignados, comprometidos, ejecutados y resultantes de excedentes de liquidaciones de los contratos de aseguramiento.
- Con relación a los recursos recibidos por el nivel central, las Entidades Territoriales deben llevar un control que les permita realizar seguimiento a los recursos girados a las ARS con ocasión a los contratos de Régimen Subsidiado, así sabrán cuánto de lo recibido están transfiriendo y cuánto les queda, pues hay interventores que autorizan giros por más de lo comprometido en los contratos, conllevando esto a que cuando la Dirección Departamental de Salud les pide que certifiquen saldos o recursos sin ejecutar para posibles ampliaciones de cobertura, no saben dar razón. Se sugiere formato sencillo para llevar dicho control.

### **Cuadro 9. CONTROL PAGOS DE ENTE TERRITORIAL A ARS**

**MUNICIPIO DE** \_\_\_\_\_

**PAGOS PERIODO DE CONTRATACION** \_\_\_\_\_

ARS	Fuente	Nro. de Contrato	Nro. de Afiliados	Valor Contratado	Bimestres				TOTAL PAGADO	SALDO CONTRATO
					Abril-Mayo/04		Junio-Julio/04			
					Fecha	Valor	Fecha	Valor		

- El Ente Territorial deberá exigir a las Administradoras de Régimen Subsidiado el envío del respectivo reporte de novedades dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio de cada bimestre, en caso contrario, el Ente Territorial con el fin de efectuar dichos pagos oportunamente deberá realizar el giro del bimestre correspondiente teniendo en cuenta los afiliados carnetizados fin de periodo anterior; es decir, con el reporte de novedades del bimestre anterior y seguir requiriendo al contratista el envío del mismo; los ajustes se harían al momento de liquidar el contrato.

## 2. Flujo de recursos de ARS - IPS

- Las IPS deberán entregar oportunamente a las ARS las cuentas por servicios prestados a los afiliados al Régimen Subsidiado.
- Las carteras deberán obedecer realmente a los servicios prestados a los usuarios.
- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán realizar una auditoria eficiente en su interior.

## **8.12 LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS DE RÉGIMEN SUBSIDIADO**

Ante la falta de compromiso por parte de las Entidades Territoriales para la liquidación de los contratos, el desconocimiento por parte de quienes están al frente de estos procesos de la información que debe contener una acta de liquidación y el desconocimiento por parte del alcalde de lo que significa para el Municipio liquidar dichos contratos, pues dichos saldos se convierten en nuevos cupos para el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable de su Municipio; se sugiere a las Entidades Territoriales y ARS:

- Fijar fechas donde se puedan reunir Entidades Territoriales - ARS y se pueda revisar información tal como ejecución del contrato por la ARS, pagos efectuados con ocasión al desarrollo de los contratos por el Municipio, lo que permitirá ponerse de acuerdo con relación a la información que debe contener el acta y esto facilitará adelantar dicho proceso.
- Entrar a liquidar conjuntamente los contratos aún pendientes de liquidar por las Administraciones Municipales para lo cual se sugiere el siguiente formato.

**ACTA DE LIQUIDACION DEL CONTRATO No. \_\_\_\_\_ DE ADMINISTRACION DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO, SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE \_\_\_\_\_ Y LA ADMINISTRADORA DEL REGIMEN SUBSIDIADO \_\_\_\_\_ DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1° DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.**

Entre los suscritos de un lado \_\_\_\_\_, mayor de edad, vecino del municipio de \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, actuando en nombre y representación legal del municipio de \_\_\_\_\_ en calidad de Alcalde, este interviniente actuando de una parte, y de otra, \_\_\_\_\_, mayor de edad, vecino de la ciudad de \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, quien obra en nombre y representación legal de la Administradora de Régimen Subsidiado \_\_\_\_\_, como Director Territorial, procedemos a liquidar el contrato referido según consta en el presente documento.

1. Valor inicial del contrato correspondiente al aseguramiento de personas durante _____ meses.			No. afiliados contrato
		% Participación	
SGP	_____		
FOSYGA	_____		
			Valor contrato
2. Valor del incremento de la U.P.C. por los meses de Enero a Marzo de _____ a razón de \$ _____ persona mes			Valor incremento UPC-S
3. Valor total de la contratación			Valor total contrato
			\$ _____
4. Valor correspondiente al aseguramiento de _____ personas por carnet entregados según reporte de novedades de la ARS del bimestre		ABRIL Y MAYO DE ____	\$ _____
5. Valor correspondiente al aseguramiento de _____ personas por carnet entregados según reporte de novedades de la ARS del bimestre		JUNIO Y JULIO DE ____	\$ _____
6. Valor correspondiente al aseguramiento de _____ personas por carnet entregados según reporte de novedades de la ARS del bimestre		AGOSTO Y SEPTIEMB. DE __	\$ _____
7. Valor correspondiente al aseguramiento de _____ personas por carnet entregados según reporte de novedades de la ARS del bimestre		OCTUBRE Y NOVIEMB. ____	\$ _____
8. Valor correspondiente al aseguramiento de _____ personas por carnet entregados según reporte de novedades de la ARS del bimestre		DICIEMB. DE __ Y ENERO __	\$ _____
9. Valor correspondiente al aseguramiento de _____ personas por carnet entregados según reporte de novedades de la ARS del bimestre		FEBRERO Y MARZO DE ____	\$ _____
10. Valor ejecutado del contrato			<b>0,00</b>
11. Valor pagado a CAPRECOM, con recursos de _____ según, responsabilidad contractual del Municipio			\$ _____
12. Valor pagado a CAPRECOM, con recursos de _____ según, responsabilidad contractual del Municipio			\$ _____

13. Valor total pagado del contrato				<b>0,00</b>
14. Saldo pendiente por pagar a CAPRECOM				0,00
15. Valor a pagar por el Municipio, con recursos de _____				\$ _____
16. Valor a pagar por el Municipio con recursos de _____				\$ _____
17. Valor a pagar por el Municipio con _____ Reaj. UPC-S				\$ _____
18. Valor total a pagar				<b>0,00</b>
19. Valor Saldo del Contrato				0,00
20. Con _____				
21. Con _____				
Las partes intervinientes de conformidad con la liquidación de cifras, se declaran a paz y salvo entre sí por todo concepto derivado de la relación contractual que se terminó y se liquida en la actualidad, de manera que se renuncia expresamente a cualquier reclamación posterior extrajudicial respecto de los mismos puntos relacionados con el contrato en referencia, comprometiéndose a cancelar los valores adeudados en un término de 30 días. El Municipio asumirá la responsabilidad en el caso de no haber debitado las múltiples afiliaciones.				
Se declara que con relación a todos los gastos, cuentas por pagar y a fines que hubiere asumido o en que hubiere incurrido _____ A.R.S., respecto de los acreedores de esta entidad, ella se obliga a atender y asumir de su pecunio toda erogación liberándose entonces a la parte contratante denominada MUNICIPIO.				
Para constancia de lo anterior se firma previa lectura y aprobación de su contenido por los celebrantes, a los				
_____		_____		
Alcalde Municipal		Director Territorial ARS		

- En caso de no ponerse de acuerdo las partes para entrar a finiquitar dicho proceso, se debe iniciar su liquidación unilateral.

### 8.13 SANEAMIENTO DE DEUDAS DE RÉGIMEN SUBSIDIADO

Con relación a lo aún pendiente por subsanar por las Entidades Territoriales se sugiere:

- Con la decida colaboración del Instituto Departamental de Salud como ente de Dirección Departamental de Salud promover nuevamente la conformación de Mesas de Trabajo para el Saneamiento de la Deuda, donde no se acepten delegados por parte del alcalde, sino donde se exija su presencia como ordenador del gasto, pues revisando los archivos del Instituto Departamental de Salud de Caquetá se han cursado sendas comunicaciones como organismo

de vigilancia y control para que las alcaldías cancelen dichas obligaciones, sin aún poderlo conseguir.

- De igual forma, se debe invitar para la conformación de éstas mesas a los diferentes Entes de Control (Contraloría General, Departamental, Procuraduría) quienes nos ayudarán a hacer efectivos los compromisos pactados.

## **CONCLUSIONES**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es bien complejo y a medida que transcurre el tiempo la normatividad es cambiante y si no se va a la par con las modificaciones, éste se hace cada vez más difícil de entender.

En la operativización del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud se evidencian grandes dificultades partiendo de la Identificación, Selección y Priorización de la población potencial beneficiaria de dicho Régimen, hasta el producto final que es la prestación de servicios de salud.

Según resultados de dicha evaluación se concluye que el ejercicio de interventoría a los contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado en el Departamento de Caquetá lo están desarrollando de manera Deficiente el 63% de los Municipios, el 25% de los mismos, Aceptable y el 12% Satisfactorio. La deficiencia en su desarrollo debido a las siguientes causas:

- Desinformación por mandatarios locales sobre el contenido del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Régimen Subsidiado, pues a pesar que instituciones de Vigilancia y Control como es el Instituto Departamental de Salud del Caquetá los convoca a reuniones para la socialización de normas, éstos no asisten, siempre envían funcionarios de la administración municipal como delegados.
- Desinterés por parte de los Alcaldes Municipales sobre la operativización del sistema; en su mayoría dicha connotación obedece a que como los recursos de subsidio a la demanda son de destinación específica y la Entidad Territorial no los puede desviar o apropiar para otras cosas, entonces a los burgomaestres no les interesa el cuento del Régimen Subsidiado.
- Se evidencia falta de compromiso por los funcionarios de las Entidades Territoriales responsables del aseguramiento de la población (Coordinadores de Salud, de SISBEN e Interventores de Régimen Subsidiado), en su mayoría por: desconocimiento de la norma, inestabilidad laboral de Coordinadores de Salud y SISBEN e Interventores de Régimen Subsidiado y falta de definición del ente rector de la salud en los municipios, sólo existen dos (2) secretarías de salud.



- Los continuos cambios en las Administraciones Municipales de los interventores de Régimen Subsidiado, funcionarios responsables de realizarle seguimiento al cabal cumplimiento de las cláusulas pactadas en los contratos de aseguramiento; lo que acarrea pérdida de la información, no-continuidad en los diferentes procesos; pues unos lo ejercen con mayor responsabilidad que otros; sumado a ésto quienes son nombrados por compromiso político.
  
- Desconocimiento y falta de concientización por parte de los Interventores de Régimen Subsidiado de su verdadero rol dentro de las administraciones municipales como representantes de la parte CONTRATANTE dentro del desarrollo de los contratos de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado.
  
- Falta de exigencia de los funcionarios designados o nombrados para tal fin (Interventor de Régimen Subsidiado) al contratista (ARS) de toda la información que soporta dichos contratos (Pólizas de Garantía y Cumplimiento, de Alto Costo, Contratos de prestación de servicios con los cuales se está garantizando la Red, matrices de P y P de actividades a cargo de esta aseguradoras, carnetización de la población, etc)
  
- Los interventores de Régimen Subsidiado no están realizando un verdadero seguimiento al flujo de recursos del Régimen Subsidiado; si bien es cierto están evaluando la cancelación de los recursos hacia las Administradoras de Régimen Subsidiado; también deben vigilar que éstas estén desembolsando oportunamente dichos recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
  
- Los resultados de la presente evaluación serán socializados con los responsables del proceso, sensibilizándolos para la toma de decisiones.

## **RECOMENDACIONES**

1. Desarrollo de estrategias de sensibilización, capacitación, asesoría y seguimiento a los futuros mandatarios Departamentales y Locales, junto con su personal directivo y asesores, incluyendo a los miembros de juntas locales, consejos y asamblea Departamental, juntas de acción comunal, y demás personas, de tal manera que haya finalmente una socialización del concepto, normatividad, desarrollo, Inspección, Vigilancia y control del Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social.
2. Que la persona a quien los mandatarios locales le designen la responsabilidad de ejercer la interventoría a los Contratos de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado, sea por lo menos profesional universitario; pues así no se tenga experiencia en este campo ésta se va adquiriendo durante el ejercicio de sus funciones; de igual forma, que dicha persona sea seleccionada mediante un test o cualquier otra herramienta que le permita a la Administración Municipal evaluar sus conocimientos generales sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde se visualice que tenga una visión clara de su verdadero rol de la interventoría dentro de las Administraciones Locales; puesto que esto será garantía en primera instancia que con pleno conocimiento de causa sepan las funciones que están asumiendo, que exijan realmente al contratista el cumplimiento de lo pactado y en el evento de incumplimiento reiterativo, se impongan las multas y sanciones a que haya lugar.
3. Que al funcionario designado internamente o contratado externamente para cumplir las funciones de interventoría; se le garantice la vinculación al municipio como mínimo por el periodo contractual, pues los cambios dentro del mismo han traído serias dificultades a dicho proceso y que en el evento que por las razones que sea el Alcalde Municipal decida cambiarlo, se le exija el correspondiente informe de interventoría para que el entrante sepa en qué condiciones recibe dicho proceso, lo que puede ampararlo de cualquier responsabilidad civil o penal.

Las anteriores recomendaciones en cuanto al perfil y características de las personas quienes van a estar al frente de las Entidades Territoriales y de las Interventorías de Régimen Subsidiado. Las siguientes recomendaciones se harán con relación al proceso de interventoría como tal.

4. Mayor seguimiento por parte de Interventores de Régimen Subsidiado a:

- ❖ Red Prestadora de Servicios de Salud
- ❖ Sistema de referencia y contrarreferencia
- ❖ Pólizas de Garantía y Cumplimiento
- ❖ Pólizas para el Reaseguro de Enfermedades de Alto Costo
- ❖ Proceso de contratación y cumplimiento de metas de las actividades de P y P a cargo de las Administradoras de Régimen Subsidiado y del Municipio.
- ❖ Divulgación de Deberes y Derechos por parte de ARS y Municipios.
- ❖ Satisfacción de los usuarios con las IPS de la Red de Servicios.
- ❖ Flujo de recursos entre los diferentes actores del sistema (Nivel central, Entidades Territoriales Municipales, ARS e IPS.
- ❖ Liquidación de contratos de Régimen Subsidiado
- ❖ Proceso de saneamiento de deudas de Régimen Subsidiado de periodos anteriores

5. Que se adopten instrumentos y formatos para el mejoramiento de las interventorías a los contratos de administración de recursos del Régimen Subsidiado, con el fin de llevar un control exhaustivo de la información que los soporta y de entrar a finiquitar los procesos de liquidación de contratos y saneamiento de deudas de Régimen Subsidiado de periodos anteriores.

La propuesta del presente estudio sugiere instrumentos como:

- Control Póliza de Garantía y Cumplimiento (Ver pág. 88)
- Control Póliza para el Reaseguro de Enfermedades de Alto Costo (Ver pág. 90)

- Acto administrativo de aprobación de Póliza de Garantía Cumplimiento de los contratos. (Ver anexo 5)
- Acto administrativo de rechazo de Póliza de Garantía Cumplimiento de los contratos. (Ver anexo 6)
- Acto administrativo de aprobación de Póliza de Alto Costo (Ver anexo 7)
- Acto administrativo de rechazo de Póliza de Alto Costo (Ver anexo 8)
- Control de contratos de prestación de servicios (ver pág. 91)
- Aspectos a seguir para el establecimiento del Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU) en nuestras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (ver pág. 96)
- Instrumento para medir la satisfacción de los usuarios con las IPS de la Red (ver pág. 97)
- Modelo de acta de cambio de interventor (ver anexo 10)
- Control pagos efectuados por Entidades Territoriales a ARS (ver pág. 104)
- Formato para la liquidación de contratos de Régimen Subsidiado (ver pág. 106)
- Se recomienda a las Administraciones Municipales tener en cuenta la propuesta aquí planteada, con la plena convicción que lo sugerido le ayudará a mejorar el seguimiento al objeto de los contratos de Administración de Recursos que financian el aseguramiento al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable de los Municipios del Departamento de Caquetá.

## **BIBLIOGRAFIA**

ARANGO DE BUITRAGO, Luz Estela. JANGUITO BONNET, Roberto. LOPEZ CASAS, Juan Gonzalo. Ministerio de la Protección Social - Ministerio de Hacienda y Crédito Público - Secretaria Técnica CNSSS. ACUERDO 244. Enero 31 de 2003.

Caja de Herramientas para la Gestión Municipal del Régimen Subsidiado (Cendex U. Javeriana). Bogotá. 2005.

CASTRO ESPINOSA, Carlos José. Ministerio de Salud. ACUERDO 225. Bogotá. 2002.

CIRCULAR No.0026 de 2004, Instrucciones para la contratación del Régimen Subsidiado que inicia el 1ero. de abril de 2005.

Documento ROL DE LA INTERVENTORIA en los contratos y convenios que celebren las Entidades Territoriales para garantizar la atención en salud, Superintendencia Nacional de Salud,

Elementos para la Gestión Local de la Seguridad Social en Salud, Escuela Superior de Administración Pública ESAP. Programa de Gerencia en Servicios de Salud. Bogotá. 1999

FORERO DE SAADE, María Teresa y SIERRA TORRES, Luis Alberto. Ministerio de Salud - Superintendencia Nacional de Salud. CIRCULAR EXTERNA CONJUNTA No.018 MS-074 SNS. Bogotá. Junio 30 de 1998.

GAVIRIA TRUJILLO, César. Presidencia de la República. LEY 60. Bogotá. Agosto 12 de 199.

GAVIRIA TRUJILLO, César. Presidencia de la República. LEY 80. Bogotá. Octubre 10 de 1993.

GAVIRIA TRUJILLO, César. Presidencia de la República. LEY 100. Bogotá. Enero 26 de 1993.

GALVIS RAMIREZ, Virgilio. Ministerio de Salud. CIRCULAR EXTERNA 009 de 1999. Bogotá. Marzo 9 de 1999.

JUNGUITO BONNET, Roberto. LONDOÑO DE LA CUESTA, Juan Luis. MONTENEGRO TRUJILLO, Santiago. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Departamento Nacional de Planeación. DECRETO 050. Bogotá. Enero 13 de 1993.

MORALES BALLESTEROS, Norberto. VILLAZÓN DE ARMAS, Crispin. LORDUY LORDUY, Luis. Cámara de Representantes – Senado de la República. LEY 10 Bogotá. Enero 10 de 1990.

PASTRANA ARANGO, Andrés. Presidencia de la República. LEY 715. Bogotá. Diciembre 31 de 2001.

URIBE VELEZ, Alvaro. CARRASQUILLA BARRERA, Alberto. MONTENEGRO TRUJILLO, Santiago. Ministerio de Salud – Ministerio de Hacienda y Crédito Público – Departamento Nacional de Planeación. LEY 812. Junio 26 de 2003.

URIBE VÉLEZ, Alvaro. Presidencia de la República. DECRETO 3260. Bogotá. Octubre 7 de 2004.

## INSTRUMENTO PARA LA EVALUACION DE LAS INTERVENTORIAS DE REGIMEN SUBSIDIADO

### INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL INTERVENTOR

Municipio y fecha: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Externo \_\_\_\_\_ Interno \_\_\_\_\_

Desempeña otro cargo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_Cuál?  
\_\_\_\_\_

Formación académica \_\_\_\_\_ Experiencia Régimen Subsidiado SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Tiempo vinculación al Municipio \_\_\_\_\_ Acto vinculación \_\_\_\_\_ Duración dicho acto \_\_\_\_\_

### IDENTIFICACION, SELECCIÓN Y PRIORIZACION DE POTENCIALES BENEF. DEL RÉG.SUBSIDIADO

Se ha diseñado en su municipio instrumento diferente a la encuesta del SISBEN y a los mencionados por el Acuerdo 244 en su artículo 4, para la identificación de potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Propone el Ente Territorial alguno para dicha identificación SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¡Cuál?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Existe listado de priorizados actualizado SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¡Se dispone de él entre los 150 y 120 días calendarios antes del

proceso de contratación? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¡Con qué periodicidad se actualiza?  
\_\_\_\_\_

Cree usted que aparte del SISBEN se deba adoptar otro mecanismo para la selección de beneficiarios al Régimen Subsidiado SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuál propondría?

\_\_\_\_\_

Las ARS o la Asociación de Usuarios verifica que se cumplan las condiciones para ser beneficiarios de los subsidios en Salud SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Con qué periodicidad?

\_\_\_\_\_

Cree usted que deba existir otro mecanismo para que la población que asiste a un proceso de libre elección acceda a su carné de Régimen Subsidiado SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuál?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL PROCESO DE INTERVENTORIA**

ARS \_\_\_\_\_ No. Contrato \_\_\_\_\_ Afiliados \_\_\_\_\_ Valor \$

\_\_\_\_\_

#### **POLIZAS**

Garantía y Cumplimiento No. \_\_\_\_\_ Vigencia \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

Aseguradora \_\_\_\_\_ Población asegurada \_\_\_\_\_ % equivalencia contrato bipartito \_\_\_\_\_

Alto Costo No. \_\_\_\_\_ Vigencia \_\_\_\_\_ Valor \$

\_\_\_\_\_

Aseguradora \_\_\_\_\_ Población asegurada \_\_\_\_\_

#### **GARANTIA ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ANTES DE CARNETIZACION**

Contrato No. \_\_\_\_\_ IPS Contratada (s) \_\_\_\_\_

No. afiliados \_\_\_\_\_ Vigencia \_\_\_\_\_ Valor \$

\_\_\_\_\_



Contrato No. \_\_\_\_\_ IPS Contratada  
(s) \_\_\_\_\_

No. afiliados \_\_\_\_\_ Vigencia \_\_\_\_\_ Valor \$  
\_\_\_\_\_

Otro  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Previo al inicio del contrato, la ARS suministra a la IPS listados o bases de datos de afiliados SI \_\_\_\_\_ NO  
\_\_\_\_\_

### **CARNETIZACION**

El carné es expedido al momento de la afiliación; SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ La carnetización se realiza según  
plazos

establecidos para tal fin SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Vigencia del carné: Definido \_\_\_\_\_ Indefinido \_\_\_\_\_

% Carnetización por ARS \_\_\_\_\_

### **CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

Nivel de complejidad \_\_\_\_\_ No.Contrato \_\_\_\_\_ Modalidad \_\_\_\_\_ Contratista  
\_\_\_\_\_

No. Afiliados \_\_\_\_\_ % UPC-S contratada \_\_\_\_\_ Vigencia  
\_\_\_\_\_

Nivel de complejidad \_\_\_\_\_ No.Contrato \_\_\_\_\_ Modalidad \_\_\_\_\_ Contratista  
\_\_\_\_\_

No. Afiliados \_\_\_\_\_ Vigencia \_\_\_\_\_

Nivel de complejidad \_\_\_\_\_ No.Contrato \_\_\_\_\_ Modalidad \_\_\_\_\_ Contratista  
\_\_\_\_\_

No. Afiliados \_\_\_\_\_ Vigencia \_\_\_\_\_

¿Con la Red contratada se cubre la prestación de todos servicios contemplados en el POS-S? SI \_\_\_\_\_ NO  
\_\_\_\_\_

Nota:

---

---

---

---

### **SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

Conoce el Sistema de Referencia y Contrarreferencia con el cual la ARS garantiza los servicios de salud a los afiliados del Régimen Subsidiado? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

### **LIBRE ELECCION DE PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD**

La ARS respeta el principio de libre elección de IPS, a sus usuarios? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Porqué?

---

---

### **PROGRAMAS DE P y P A GARGO DE LAS ARS Y LOS MUNICIPIOS**

¿El Municipio ha elaborado su Perfil Epidemiológico? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ; Porqué?

---

Conoce matrices de programación de P y P a cargo de las ARS; SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_, y a cargo del Municipio? SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_ i \_\_\_\_\_ Porqué?

---

¿Cree usted que las actividades incluidas en las matrices de programación de P y P obedecen al Perfil Epidemiológico del

Municipio? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

El Municipio realiza el proceso de contratación de las actividades de P y P conforme a lo previsto por Ley? SI \_\_\_\_\_

---

NO \_\_\_\_\_ Porqué?

---

¿El Municipio hace seguimiento al proceso de contratación de las actividades de P y P a cargo de las ARS?  
SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_ Porqué?

\_\_\_\_\_

¿El Municipio hace análisis del % de cumplimiento de metas de las actividades de P y P que están a cargo de las ARS?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Porqué?

\_\_\_\_\_

y de las actividades a cargo del Municipio? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Porqué

\_\_\_\_\_

Hay planes o programas de demanda inducida a los afiliados del Régimen Subsidiado de su municipio de las actividades a

cargo de la ARS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_, y de las actividades a cargo del Municipio? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Conoce si se han suscrito planes de mejoramiento para fortalecer el cumplimiento de metas a cargo de las ARS? SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_, y para las a cargo del Municipio? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Qué porcentaje de UPC-S invierte la ARS en P y P? \_\_\_\_\_; No conoce \_\_\_\_\_

### **SISTEMA DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN AL USUARIO**

¿Ha implementado el Ente Territorial algún mecanismo para promulgar y difundir Deberes y Derechos de los beneficiarios al

Régimen Subsidiado? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

La ARS cuenta con Portafolio de Servicios SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_, La ARS cuenta con mecanismo para promulgar Deberes

y Derechos de los beneficiarios del Rég. Subsidiado SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cuál

\_\_\_\_\_

Nota:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **MEDICION SATISFACCION DE USUARIO**

Conoce instrumento diseñado por la ARS para medir satisfacción de usuario SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cuál \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Con qué periodicidad lo aplica \_\_\_\_\_

El Municipio ha diseñado alguno para tal fin SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cuál \_\_\_\_\_

Con qué periodicidad lo aplica \_\_\_\_\_

Ha utilizado el Municipio algún mecanismo para evaluar la satisfacción del usuario con las IPS de la Red de Servicios?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Porqué? \_\_\_\_\_

¿Existe en el Municipio sistema de quejas y reclamos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Porqué? \_\_\_\_\_

### **FLUJO DE RECURSOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO**

Tipo de cuenta donde llegan los recursos del Régimen Subsidiado, Cuenta Corriente \_\_\_\_\_ Cuenta Ahorro \_\_\_\_\_

Nombre de la cuenta \_\_\_\_\_ No. Cuenta \_\_\_\_\_

Entidad Bancaria \_\_\_\_\_

Los Recursos de SGP son transferidos con qué periodicidad? \_\_\_\_\_ A la fecha, que mes han

recibido \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_ Fecha consignación \_\_\_\_\_

Los Recursos de FOSYGA son transferidos con qué periodicidad? \_\_\_\_\_ A la fecha, que bimestre han

recibido \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_ Fecha consignación \_\_\_\_\_

**FLUJO DE RECURSOS DEL ENTE TERRITORIAL A LAS ARS (DILIGENCIAMIENTO FORMATO REPORTE DE PAGOS) .**

CANCELACIÓN DE RECURSOS DERIVADOS DE LA LIQUIDACIÓN DE CONTRATOS DE RÉGIMEN SUBSIDIADO DE ENTE TERRITORIAL A LAS ARS VIGENCIA 2002-2003 Y 2003-2004.

SEGUIMIENTO A LA CANCELACIÓN DE RECURSOS CON RELACIÓN AL SANEAMIENTO DE LAS DEUDAS DE RÉGIMEN SUBSIDIADO ART. 49 DECRETO 050.

**FLUJO DE RECURSOS ARS - IPS**

El Ente Territorial solicita trimestralmente a la ARS Estado de Cartera con las IPS Públicas y Privadas SI  
\_\_\_\_ NO \_\_\_\_

EN VISITA EN TERRENO SOLICITUD DEL ESTADO DE CARTERA DE LAS ARS QUE OPERAN EN EL MUNICIPIO CON LAS I.P.S. PÚBLICAS Y PRIVADAS(VER ANEXO 6)

OBSERVACIONES

---

---

---

---

---

---

FIRMA DEL INTERVENTOR \_\_\_\_\_

**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACION DE LA POLIZA  
DE GARANTIA Y CUMPLIMIENTO**

RESOLUCIÓN No. DE \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

Por la cual se aprueba una póliza

EL ALCALDE DEL MUNICIPIO DE \_\_\_\_\_, en uso de sus facultades legales, y

**CONSIDERANDO**

1. Que con fecha \_\_\_\_\_ se suscribe el contrato No. \_\_\_\_\_ de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado entre la Alcaldía de \_\_\_\_\_ y la ARS \_\_\_\_\_.
2. Que para el perfeccionamiento del mencionado contrato se hace necesario que el contratista constituya a favor del contratante una Póliza de Garantía y Cumplimiento expedida por una Compañía de Seguros autorizada por la Superintendencia Bancaria, que avale el cumplimiento de las obligaciones que adquiere por un valor equivalente al (10%) del valor del contrato y cuatro (4) meses más del término de duración del presente contrato.
3. Que una vez verificada la validez, vigencia, valor y cubrimiento de la población de la Póliza constituida, cumple con los parámetros exigidos, por lo que se hace necesario aprobarla.

**RESUELVE**

ARTICULO PRIMERO. Aprobar la Póliza No. \_\_\_\_\_ de la aseguradora \_\_\_\_\_ con una vigencia \_\_\_\_\_, que garantiza el cumplimiento de las cláusulas pactadas mediante contrato No. \_\_\_\_\_ de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Municipio, fecha

---

Contratante

**ACTO ADMINISTRATIVO DE RECHAZO DE LA POLIZA  
DE GARANTIA Y CUMPLIMIENTO**

RESOLUCIÓN No. DE \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

Por la cual se rechaza una póliza

EL ALCALDE DEL MUNICIPIO DE \_\_\_\_\_, en uso de sus facultades legales, y

**CONSIDERANDO**

1. Que con fecha \_\_\_\_\_ se suscribe el contrato No. \_\_\_\_\_ de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado entre la Alcaldía de \_\_\_\_\_ y la ARS \_\_\_\_\_.
2. Que para el perfeccionamiento del mencionado contrato se hace necesario que el contratista constituya a favor del contratante una Póliza de Garantía y Cumplimiento expedida por una Compañía de Seguros autorizada por la Superintendencia Bancaria, que avale el cumplimiento de las obligaciones que adquiere por un valor equivalente al (10%) del valor del contrato y cuatro (4) meses más del término de duración del presente contrato.
3. Que una vez verificada la validez, vigencia, valor y cubrimiento de la población de la Póliza constituida, ésta no cumple con los parámetros exigidos, por lo que se hace necesario rechazarla.

**RESUELVE**

ARTICULO PRIMERO. Rechazar la Póliza No. \_\_\_\_\_ de la aseguradora \_\_\_\_\_ con una vigencia \_\_\_\_\_, que garantiza el cumplimiento de las cláusulas pactadas mediante contrato No. \_\_\_\_\_ de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado.

**COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE**



Municipio, fecha

---

Contratante

**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACION DE LA POLIZA DE ALTO COSTO**

RESOLUCIÓN No. DE \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

Por la cual se aprueba una póliza

EL ALCALDE DEL MUNICIPIO DE \_\_\_\_\_, en uso de sus facultades legales, y

CONSIDERANDO

1. Que con fecha \_\_\_\_\_ se suscribe contrato No. \_\_\_\_\_ de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado entre la Alcaldía de \_\_\_\_\_ y la ARS \_\_\_\_\_.
2. Que para el perfeccionamiento del mencionado contrato se hace necesario que el contratista constituya una Póliza de Alto Costo expedida por una Compañía de Seguros autorizada, para el reaseguro de Enfermedades de Alto Costo de la población afiliada en el Municipio de \_\_\_\_\_.
3. Que una vez verificada la validez, vigencia, y cubrimiento de la población de la Póliza constituida, cumple con los parámetros exigidos, por lo que se hace necesario aprobarla.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO. Aprobar la Póliza No. \_\_\_\_\_ de la aseguradora \_\_\_\_\_ con una vigencia de \_\_\_\_\_, que reasegura los riesgos derivados de la atención de Enfermedades calificadas por el CNSSS como alto costo de la población asegurada mediante contrato No. \_\_\_\_\_ de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Municipio, fecha

---

Contratante

## ACTO ADMINISTRATIVO DE RECHAZO DE LA POLIZA DE ALTO COSTO

RESOLUCIÓN No. DE \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

Por la cual se rechaza una póliza

EL ALCALDE DEL MUNICIPIO DE \_\_\_\_\_, en uso de sus facultades legales, y

### CONSIDERANDO

1. Que con fecha \_\_\_\_\_ se suscribe el contrato No. \_\_\_\_\_ de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado entre la Alcaldía de \_\_\_\_\_ y la ARS \_\_\_\_\_.
2. Que para el perfeccionamiento del mencionado contrato se hace necesario que el contratista constituya una Póliza de Alto Costo expedida por una Compañía de Seguros autorizada, para el reaseguro de Enfermedades de Alto Costo de la población afiliada en el Municipio de \_\_\_\_\_.
3. Que una vez verificada la validez, vigencia, y cubrimiento de la población de la Póliza constituida, ésta no cumple con los parámetros exigidos, por lo que se hace necesario rechazarla.

### RESUELVE

ARTICULO PRIMERO. Rechazar la Póliza No. \_\_\_\_\_ de la aseguradora \_\_\_\_\_ con una vigencia de \_\_\_\_\_, que reasegura los riesgos derivados de la atención de Enfermedades calificadas por el CNSSS como alto costo de la población asegurada mediante contrato No. \_\_\_\_\_ de Administración de Recursos del Régimen Subsidiado.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Municipio, fecha

---

Contratante

## NIVELES DE COMPLEJIDAD DEL POS-S

I NIVEL DE COMPLEJIDAD	<p>Atención inicial de urgencias          Actividades de protección específica y detección temprana          Consulta médica y odontología general          Laboratorio clínico          Rayos X          Pequeños procedimientos          Suministro de medicamentos ambulatorios          Hospitalización de baja complejidad (manejo de medicina general) incluye atención de parto de bajo riesgo.</p>
II Y III NIVEL DE COMPLEJIDAD	<p>Atención integral en Ginecoobstetricia          Pediatría para menores de un año.          Optometría y Oftalmología para menores de 20 años y mayores de 60 (incluye suministro de lentes y subsidio de montura).          Manejo de estrabismo para menores de 5 años y diagnóstico de cataratas en cualquier edad.          Atención integral de Traumatología y Ortopedia (incluye suministro de material de osteosíntesis, vendas de yeso, procedimientos diagnósticos y terapéuticos (art. 68 Res.5261/94)          Atención en Fisiatría y terapia física para los casos de Traumatología y Ortopedia que lo requieran como parte de su atención integral, incluyendo consulta, procedimientos y suministro de medicamentos y material medicoquirúrgico. El suministro de Prótesis y Ortesis se hará con sujeción a lo dispuesto en el art.12 Res.5261/94.</p>
ATENCIÓN HOSPITALARIA DE MAYOR COMPLEJIDAD.	<p>Los casos de patologías relacionadas con el embarazo, parto o puerperio.          El Menor de un año cualquier patología.          Apendicectomía, colecistectomía o histerectomía por causas diferentes al cáncer.          Atención de traumatología y ortopedia (intervenciones establecidas en la Res. No.5261/94)          Diagnóstico de estrabismo en menores de cinco años y de cataratas en cualquier edad, incluyendo el suministro del lente intraocular y procedimientos quirúrgicos descritos Res.5261/94.</p> <p><i>Se incluye la atención por los profesionales técnicos y auxiliares el suministro de medicamentos, de material medicoquirúrgico y de osteosíntesis, vendas de yeso, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y los derechos de hospitalización, sala de partos y cirugía en la complejidad necesaria para la atención integral.</i></p>
ATENCIÓN ENFERMEDADES DE ALTO COSTO.	<p>Patologías cardíacas de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales.          Patologías del sistema nervioso central          Gran quemado          Infección por VIH</p>

	Cáncer Reemplazo articular parcial o total de cadera o rodilla Cuidados intensivos.
--	---

## MODELO ACTA DE CAMBIO DE INTERVENTOR

CONTRATO No.

CONTRATISTA

OBJETO DEL CONTRATO

FECHA DE LA PRESENTE ACTA

En el Municipio o ciudad de \_\_\_\_\_ a los ( ) días del mes de \_\_\_\_\_ de 200\_\_ en las Oficinas de \_\_\_\_\_ se reunieron los señores \_\_\_\_\_, representante legal de \_\_\_\_\_ (entidad territorial o dirección territorial de salud), \_\_\_\_\_, en calidad de INTERVENTOR SALIENTE del contrato de la referencia, y \_\_\_\_\_

INTERVENTOR ENTRANTE del mismo contrato, con el fin de hacer entrega y de recibir la interventoría del citado contrato. El representante legal de la dirección territorial de salud manifiesta que el retiro (temporal o definitivo) del INTERVENTOR SALIENTE obedece a las siguientes razones:

\_\_\_\_\_ EL INTERVENTOR SALIENTE hace constar que el citado contrato se encuentra en las siguientes condiciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para constancia se firma por quienes han intervenido en esta diligencia, una vez aprobada.

EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA DIRECCION DE SALUD



EL INTERVENTOR SALIENTE  
ENTRANTE

EL INTERVENTOR