



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Caracterización de función rectora ejercida por la dirección de aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud dentro del SGSSS

Carlos Eduardo Rincón Torres

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública
Bogotá, D.C. Colombia
2011

Caracterización de función rectora ejercida por la dirección de aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud dentro del SGSSS

Carlos Eduardo Rincón Torres

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Salud Pública

Director:
Magister en Salud Pública. Dr. Carlos Sarmiento L

Línea de Investigación:
Investigación cualitativa de tipo exploratorio para la caracterización de la dirección de
aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud con el fin de aproximarse analíticamente a las
fallas del aseguramiento en el distrito capital

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública
Bogotá, D.C., Colombia
2011

Este trabajo de tesis está enteramente dedicado a mis amadísimos padres Crispiniano Rincón y Dora Sofía Torres, a mi tierna y amada esposa Ginna Fernanda Rojas, a mi hija Adriana Alexandra, a mis hermanos (as) Dora Cristina, Amanda, Gonzalo, Rigoberto y Orlando, a mis cuñados (as) Arturo Motta, Clemencia Marín y Beatrice Ravold, a mis sobrinos (as) Luisa Fernanda, Ingrith, Charlotte y André, a mis tíos (as) Judith, Esperanza, Teresa, Gloria Carmenza, Otoniel, Ciro Fernando, Cesar Augusto, Emigdio, Alfonso y Sandra Patiño, Víctor Calderón, Cecilia Villalobos, Gladys Casanova, a mis primos (as) Ana María, Guigliola, Daviana, Linda, Angelita, Carol, Ana María Enriqueta, Anthony, Juan David, Pablo Emilio, Emilio Alfonso, a los padres de mi señora Don Carlos Arturo Rojas y la Señora Blanquita, a mis cuñados Bibiana y Fabián Arturo, a mis amigos Luis Francisco Gómez, Juan Manuel Arango, Flor Alba Puertas a su hijo Juan José y a la niña más hermosa Lucianita. Gracias por atreverse a confiar en mí; es obvio que sin ustedes este sueño nunca hubiera sido completado. Sencillamente ustedes son la base de mi vida profesional y toda la vida les estaré agradecido. Realmente no hay palabras que expresen lo mucho que quiero agradecerles.

Agradecimientos

Por esta tesis pero sobre todo por estos años de vida compartidos:

A Dios por demostrarme tantas veces su existencia, la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

A mis padres por su determinación entrega y humildad, por sus enseñanza y porque siempre alimentan mi alma.

A mi amadísima esposa por su amor incondicional, compañía permanente y constante, apoyo físico y espiritual en estos 10 años. Su cariño, comprensión y paciente espera.

A mis hermanos, tíos, sobrinos, primos y demás familiares por su cariño incondicional, tolerancia, entrega, compañía, guía, consejos y recomendaciones.

A mis amigos Juan Manuel, Luis Francisco, Carlos Arturo, Fabián Arturo gracias por su confianza, colaboración permanente y desinteresada.

A todos mis Profesores, pero en especial al Dr. Carlos Sarmiento, a la Dra. Roció Robledo y al Dr. Jaime Cardona, por compartir y transmitirme sus conocimientos y en forma generosa y continua, sus valiosas enseñanzas

Resumen

El resumen es una presentación abreviada y precisa (la NTC 1486 de 2008 recomienda). El presente trabajo es una investigación cualitativa de tipo exploratorio que caracteriza la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud con el fin de aproximarse analíticamente a las fallas del aseguramiento en el Distrito Capital.

Contempla una revisión documental mediante metodología cualitativa de estudio descriptivo, que se concentra en revisión de información, en este caso de la normatividad expedida que incluye todas las leyes, decretos, resoluciones y acuerdos que tengan relación con el tema de estudio para identificarlos de forma coherente. Contempla la búsqueda en internet de las diferentes normas y reglamentaciones, así como la referencia de documentos de consulta de la Secretaría de Salud y más aún de documentación de la Dirección de Aseguramiento de la SDS, una revisión transversal que permite identificar el alcance de las competencias de Rectoría en Salud de la Dirección de Aseguramiento en Salud de la SDS dentro del SGSSS.

Este trabajo dentro del contexto del tema en estudio, presenta la revisión de los Modelos de Sistemas de Salud conocidos a nivel internacional, para luego tratar específicamente lo relacionado a la evolución histórica de los sistemas de salud, la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, la importancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, comportamiento del aseguramiento, dificultades del modelo, para llegar a la rectoría en salud, su definición, las dimensiones de la función rectora en salud, modulación y regulación, desempeño de las funciones esenciales de salud pública, el aseguramiento, su definición y contextualización, se identifica la Dirección de Salud a nivel Territorial con el Plan de Desarrollo para Bogotá 2008-2012, para así con este marco de referencia entrar en el desarrollo de éste trabajo con la descripción del Sector Salud en Bogotá, de las Funciones de la Secretaría Distrital de Salud como ente territorial dentro del SGSSS, se describió la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud con su Mapa de Procesos, llegando a caracterización de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, por medio de la identificación de sus Procesos, su Estructura Organizacional, contemplados en los Manuales de Organización y de Funciones de la Dirección de Aseguramiento, así como caracterización del talento humano que hace parte de la Dirección de Aseguramiento, describe las Política de Aseguramiento para el 2010, para la identificación del

conocimiento en rectoría del recurso humano de la Dirección de Aseguramiento, se utilizó una encuesta seguida de la elaboración de un árbol de problemas, indicando las posibles causas y sus efectos, con la participación del talento humano de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud.

Todo desde la óptica de la Dirección de Aseguramiento, la cual constituye una herramienta para los funcionarios de esta Dirección, al determinar la caracterización de la función rectora. No obstante, este documento también será útil para el sector salud, para la creación de Políticas Públicas, los usuarios de los servicios de salud y el resto de la población colombiana.

Palabras clave: Dirección de Aseguramiento, Función Rectora, Modelos de Sistemas de Salud, aseguramiento, salud pública.

Abstract

The present work is a qualitative investigation of exploratory type that characterizes the Direction of Insurance of the Secretariat District of Health in order to come closer analytical the faults of the insurance in the Cardinal District.

He contemplates a documentary review by means of qualitative methodology of descriptive study, which centers in review of information, in this case of the sent normative that includes all the laws, decrees, resolutions and agreements that have relation with the topic of study to identify them of coherent form. He contemplates the search in Internet of the different procedure and regulations, as well as the reference of documents of consultation of the Secretariat of Health and even more of documentation of the Direction of Insurance of the SDS, a transverse review that allows to identify the scope of the competitions of Parsonage in Health of the Direction of Insurance in Health of the SDS inside the SGSSS.

This work inside the context of the topic in study, he presents the review of the System models of Health known worldwide, then to treat specifically related to the historical evolution of the systems of health, the evaluation of the performance of the systems of health, the importance of the General System of National Health Service in Health, behavior of the insurance, difficulties of the model, to come to the parsonage in health, his definition, the dimensions of the governing function in health, modulation and regulation, performance of the essential functions of public health, the insurance, his definition and contextualization, the Direction of Health is identified to Territorial level by the Plan of Development for Bogota 2008-2012, for this way with this frame of reference work entered in the development of this one with the description of the Sector Health in

Bogota, of the Functions of the Secretariat District of Health as territorial entity inside the SGSSS, there was described the Structure Organizational of the Secretariat Districted of Health by his Map of Processes, coming to characterization of the Direction of Insurance of the Secretariat District of Health of Bogota, by means of the identification of his Processes, his Structure Organizational, contemplated in the Manuals of Organization and of Functions of the Direction of Insurance, as well as characterization of the human talent that does part of the Direction of Insurance, it describes the Politic of Insurance for 2010, for the identification of the knowledge in parsonage of the human resource of the Direction of Insurance, there was in use a survey followed by the production of a tree of problems, indicating the possible reasons and his effects, with the participation of the human talent of the Direction of Insurance of the Secretariat District of Health.

Everything from the optics of the Direction of Insurance, which constitutes a tool for the civil servants of this Direction, on having determined the characterization of the governing function. Nevertheless, this document also will be useful for the sector health, for the creation of Public Policies, the users of the services of health and the rest of the Colombian population.

Key words: Direction of Insurance, Governing Function, System models of Health, insurance, public health.

Contenido

	Pág.
Introducción	1
1. Problema de investigación	3
1.1. Pregunta de investigación	5
2. Justificación	7
3. Objetivos	9
3.1 Objetivos General	9
3.2 Objetivos Específicos	9
4. Marco teórico	11
4.1. Sistema de salud	11
4.1.1. Modelos de Sistemas de Salud	13
4.1.2. Evolución Histórica de los Sistemas De Salud	15
4.2. El sistema general de seguridad social en salud	16
4.2.1. Comportamiento del Aseguramiento	30
4.2.2. Dificultades del Modelo de Salud Colombiano	32
4.2.3. Rectoría en Salud	33
4.2.4. Dimensiones de la Función Rectora en Salud	35
4.3. Aseguramiento en salud	37
4.3.1. Aseguramiento dentro del SGSSS	37
4.4. Dirección de salud a nivel territorial	40
4.4.1. Plan De Desarrollo Para Bogotá 2008-2012	41
5. Metodología.	43
5.1 Tipo de estudio	43
5.2 Metodología	43
5.2.1. Caracterización de la Dirección de Aseguramiento y del recurso Humano objeto de contratación	43
5.2.2. Aplicación de la encuesta “Encuesta para identificar conocimiento de la dirección de aseguramiento en rectoría”, para posteriormente construir arboles de problemas	43
6. Resultados	53

XIV Título de la tesis o trabajo de investigación

6.1. Sector salud en Bogotá	53
6.2. Funciones Secretaría Distrital de Salud como ente territorial dentro del SGSS	57
6.3. Estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud	58
6.4. Mapa de proceso de la Secretaría Distrital de Salud	59
6.5. Caracterización de la dirección de aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud y del recurso humano objeto de contratación	61
6.5.1. Gestión del aseguramiento del régimen subsidiado	63
6.5.2. Gestión de la prestación de los servicios de salud	64
6.5.3. Gestión de la garantía de la calidad	64
6.5.4. Central de referencia y contra referencia de servicios de salud de la ciudad	65
6.5.5. Estructura Organizacional de la Dirección de Aseguramiento de La SDS	66
6.5.6. Administración del Aseguramiento	78
6.5.6.1. Caracterización del talento humano objeto de contrato de Administración de Aseguramiento	79
6.5.7. Servicios al Vinculado	115
6.5.7.1. Caracterización del talento humano objeto de contrato del Servicio al Vinculado	116
6.5.8. Garantía de La Calidad	135
6.5.8.1. Caracterización del talento humano objeto de contrato de Garantía de La Calidad	137
6.6. Política de aseguramiento	151
6.7 Caracterización del conocimiento del recurso humano de la dirección de aseguramiento relacionado con la función de rectoría	156
6.7.1 Encuesta para identificar el conocimiento de la dirección de aseguramiento en rectoría	157
6.7.2. Aplicación árbol de problemas	164
6.8 Principales problemas de la dirección de aseguramiento de la SDS	166
6.8.1 Principales problemas de la administración del aseguramiento	166
6.8.2 Principales problemas de servicios al vinculado	174
6.8.3 Principales problemas de garantía de la calidad	181
7. Discusión	187
8. Conclusiones y Recomendaciones	191
8.1 Conclusiones	191
8.2 Recomendaciones	193
Bibliografía	197

Lista de gráficas

	Pág.
Gráfica 1. Talento humano encuestado de la dirección de aseguramiento en salud de la SDS	158
Gráfica 2. Resultado de la pregunta 1 de la encuesta. ¿Conoce el concepto de Rectoría en salud?	159
Gráfica 3. Resultado de la pregunta 2 de la encuesta. ¿Tiene la Dirección de Aseguramiento de Salud de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá obligaciones que como Ente Rector le impone el sistema?	160
Gráfica 4. Resultado de la pregunta 3 de la encuesta. ¿Considera que la Dirección de Aseguramiento en Salud de la Secretaría Distrital de salud cumple con la rectoría en salud?	161
Gráfica 5. Resultado de la pregunta 4 de la encuesta. ¿Existen problemas para el ejercicio de la rectoría por parte de la Dirección de Aseguramiento de Salud?.	162

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Total afiliados régimen contributivo y subsidiado, 2008	31
Tabla 2. Distribución de la Población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS) por EPS-Subsidiada. Diciembre 2010	152
Tabla 3. Distribución de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS en BDUA) por Grupo de Edad y EPS Subsidiada. Diciembre 2010	153
Tabla 4: Distribución afiliada en el Régimen Subsidiado (activos en BDUA) por grupo de Edad de la población vulnerable y localidad de Bogotá. Diciembre 2010	153
Tabla 5. Distribución de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS EN BDUA) por Localidad y EPS Subsidiada. Diciembre 2010	154
Tabla 6. Distribución de la Población del Régimen Contributivo por Grupo de Edad. Diciembre 2010Tabla	154
7. Cobertura de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS EN BDUA). Diciembre 2010Tabla	155
8. Total de Personas afiliadas y vinculadas dentro Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diciembre 2010	156
Tabla 9. Tabulación y análisis de la encuesta	157

Introducción

El presente trabajo de tesis es para recibir el título académico de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Es una investigación cualitativa de tipo exploratorio que caracteriza la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud con el fin de aproximarse analíticamente a las fallas del aseguramiento en el Distrito Capital.

Dentro de la estructura del Sistema Integral de Seguridad Social planteada por la Ley 100 de 1993 contempla como uno de sus componentes, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuyo objeto es el de regular el servicio público de salud y favorecer los determinantes de acceso para la población colombiana en los diferentes niveles de atención. Siendo una función de la Dirección de Aseguramiento de la SDS realizar el seguimiento, la vigilancia y el control de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), es necesario precisar el alcance de sus actividades de rectoría del aseguramiento dentro del SGSSS y evaluar el cumplimiento de sus responsabilidades.

El presente trabajo contempla una revisión documental mediante metodología cualitativa de estudio descriptivo, que se concentra en revisión de información, en este caso de la normatividad expedida que incluye todas las leyes, decretos, resoluciones y acuerdos que tengan relación con el tema de estudio para identificarlos de forma coherente. Contempla la búsqueda en internet de las diferentes normas y reglamentaciones, así como la referencia de documentos de consulta de la Secretaría de Salud y más aún de documentación de la Dirección de Aseguramiento de la SDS, una revisión que permite identificar el alcance de las competencias de Rectoría en Salud de la Dirección de Aseguramiento en Salud de la SDS dentro del SGSSS.

Este trabajo dentro del contexto del tema en estudio, presenta la revisión de los Modelos de Sistemas de Salud conocidos a nivel internacional, para luego tratar específicamente lo relacionado a la evolución histórica de los sistemas de salud, la evaluación del desempeño de

los sistemas de salud, la importancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, comportamiento del aseguramiento, dificultades del modelo, para llegar a la rectoría en salud, su definición, las dimensiones de la función rectora en salud, modulación y regulación, desempeño de las funciones esenciales de salud pública, el aseguramiento, su definición y contextualización, se identifica la Dirección de Salud a nivel Territorial con el Plan de Desarrollo para Bogotá 2008-2012, para así con este marco de referencia entrar en el desarrollo de éste trabajo con la descripción del Sector Salud en Bogotá, de las Funciones de la Secretaría Distrital de Salud como ente territorial dentro del SGSSS, se describió la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud con su Mapa de Procesos, llegando a caracterización de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, por medio de la identificación de sus Procesos, su Estructura Organizacional, contemplados en los Manuales de Organización y de Funciones de la Dirección de Aseguramiento, así como caracterización del talento humano que hace parte de la Dirección de Aseguramiento, describe las Política de Aseguramiento para el 2010, para la identificación del conocimiento en rectoría del recurso humano de la Dirección de Aseguramiento, se utilizó una encuesta seguida de la elaboración de un árbol de problemas, indicando las posibles causas y sus efectos, con la participación del talento humano de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud.

1. Problemas de investigación

“La función rectora en salud es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno. Es competencia del gobierno y ejercida mediante la Autoridad Sanitaria. Su propósito es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de los actores sociales” OPS – OMS, 2006(20).

Siendo de tanta amplitud el tema de rectoría señalado, es necesario demarcar el campo específico en el que se va a desarrollar la presente investigación la que corresponde a la garantía del aseguramiento en salud.

En términos del tema que aquí nos ocupa se retoma lo que estipula el Ministerio de la Protección Social(24); *“el concepto de aseguramiento implica entonces la gestión del riesgo en salud de los afiliados, la cual puede definirse como la determinación de la probabilidad de ocurrencia de un hecho o daño, que es incierto, afecta la salud o requiere de un servicio y que, en consecuencia, puede vulnerar la economía familiar”* (25). En ese sentido el “bien objeto”(16), del aseguramiento en salud es, de una parte, abordar el ámbito de la salud, entendida esta como el bienestar físico, mental y social de la población objeto del seguro en salud y, de otra, la prestación de los servicios de salud a dicha población.

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

No existe un modelo de rectoría ni de operar para la población vinculada dentro del SGSSS, no hay articulación de los Riesgos Profesionales para los pacientes en el Régimen contributivo en lo económico ni en la atención en salud, donde no participa el Aseguramiento en salud con el seguimiento y control por parte del Ente Territorial.

En síntesis en Colombia no se han resuelto problemas propios de sistemas menos desarrollados, como cobertura insuficiente, pobre calidad técnica, a la par que enfrentan dificultades que aquejan a sistemas más desarrollados, como la gerencia del sistema, insatisfacción de los usuarios, la escalada de costos, incentivos inadecuados, inseguridad financiera, el crecimiento tecnológico lo que requiere la definición de reglas claras y una mejor estructuración.

La problemática que se puede generar por la falta de funciones en Rectoría de Aseguramiento se relaciona con el aumento de las barreras de acceso al Sistema en Salud, con una prestación de salud sin regulación, en los cuales no serían claros los Planes de Beneficios, ni se definirían adecuadamente las instituciones prestadoras, ni las condiciones en que se pueden prestar los servicios en salud; se presentarían fallas en la modulación financiera, relacionada con la competitividad en la prestación del servicio, desorden en la financiación, monopolios en salud, la obtención, el uso y utilización de los recursos en salud, en concordancia con las facultades que otorga la normatividad vigente definidas en la Ley 715 de 2001; no se garantiza el aseguramiento universal en salud, con calidad, basado en la Constitución Colombiana como servicio público, derecho fundamental de los colombianos, diferenciando el aseguramiento en salud, dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, como servicio público, del resto de seguros dentro del sistema financiero y no se regularía adecuadamente la salud pública como lo reglamenta la Ley 1438 de 2011.

Por tal motivo es importante identificar si la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cumple con la Rectoría en Salud.

La SDS es la Autoridad Sanitaria del Distrito Capital, una de sus funciones como ente rector es garantizar el aseguramiento, función que ejerce a través de la Dirección de Aseguramiento de la SDS, el enunciado da paso a la presentación de la problemática

específica que en este caso se encuentra centrada en la importancia de claridad con respecto a la estructura organizacional de la Dirección, en cuanto a sus funciones, normatividad que la rige, metas propuestas, problemas que presenta y las características del recurso humano objeto de contratación.

Dada la importancia de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaria Distrital de Salud como instancia a través de la cual éste organismo de Salud ejerce su función rectora en la Dimensión de Aseguramiento, se hace necesario caracterizar sus estructura, funciones, normatividad, metas propuestas y recurso humano objeto de contratación, con el fin de construir un marco analítico de deliberación con respecto a las fallas del Aseguramiento en el Distrito Capital.

1.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la estructura organizacional de la Dirección de Aseguramiento en Salud de la SDS, en cuanto a sus funciones, normatividad que la rige, metas propuestas, problemas que presenta y las características del recurso humano objeto de contratación como Ente Rector del SGSSS en el Distrito?

2. Justificación

El estudio permitirá revisar la normatividad relacionada con la rectoría en salud, describir la Estructura y Organización de la Secretaría Distrital de Salud, Caracterización de la Dirección de Aseguramiento por medio de la descripción de la Estructura y organización de ésta dependencia de la SDS, enumerar los Procesos de la Dirección de Aseguramiento, Caracterizar el recurso humano mediante la identificación del Talento Humano de la Dirección, enumerar la Política y logros de la Dirección de Aseguramiento a Diciembre de 2010, determinar los posibles problemas de la dependencia mediante la aplicación de una encuesta tradicional convidada con la elaboración de un árbol de problemas; todo desde la óptica de la Dirección de Aseguramiento, la cual constituye una herramienta para los funcionarios de la mencionada Dirección, al definir si se tiene o no competencias en rectoría. No obstante, este documento también será útil para el sector salud, los usuarios de los servicios de salud y el resto de la población colombiana. El revisar la legislación y el marco legal contempla de manera fiable las responsabilidades que tiene la Dirección de Aseguramiento en Salud de la SDS en el ámbito de la Rectoría en el marco del SGSSS por lo que es necesario precisar el alcance de estas competencias para que cada uno de los actores comprometidos sepa exactamente sus responsabilidades y limitaciones.

Asimismo, ahondar en los contenidos de las normas expedidas se vuelve una cuestión de interés para que se pueda emitir un concepto crítico que posibilite construir una legislación más completa y oportuna que mejore la regulación del objeto de estudio. Del mismo modo, es un ejercicio fundamental para identificar lo contemplado en el cuerpo legal con lo que sucede en la práctica y sobre qué aspectos es necesario fortalecer la rectoría para que se cumpla con las normas establecidas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Caracterizar la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud, como instancia a través de la cual se ejerce la función de rectoría de la autoridad sanitaria en la dimensión de Aseguramiento, en términos de estructura funciones, normatividad, metas propuestas y recurso humano objeto de contratación, con el fin de construir un marco analítico de deliberación con respecto a las fallas del Aseguramiento en el Distrito Capital.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterización de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de salud en Bogotá y cada una de sus dependencias teniendo como énfasis las metas de desempeño propuestas para garantizar el aseguramiento de la Ciudad capital.
- Caracterización del recurso humano contratado en cada una de las dependencias como énfasis el talento Humano teniendo en cuenta funciones, responsabilidades normativas, nivel jerárquico y metas de desempeño.
- Enunciar la Política y logros de la Dirección de Aseguramiento a Diciembre de 2010.
- Aplicación de encuesta para identificar los problemas de la Dirección de aseguramiento de la SDS.
- Construcción de árbol de problemas de la Dirección de aseguramiento teniendo como base los resultados obtenidos en la encuesta.
- Análisis de la información que permita aproximarse analíticamente a si el recurso humano cumple con los requisitos necesarios para dar cumplimiento a las metas propuesta por la Dirección para garantizar el aseguramiento de la Ciudad.

4. Marco teórico

4.1 Sistema de Salud

En primera instancia se realiza la relación entre los términos salud y sistema, encontrando desde el inicio de los tiempos la concepción salud como modelo ambiental, seguido por desarrollo de estilos de vida, más adelante como biología humana, para finalmente considerarse los sistemas de organización de la atención en salud(5).

Se considera que un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud(6), (7). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud(8) es la suma de todas las Organizaciones, Instituciones y recursos orientados al mejoramiento de la salud. Para Londoño y Frenk se define como un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes: poblaciones e instituciones.

Definir un sistema de salud resulta una labor compleja debido a la magnitud que este contempla y puesto que abarca diferentes estancias a diferentes niveles que van más allá de las consideraciones reduccionistas de la salud. Se debe tener en cuenta que estos sistemas son construcciones históricas, sociales e institucionales determinadas por las estructuras nacionales por los procesos sociales, políticos y culturales y mediados por los intereses de los sectores sociales y políticos en torno a la economía y el desarrollo del Estado(9).

Todos los sistemas de salud tienen unos objetivos, los cuales, corresponden a todos los sistemas en salud de cada nación. El primero es mejorar la salud de la población a la que sirven durante todo el ciclo vital (sistema de salud efectivo); segundo: reducir

desigualdades, mejorando la salud de aquellos que están en peores condiciones (sistema de salud equitativo); tercero: ofrecer servicios de salud en un marco que se respete la dignidad de la población, autonomía y confidencialidad de la información (sistema de salud confiable); cuarto: garantizar estabilidad financiera, existencia de esquema de financiación de servicios de salud justos que protejan a la población contra gastos excesivos por motivos de salud (sistema sostenible). Un buen sistema de salud debe proporcionar, buenos servicios y tratamientos que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero, mejorando la vida de las personas en forma tangible.

Así como tienen unos propósitos, los Sistemas de Salud están regidos por seis funciones necesarias las que dependiendo de los intereses de cada nación, ejercerán mayor influencia. Estas corresponden a;

- La interrelación con otros sectores, que tienen influencia en la salud de las poblaciones;
- Producción de recursos e insumos necesarios para los servicios en salud (universidades), conocimientos y nuevas tecnologías (centros de investigación), así como el complejo médico industrial (compañías farmacéuticas y equipos médicos);
- Financiamiento: movilización del dinero de fuentes primarias (hogares e industrias) y de fuentes secundarias (gobierno en todos sus niveles y organismos internacionales) y a su acumulación en fondos, los que son asignados por acuerdos institucionales para la producción de servicios;
- Prestación: combinación de insumos dentro de un proceso de producción la que ocurre en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de productos (servicios de salud) que generan un resultado (mejoramiento del estado de salud);
- Modulación: establecer, implementar y monitorear las reglas de juego para los sistemas de salud, imprimir una dirección estratégica, equilibrando los intereses de los diversos sectores (Humanos, financieros y políticos);
- Articulación: reúne y da coherencia a cada uno de los componentes de la salud. Se encuentra en un punto intermedio entre el financiamiento y la prestación. Agregación de demanda y presentación de consumidores(6).

Londoño y Frenk presentan una propuesta de la manera cómo es posible estructurar un

modelo de evaluación del sistema de salud y las funciones que contempla siendo una respuesta social organizada en la que se busca un punto medio entre los polos extremos del monopolio del sector público y la atomización del sector privado, con un enfoque sistemático y sistémico, por medio de la articulación de sus componentes los cuales son:

- **Financiamiento:** la recolección de dinero, su acumulación y asignación para prestación de servicios.
- **Prestación:** combinación de insumos en un proceso de producción que conduce a una serie de productos que generan un resultado.
- **Modulación** implica establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica.
- **Articulación:** función que reúne y da coherencia a los componentes de la atención a la salud. Flujo de recursos financieros a la producción y el consumo en salud.

Esta propuesta impide los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia de reglas de juego transparentes para compensar las fallas del mercado. El financiamiento se concibe por Londoño y Frenk como “responsabilidad central de la seguridad social y se ampliaría gradualmente para alcanzar protección universal”(10). Los subsidios deben orientarse a la demanda y el manejo de este pago se convierte en un elemento de la articulación, bajo responsabilidad de instituciones públicas especializadas, en el manejo de servicios de salud caracterizados como bienes públicos, tales como la vigilancia epidemiológica y la sanidad ambiental.

4.1.1 Modelos de Sistemas de Salud

Dentro de los sistemas de salud se han distinguido varias clases de modelos principales, los que corresponden al sistema privado (EE.UU), sistema público (Beveridge) y un sistema mixto o híbrido entre los anteriores (Bismark)(10).

El primero de éstos, el sistema de salud privado, corresponde a una economía de escala existiendo un monopolio privado en el aseguramiento, presentando los mayores costos en salud comparados con relación al PIB, en el cual compiten diversas agencias aseguradoras por obtener el dinero de los usuarios. Este modelo se caracteriza por asegurar la salud así como por garantizar la provisión de los servicios estando la mayoría

de los usuarios asegurados a través de sus trabajos donde la figura del empleador cobra un papel fundamental ya que es quien paga el seguro.

Los costos de operación son menores a mayores economías de escala, donde se cobran mayores primas en los sistemas con mayor competencia en el aseguramiento, en costos administrativos, gastos de mercadeo, y comisiones a agentes de seguros. Esto conlleva a que los costos de este sistema sean los más altos en el mundo, siendo las principales fuentes de inflación los sistemas de contratación con los médicos basados en pagos por servicios prestados y las indemnizaciones por demandas de mala práctica, llevando a una práctica médica defensiva. Otras características de este sistema tienen que ver con el pago directo a los médicos y manejo de la información; la calidad del servicio altamente estimada; su liderazgo mundial en innovación y nueva tecnología médica.

Este sistema deja un gran número de personas fuera del servicio de salud, acuñando el termino, mal utilizado por el común, de selección adversa (el asegurador determina quién asegura o rechaza, dependiendo de su edad, tiempos de carencia, antecedente de enfermedades, tipo de requerimientos entre otros)(11), termino de la economía de la salud, cuyo significado se atribuye como respuesta a los usuarios de los seguros y no por parte del seguro, llevándolo al desequilibrio económico del asegurador (12).

En el segundo sistema, sistema público (Beveridge)(Inglaterra, Suecia e Italia), existe una atención y manejo público en el aseguramiento, con costos mucho menores en relación con la atención en salud al PIB y donde no hay competencia y los costos administrativos son bajos y no requieren gastos de mercadeo ni de comisiones, existiendo ahorro de recursos los que se encuentran centralizados, con provisión de los servicios a través de hospitales públicos y médicos asalariados, aunque pueden existir médicos independientes. En este modelo (Beveridge), generalmente se pagan los servicios de salud a través de impuestos generales y directos, o de impuestos a la nómina; se presenta ineficiencia en la prestación de los servicios; existencia de largas listas de espera para utilizar los servicios hospitalarios; inexistencia de alternativas de escogencia; pocos incentivos para aumentar la eficiencia de los hospitales; la calidad es muy buena en los servicios de atención primaria, pero no de la misma forma en la atención secundaria y terciaria; logran mayor cobertura que los sistemas privados(11).

El sistema (Bismark; Japón, Canadá, Francia y Holanda): es un híbrido entre el modelo

Ingles y el americano, la atención en salud es financiada públicamente a través de impuestos a la nómina por lo general pero los servicios son ofrecidos principalmente por médicos y hospitales privados(11).

No existe país en el que predomine de forma pura uno en especial, en el momento se presenta en cada sistema factores positivos como otros menos positivos, los que dependerán de quien sea el observador. La mayoría de los sistemas de salud del mundo, como el que tenemos en Colombia, son híbridos.

4.1.2 Evolución Histórica de los Sistemas De Salud

La evolución de las políticas de salud y las instituciones de salud globales, empiezan con el nacimiento de la Organización Mundial de la Salud en 1948, como una agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas. Esta organización surgió de la unificación de tres agencias internacionales diferentes preocupadas por la higiene, la salud pública y las emergencias en salud, es decir, la Oficina Internacional de Higiene Pública (ubicada en París), la Legión de las Organizaciones Nacionales de Salud (Ginebra) y la Administración de las Naciones Unidas para el Alivio y la Rehabilitación (Nueva York). La Organización Panamericana de la Salud (OPS), establecida en 1901, jugó el papel de la Oficina Regional Americana de la OMS.

En los años sesenta y setenta la dirección de la OMS estuvo influenciada por los eventos políticos relacionados con el surgimiento de la descolonización de las naciones africanas, los movimientos nacionalistas y socialistas (fundamentalmente apoyados por países no alineados y las nuevas teorías sobre el crecimiento socioeconómico a largo plazo, el establecimiento del objeto de “*Salud para Todos*” en la conferencia de Alma data en 1978 y el subimiento de las políticas neoliberales promovidas por las instituciones financieras internacionales de 1980 al presente, las relaciones con las asociaciones público privadas y el establecimiento del Fondo Global y la influencia de este último en los Sistemas de salud de los países pobres(12).

Estas reformas de los sistemas sanitarios de los años noventa o de tercera generación, formaron parte de los programas de estabilización y ajuste estructural de los Estados. Estas políticas fueron acompañadas y promovidas a través de misiones de cooperación técnica de organismos multilaterales, con la complicidad de los gobiernos de turno y las burguesías locales en donde por medio de estas se han implantado los sistemas en

salud que en la actualidad tenemos. En este sentido, se resalta a América Latina ha sido un gran laboratorio de aplicación de políticas económicas neoliberales impulsadas por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Internacional de Desarrollo.

4.2 El Sistema General de Seguridad Social en Salud

Los procesos de reforma del Estado en el marco del SGSSS, la consecuente transferencia de sus funciones al sector privado y la globalización; demarcaron la reducción sistemática de la presencia del Estado y con ello la capacidad de gobernabilidad, hechos que en el sector salud, tienen implicaciones en lo que tiene que ver con la situación de salud y enfermedad de la población, dado que los planes de gobierno nacional y local en el tema de salud están dirigidos y tienen por objeto favorecer la condiciones de vida y salud de toda la población(15).

“Colombia inició una reforma radical de su antiguo Sistema Nacional de Salud (SNS), con una misión muy clara: garantizar la cobertura de las necesidades de atención en salud de la población, con eficiencia, calidad, equidad y solidaridad. Este proceso aún no se ha consolidado y fue acometido en dos etapas. Inicialmente, a partir de 1990, se fortaleció significativamente la descentralización del sistema público de prestación de servicios de salud, que se había iniciado en la década anterior. Luego, a partir de 1993, se inició la introducción de nuevo modelo de aseguramiento público, altamente descentralizado: el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”(14).

“El SGSSS diseñado siguiendo un modelo de competencias regulada, para cumplir cuatro funciones fundamentales, cada una de las cuales comprende procesos de producción propios y excluyentes, altamente diferenciados entre sí, a saber: 1. Financiar la demanda de atención en salud, 2. Prestar los servicios de salud, 3. Articular las dos funciones anteriores, a través de dos regímenes de aseguramiento, contributivo y subsidiado, que administran las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y 4. Modular el comportamiento de todo el SGSSS”(14). Como “política de aseguramiento en salud tiene como propósito proteger financieramente a la población frente a los riesgos asociados a la salud para lo cual el sistema cubre, a través de las EPS, en el nivel individual, las acciones de prevención, atención, tratamiento y rehabilitación”(15).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) consagró el aseguramiento

como la mejor forma de garantizar la salud de los colombianos y colombianas(16). La Ley 100 definió y estableció las especificaciones sustanciales del sistema de salud que debía operar en el país: es un derecho irrenunciable de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten; el ordenamiento de las instituciones y los recursos para garantizar las prestaciones de salud a la población, según sea su capacidad económica en la relación laboral y de ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, de los sectores sin la capacidad económica suficiente; se estructuró en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación; y se concibió como servicio público obligatorio, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, prestado por entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la ley. Entre otras características del sistema se incluyen que la vinculación es obligatoria para todos los residentes, se basa en las cotizaciones bipartitas para los trabajadores dependientes y cotización total para el trabajador independiente; se otorga financiación pública a la población pobre y vulnerable, asignación focalizada de subsidios mediante la encuesta SISBEN para la afiliación al régimen subsidiado.

El modelo de salud colombiano en el aseguramiento ha aportado, pese a que ello no fue la intención, a consolidar el fraccionamiento del sistema, y al igual que en el Sistema Nacional de Salud, se mantiene uno, el Régimen Contributivo, que se desarrolla como un sistema privado de salud, con un plan de beneficios relativamente amplio y suficiente; y el otro, el régimen Subsidiado, como un sistema público, para la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago, que recibe subsidios en salud para acceder a un plan de beneficios menos amplio y a un grupo de población más vulnerable frente a los riesgos de salud, pero con tendencia a la igualación con el contributivo. Hasta el momento se encuentra igualado para los niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años(17),(18) garantizado por las Empresas Promotoras de Salud, que son las responsables de la afiliación, la carnetización, al igual que del pago por la salud y la prestación de los servicios a la población sana o enferma, afiliada en sus entidades. De otra parte, el estado se responsabiliza, según lo reglamentado por la Ley 715 de 2001, de permitir el acceso a la atención en salud y a la prestación de los servicios de salud de la población pobre y vulnerable no asegurada y de los eventos no sujetos a subsidios de la oferta.

Luego de operar una completa reestructuración en su funcionamiento, por medio de la Ley 100 de 1993(3), el sistema se vio obligado a encarar el cambio de organización en el direccionamiento, pasando de ser su ente rector el Ministerio de Salud al actual Ministerio de la Protección Social, ajustándose a lo establecido en la Ley 789 de 2002(4).

El sistema de salud en Colombia está regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Protección Social bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado. El sistema vigente en Colombia está reglamentado por la Ley 100, expedida en 1993, la cual reglamenta el sistema general de seguridad social de Colombia integral (19).[] Colombia para el año 2000 se encontraba en el puesto 41 de 191 países, por su desempeño general del sistema de salud según un informe de la Organización Mundial de la Salud (20).

El sistema de salud en el país está reglamentado en el segundo libro de la Ley 100 de 1993 expedida por el Congreso de Colombia, la cual estableció el Sistema de Seguridad Social en el país y que además se ocupa de regular el sistema de pensiones en el primer libro, de las condiciones de trabajo en el tercer libro, y dispone sobre servicios complementarios en el cuarto libro, aspectos que se deben prestar con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

La reforma al sistema de salud tuvo como fin evitar el monopolio del estado sobre la salud y permitir el derecho de la competencia con la incorporación de empresas prestadoras de salud. También la creación de subsidios al sector salud para cubrir a la población con menos ingresos.

Además de los principios generales de la ley y de la constitución política, la ley establece reglas fundamentales para regir el servicio público de salud como son la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad.

La Ley 100 de 1993, norma primordial del Sistema en Colombia, ha tenido modificaciones mediante leyes expedidas por el congreso de la república y en su componente de salud han sido las siguientes:

- Ley 1122 de 2007: su objetivo según se señala en su artículo primero fue: "...realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud"(22).
- Ley 1438 de 2011: según lo señala su artículo primero: " ...tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera."(23)

El sistema de salud en Colombia que precedió al actual se puede distribuir en tres etapas (24).

La primera de ellas vio sus inicios tras la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de la década de 1950 y en donde prevaleció lo que se ha denominado «modelo higienista». Bajo este modelo, la acción de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud venía a ser financiadas por los usuarios y por algunas instituciones de caridad (24). En 1950 se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y en 1950, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (después Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal (24).

La segunda etapa, que inicio en la década de 1970 hasta 1989, se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de «subsidios a la oferta». Bajo este régimen los recursos del gobierno central para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país. Sin embargo, este sistema no era suficiente para proporcionar una atención integral en salud a la población de bajos recursos (24).

La tercera y última etapa se inicia en 1990, con la expedición de la Ley 10 (25). Este periodo se prorrogó hasta 1993 con la expedición de la Ley 100 de 1993, bajo los principios de la Constitución Política de 1991 (24).

El sistema en salud está compuesto básicamente por tres entes:

El estado: actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son : El Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007, y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.

Los aseguradores: Son entidades públicas o privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada Unidad de Pago por Capitación -UPC-. Son las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos profesionales (ARP).

Los prestadores: son las instituciones prestadores de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.

- Comisión de Regulación en Salud (CRES)

Este organismo, creado mediante la Ley 1122 de 2007, sustituyó al CNSSS como organismo de dirección del sistema de salud. Es una unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de la Protección Social y está compuesta por el Ministro de la Protección Social y el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su viceministro y por cinco comisionados expertos elegidos por el presidente de la república (22).

- La Superintendencia Nacional de Salud

Es el organismo que formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud, además liquida y recauda la tasa que corresponde sufragar a las entidades sometidas a su vigilancia, autoriza la constitución o habilitación de EPS e IPS, y supervisa el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar y de licores; así como a la oportuna, eficiente explotación, administración y aplicación del IVA cedido al sector salud entre otros.

Para poder acceder a los beneficios de la seguridad social colombiana es obligatorio vincularse a una empresa aseguradora de servicios de salud (EPS), de accidentes profesionales (ARP) y voluntariamente un fondo de pensiones (AFP) por medio de una afiliación.

- Entidades aseguradoras

En el Sistema general de Seguridad Social en Salud de Colombia las entidades responsables de administrar los riesgos relacionados con salud por enfermedad general o por enfermedad y accidentes laborales son:

- Entidades promotoras de salud (EPS): su función es organizar y garantizar, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS (Plan Obligatorio de Salud) y son las responsables de la gestión de riesgos derivados de la enfermedad general o no ocupacional. Es posible vincularse a salud por medio de dos modelos de aseguramiento, mediante el sistema del régimen contributivo y el de régimen subsidiado, en el primero están vinculados todos los empleados y empleadores con capacidad de pago quienes hacen un aporte mensual para salud y pensión y el régimen subsidiado cubre a todas las personas pobres y vulnerables en donde los servicios de salud están amparados con los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema. La EPS contributiva o la EPS subsidiada son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus aportes. Las EPS contratan la prestación de los servicios de salud con las IPS (hospitales, clínicas, laboratorios, etc). La Superintendencia de Salud define cuales organizaciones privadas califican como empresas promotoras de salud (EPS) basándose en la infraestructura, capital, número de usuarios afiliados, funcionalidad y cobertura. Las EPS deben garantizar a sus afiliados el POS y para cumplir con esa

obligación deben conformar una red de servicios con sus propias instituciones de salud o contratando servicios con otras empresas prestadoras de salud o IPS

- Aseguradoras de riesgos profesionales (ARP): son las responsables de cubrir los eventos derivados de riesgos ocupacionales o de trabajo y todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus empleados a una ARP. El valor total del aporte le corresponde al empleador. Con esa afiliación se cubren todos los gastos de salud que ocasionen los accidentes o enfermedades laborales, así como el pago de los días de incapacidad. La atención de los accidentes o enfermedades será realizada por la EPS a la que se encuentre afiliado quien cobrará los gastos ocasionados a la ARP.

- Instituciones prestadoras de salud

Las Instituciones prestadoras de salud (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar. Según estudio del Ministerio de la Protección Social, de las IPS reportantes, el 84,3% corresponden al primer nivel de atención, el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención según sus características (26):

- Niveles de complejidad

Baja complejidad: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

Mediana complejidad: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

- Financiación del Sistema

El gobierno destina los recursos en salud los cuales son manejados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) creado a partir del artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996 como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario y quien es la encargada de realizar una distribución a cada una de sus subcuentas para cubrir todos los frentes del sistema de seguridad social. A continuación se hace referencia a cada una de las subcuentas que tiene el FOSYGA:

Subcuenta ECAT: Esta subcuenta subsana el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas. El SOAT cubre, la atención integral de hospitalización, suministro de medicamentos, pago de procedimientos, servicios diagnósticos y rehabilitación que requiere el paciente hasta completar un monto de 800 salarios mínimos legales vigentes, si la atención del paciente sobrepasa éste monto el sobrecosto estará a cargo de la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario. El médico tratante en el servicio de urgencias debe diligenciar un formulario para éste tipo de accidentes el cual debe anexarse junto con la copia del SOAT para el respectivo cobro al Fosyga.

Subcuenta compensación: Recauda el valor de la compensación en el régimen contributivo, entendiéndose como compensación el descuento de las cotizaciones recaudadas por las EPS y demás entidades obligadas a compensar derivadas de los descuentos en salud y pensión que se realizan a los empleados y empleadores. La subcuenta de compensación financia el régimen contributivo mediante el pago de UPC (Unidad de pago por capitación), es decir la CRES fija una tarifa fija para la UPC la cual se reconoce por un usuario afiliado, de ésta forma el Fosyga con recursos de ésta cuenta

gira a cada una de las EPS el valor de UPC proporcional a la cantidad de afiliados independientemente si éstos utilizan los servicios o no.

Subcuenta solidaridad: Recauda los recursos aportados por todos los actores del sistema con destino al régimen subsidiado (una parte es aportada por las personas afiliadas al régimen contributivo que tengan un ingreso mayor a 4 salarios mínimos). Los recursos que administra la subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable a éste régimen mediante un subsidio a la demanda consistente en el pago de la prima o UPC a las EPS del Régimen subsidiado. Entre más recursos obtenga ésta cuenta se abren más cupos para ser ocupados por las personas del régimen subsidiado.

Subcuenta promoción: Financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se encuentran en el Plan de Atención Básica – PAB.

○ Beneficios del Sistema

Están organizados en planes de beneficios (27):

- Plan de Atención Básica: denominado posteriormente Plan Nacional de Salud Pública configurado por acciones gratuitas y primordialmente colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y en algunos casos acciones individuales de diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades de interés en salud pública, provistas por la red pública de prestadores y administrado por las entidades territoriales.
- Plan Obligatorio de Salud: del régimen contributivo y del régimen subsidiado, compuesto principalmente por acciones individuales de prevención primaria, secundaria y terciaria. Están a cargo de las EPS.
- Planes Adicionales de Salud: financiados voluntariamente por los usuarios que deben complementar en el POS con prestaciones suntuarias o de mayor tecnología. Son los planes de medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de hospitalización y cirugía, provistos por empresas registradas para ese propósito.

- Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito -SOAT-: Cubre eventos de origen en accidentes de tránsito hasta un monto determinado y en forma complementaria al POS. Provistos por compañías de seguros autorizadas hasta un monto definido después del cual son financiados por la subcuenta específica de atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de tránsito - ECAT- del Fosyga.
- Cobertura de riesgos profesionales: Cubre todo evento o enfermedad de origen ocupacional sin los límites del POS. Son garantizados por las Administradoras de Riesgos Profesionales-ARP-.
- Atención de eventos catastróficos: cubre eventos definidos como catastróficos (inundaciones, terremotos, etc) con recursos específicos para tal fin y en forma complementaria al POS. Son financiados por el Fosyga mediante la subcuenta ECAT.
- Otros: planes de cobertura provistos a la población víctima de desplazamiento forzado y la población internada en establecimientos carcelarios que usualmente son suplementarios al POS. Aquí también se deben considerar las acciones de atención con tecnología en salud no cubierta por el POS y la atención de personas no afiliadas a un régimen de seguridad social en salud, que son provistas en la red pública a cargo de las entidades territoriales (distritos, departamentos y municipios) y financiadas con los denominados recursos de subsidio a la demanda.

Plan Obligatorio de Salud (POS)

El Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, incluye el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar junto al reconocimiento de indemnizaciones en caso de incapacidad por enfermedad y maternidad (28). La definición del POS está a cargo de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) (29)

Plan de Atención Básica

También denominado Plan Nacional de Salud Pública. La Ley 100, a diferencia de la anterior legislación, contempla un cambio de visión en salud, en donde, atendiendo a la política mundial de Atención Primaria enfoca el manejo de las comunidades desde una perspectiva preventiva y se crea el Plan de Atención básica (PAB) como la política de Salud Pública que reúne un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad el cual se encuentra consignado mediante la resolución 4288 de noviembre de 1996. Este conjunto de actividades se realizan para toda la población de manera gratuita y no está sujeto a ningún tipo de afiliación en salud.

Las actividades de vigilancia en salud pública van encaminadas a la prevención de enfermedades de interés en salud pública como VIH, meningitis bacteriana, tuberculosis, cólera, rabia, hepatitis B, C y D, fiebre reumática, lepra y enfermedades de transmisión sexual, investigación y control de brotes, control de la calidad sanitaria del agua para el consumo humano, de los procesos de producción, transporte y expendio de alimentos para consumo humano, de los establecimientos públicos que impliquen alto riesgo sanitario y de los puertos fluviales, marítimos, aéreos y terrestres.

Acciones de prevención: vacunación según el esquema único nacional del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), control del crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 10 años, fluorización, aplicación de sellantes y detartraje en población de 5 a 14 años, planificación familiar, control prenatal, parto limpio y seguro, citología cérvicouterina en mujeres de 25 a 65 años y examen físico de mama en mujeres mayores de 35 años.

Este plan, por medio el Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, fue estructurado por el Ministerio de la Protección Social y actualmente se denomina Plan Nacional de Salud Pública y al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años este Plan.

El Plan tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren las condiciones de salud de la población, incluyendo:

- Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.

- Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

Propósitos

- Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
- Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
- Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
- Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

- Regímenes del Sistema

Existen dos formas de afiliación al sistema, mediante el régimen contributivo y el subsidiado.

- Régimen contributivo

El régimen contributivo es el sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS lo correspondiente según la ley para que a su vez éstas contraten los servicios de salud con las IPS o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios. Según la ley 100 de 1993 todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales a un salario mínimo) y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo. La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones.

El aporte a salud debe ser el 12,5% del salario base de cotización, porcentaje que asume

en su totalidad los trabajadores independientes, y en caso de los empleados éste asume el 4% y el empleador el 8,5%.

El empleado, escoge la EPS que prefiere y se lo comunica al empleador junto con los datos de su familia. El pensionado, como viene de ser empleado, seguramente se encontrará ya afiliado a una EPS, tal y como debe hacerlo todo empleado; al pasar de empleado a pensionado su afiliación no se verá afectada. En ese caso lo que se hace es informar al Fondo de Pensiones cuál es la EPS a la que éste deberá entregar su cotización, que podrá ser la misma a la que venía afiliado o bien en caso de que haya decidido cambiarse. Si por alguna eventualidad al momento de empezar a recibir la pensión no se encuentra afiliado a una EPS, para afiliarse (no importa cuál fue el motivo de su pensión), escoge la EPS que prefiera y se lo comunica al Fondo de Pensiones al que se encuentre afiliado junto con los datos de su familia así el Fondo lo afilia y el pensionado y su familia adquieren el derecho a recibir los beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS) y el respectivo carné. Los Fondos de Pensiones están obligados a afiliar a los pensionados y a sus familias y son responsables de pagar el valor de la cotización mensual a las EPS que los pensionados escojan.

Al afiliarse al régimen contributivo el afiliado (cotizante) y sus beneficiarios tienen derecho a recibir:

- Los beneficios del POS

Un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad.

Un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

➤ Régimen subsidiado

Acoge a la población sin empleo, contrato de trabajo o ingresos económicos, es decir considerada pobre y vulnerable, quien no tiene capacidad de pago que le permita cotizar al sistema (ingreso menor a dos salarios mínimos legales vigentes) por lo tanto quienes ingresan a él reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian con dos recursos fundamentales: las transferencias de la nación a los departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, que a su vez se nutre con una contribución equivalente a un punto de la cotización de los trabajadores del régimen contributivo que ganen más de cuatro salarios mínimos, y de aportes de la nación.

Las personas que ingresan al régimen subsidiado son escogidas por cada uno de los

municipios o distritos, teniendo en cuenta unos criterios de priorización, así:

- Recién nacidos.
- Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- La población del área rural y del área urbana de bajos recursos.
- Población indígena.

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

Cada municipio identifica la población potencial mediante la aplicación de la «encuesta Sisbén» o Sistema de Selección de Beneficiarios a Programas Sociales (SISBEN), mediante el listado censal de las comunidades indígenas, mediante la certificación de la población infantil abandonada expedida por el ICBF, o mediante la identificación de la población indigente en los formatos establecidos o en los instrumentos que hagan sus veces.

➤ Población Vinculada

Se encuentran bajo la denominación de vinculados aquellas personas a quienes se les ha realizado la encuesta SISBEN pero que aún no han obtenido un cupo para pertenecer al régimen subsidiado y tiene prelación para ser atendidos en la red pública de servicios de salud.

➤ SISBEN

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

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

- Salud: mediante el subsidio a la demanda o afiliación al régimen subsidiado o

mediante subsidios a la oferta es decir atención en la red pública de servicios para aquellas personas sin afiliación a un régimen de seguridad social, Subsidios Empleo

- Adulto Mayor
- Vivienda
- Subsidios condicionados
- Créditos Educativos
- Desayunos Infantiles

➤ Regímenes de excepción

Son los definidos por la Ley 100 de 1993: régimen de seguridad social de las fuerzas militares y de la policía, de los afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol así como los servidores públicos de universidades públicas, todos los cuales tiene sus propios regímenes de seguridad social en salud y pensiones que solo participan en el Sistema General mediante aportes de recursos a la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

4.2.1 Comportamiento del Aseguramiento

La cobertura poblacional del SGSSS en el 2007 estadísticamente alcanzó cerca del 76% de la población objetivo, lo cual sumado a los regímenes especiales da para ese mismo periodo una cobertura total de seguridad social en salud del 80% al 85% de la población [(30),] de la cual hay sectores que ahora tiene acceso a servicios que antes de la reforma del Sistema solo les era prestados en un esquema de caridad.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE de Colombia en su boletín de Agosto de 2011 la cobertura de afiliación a los sistemas de salud de la población ocupada es de 89,3 % en total, 46,7 % en el régimen contributivo, 40,1% en el régimen subsidiado y 2,5 % a los regímenes especiales (31).

Para el año 2008, el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ascendió a 39.719.476, creciendo con respecto al año inmediatamente anterior en un 2.87%. El siguiente cuadro muestra la distribución de los afiliados en el régimen contributivo y subsidiado y su peso porcentual en el Sistema, logrando así una cobertura total del 89.36% frente a la población total (32).

Tabla 1. Total afiliados régimen contributivo y subsidiado, 2008.

Total Afiliados Régimen Contributivo y Subsidiado 2008			
Régimen	Personas Afiliadas	% Población Afiliada	% Población Total
Contributivo	17.234.265	43,39%	38,77%
Subsidiado*	22.485.211	56,61%	50,59%
Población Cubierta	39.719.476	100,00%	
Población no cubierta	4.730.784		10,64%
Población Total	44.450.260		

Fuente: Dirección General de Planeación y Análisis de Política - Grupo de Sistemas de Información y Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Información con corte a Diciembre de 2008. Cálculos Dirección General de Seguridad económica y Pensiones

() Numero de afiliados con subsidios plenos con corte de diciembre de 2008*

La intermediación y gestión por parte de las EPS es motivo de críticas y denuncias permanentes, que las califican de costosas, ineficientes y de constituir en barrera de acceso entre el usuario y los médicos o los hospitales (33).

Algunas EPS han presentado insuficiencias e ineficiencias en la red de operaciones y servicio, entre las que se incluyen casos de corrupción y el rechazo de algunos pacientes por no cumplir requisitos financieros o administrativos básicos, obligándolos a acudir a otros centros de atención y a veces a sufrir sucesivos rechazos que pueden culminar con el fallecimiento de la persona sin recibir la atención necesaria, lo que se le llama popularmente en Colombia como el "paseo de la muerte".

El plan de beneficios, sobre todo el definido hasta el 2009, era confuso impreciso y con limitaciones que han causado que los usuarios tengan que acudir ante los estrados judiciales para demandar tutela de su derecho a la salud y de acceso a los servicios de salud (34), lo cual ha causado congestión en estas instancias obligando a la Corte Constitucional a expedir un fallo (Sentencia T-760 de julio de 2008) conminando al gobierno a solucionar los problemas del sistema (35).

En un análisis publicado en el 2009, titulado "Diez años de la expansión del aseguramiento en salud en Colombia" (36), financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo - BID, los expertos que lo hicieron concluyen que:

"La composición del financiamiento en Colombia se asemeja actualmente a la de los países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); el gasto público, que incluye seguridad social, representa más del 80% del gasto total en salud, mientras que la proporción de desembolsos directos es una de las más bajas mundo. Los resultados ratifican que, gracias a las reformas, los subsidios del gobierno con destino a la salud sean el subsidio público más eficiente del país. Los subsidios también han tenido un importante efecto redistributivo. A pesar de estos importantes logros, el sistema enfrenta grandes desafíos para poder lograr una cobertura universal financieramente sostenible."

"A pesar de los resultados alentadores, queda mucho por hacer y mejorar. Diez años después de la reforma, el 15% de la población aún carece de seguro; los planes de beneficios en el régimen contributivo y en el subsidiado aún difieren. Hay deficiencias en la calidad de la atención y no todos los hospitales públicos se han modernizado. Es preciso fortalecer la función de supervisión; la sostenibilidad financiera del sistema está constantemente en riesgo. Sin embargo, el sistema de salud colombiano experimentó cambios radicales que han redundado en beneficio de la salud de la población del país."

En de 2011 el gobierno denuncia fraudes en el Sistema relacionados con pagos por prestaciones de servicios no cubiertos en el POS y ordenados por fallos judiciales para ser financiados por el Fosyga y la existencia de una red de corrupción alrededor de los cobros de las EPS al Fosyga. (37).

4.2.2 Dificultades del Modelo de Salud Colombiano

A diferencia del modelo en Salud desde el Pluralismo Estructurado definido por Londoño y Frenk(10), el modelo colombiano presenta fallas en la Conducción Sectorial, Regulación, Modulación del financiamiento, que dificultan la Garantía del Aseguramiento, la Armonización de la provisión y el Desempeño de las funciones esenciales(18). Se dificulta garantizar el acceso a la afiliación y a la prestación de servicios de salud, dentro de un Sistema de aseguramiento centrado en lo económico, el cual minimiza la calidad y la seguridad en la prestación de los servicios de salud, sumado esto con un recurso humano de bajo perfil, en todos los niveles del Sistema (Central y Local), con poca experiencia, con dificultades en la articulación de las redes de IPS

privadas y públicas prestadoras.

De otra parte la falta de continuidad y permanencia contractual de las IPS públicas y privadas por parte de las EPSS, conllevan a frecuentes cambios en su red de prestadores dificultando la continuidad en la atención de sus afiliados, demora en el flujo de caja de las IPS. Las fallas en el Acompañamiento a las IPS por parte de las EPS (asesoría y seguimiento en la implementación de la Política y en la formulación de planes de acción dentro de la contratación), dificultad en la movilidad de los usuarios dentro del sistema y fallas en la reserva y ajustes de la UPC contributiva y son otros de los inconvenientes con que cuenta el modelo de salud formulado.

No existe un modelo de rectoría ni de operar para la población vinculada dentro del SGSSS, no hay articulación de los Riesgos Profesionales para los pacientes en el Régimen contributivo en lo económico ni en la atención en salud, donde no participa el Aseguramiento en salud con el seguimiento y control por parte del Ente Territorial.

En síntesis en Colombia no se han resuelto problemas propios de sistemas menos desarrollados, como cobertura insuficiente, pobre calidad técnica, a la par que enfrentan dificultades que aquejan a sistemas más desarrollados, como la gerencia del sistema, insatisfacción de los usuarios, la escalada de costos, incentivos inadecuados, inseguridad financiera, el crecimiento tecnológico lo que requiere la definición de reglas claras y una mejor estructuración.

4.2.3 Rectoría en Salud

El origen de la expresión rectoría y su empleo dentro del acervo de la cultura occidental, tienen como punto de partida la religión siendo que se hallan referencias de dicho vocablo tanto en el Antiguo como en el Nuevo Testamento. De hecho, existe un equivalente en el Islam que es el término “*Hisba*” que plantea la organización de las funciones de administración pública en las dimensiones tanto moral/normativa como administrativa/técnica(38).

En su relación más directa con la teoría del Estado, la rectoría se ha precisado de diversas maneras conexas. En su sentido más general el término alude al cumplimiento de un deber por parte de los poderes públicos y/o sus agentes en nombre de un superior.

Otras acepciones más elaboradas se concentran en la naturaleza de la relación entre la rectoría y la «*teoría de la agencia*», y en las consecuencias de esta vinculación en el equilibrio entre la eficiencia y la ética en materia de adopción de decisiones y comportamiento(38).

En el marco de las consideraciones y esfuerzos particulares del sector salud la Organización Panamericana de la Salud, con el propósito de fortalecer la autoridad sanitaria, ha centrado el desarrollo de gestión en lo que se ha denominado la *rectoría en salud*. La función rectora en salud “es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno. Es competencia del gobierno y ejercida mediante la Autoridad Sanitaria. Su propósito es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de los actores sociales” OPS – OMS, 2006(39).

Esta, como responsabilidad de la Autoridad Sanitaria, no puede ser transferida a otras instancias de la sociedad; aunque puede ser compartida entre distintos actores del Estado, bajo ciertas condiciones y normas pre-establecidas. Cuando se trata de la orientación general de todo el sector y de la política pública de salud, es indispensable la actuación del Estado en su rol de receptor activo del consenso social en materia sanitaria, y en el uso legal del poder de la autoridad que la democracia le confía, para que las decisiones sean acatadas(40).

No es una función monolítica sino un proceso de gobierno que abarca múltiples determinantes de salud y áreas de intervención que inciden sobre la salud(40). En este sentido, ejercer la autoridad sanitaria y la función rectora que de ella se deriva, involucra diferentes actores, que van más allá del límite del sector salud.

Esta función se ordena con base en ámbitos cuyo cumplimiento involucra a la institucionalidad nacional y local en distintas proporciones. De igual manera, se asume que estas dimensiones incluyen desarrollos e intervenciones de otros sectores distintos a salud, cuyas acciones tienen impacto en las condiciones de salud de la población. Sin embargo, para efectos de este modelo, se desarrollara todo lo relativo al sector, explicitando las relaciones fundamentales que deben ser estructuradas con otros

sectores, a fin de avanzar al logro de resultados de calidad de vida, como se espera al asumir enfoques como el de derecho a la salud, promocional de calidad de vida y salud, determinantes sociales de la salud y la Atención Primaria en Salud. Su evaluación constituye, para los tomadores de decisiones, una herramienta fundamental de planeación que permite avanzar en los procesos que muestran fortaleza en su desempeño y tomando decisiones sobre áreas prioritarias de intervención(39).

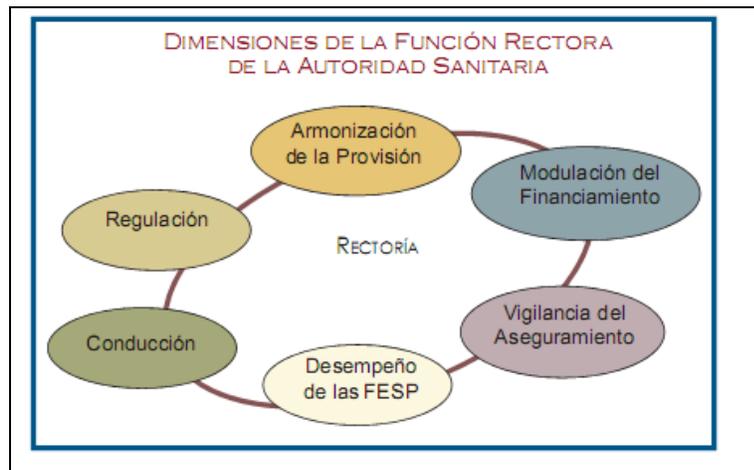
4.2.4 Dimensiones de la Función Rectora en Salud

Los complejos y profundos cambios generados en las reformas sectoriales de la década de los 90, transforman el rol de la autoridad sanitaria lo que obligó a redimensionar sus funciones para adecuarse a los nuevos desafíos. La OPS/OMS desde 1997 ha planteado la necesidad de reconsiderar las dimensiones del Rol Rector en Salud las cuales comprenden seis grandes áreas de responsabilidad y de competencias institucionales para la autoridad sanitaria: Conducción sectorial, regulación, modulación del financiamiento, garantía del aseguramiento, la armonización de la provisión, la ejecución de las funciones esenciales de salud pública. Las dimensiones propuestas para el ejercicio de la Rectoría por la Organización Panamericana de la Salud se corresponden con las que trabaja el Distrito Capital siendo estos elementos conceptuales los que se mencionan a continuación(41), (18):

- *Conducción Sectorial:* Entendida como la capacidad de orientar y movilizar a las instituciones del sector y grupos sociales para desarrollar la Política Nacional de Salud.
- *Regulación:* Significa la apropiación del marco normativo del sector, su ajuste, diseño y adopción para promover la salud, proteger a los ciudadanos, vigilar y abogar por la garantía de su cumplimiento en el territorio distrital. También comprende el establecimiento de reglas a los actores a cargo de la articulación del sistema en lo concerniente al ejercicio de sus funciones.
- *Modulación del Financiamiento:* Incluye la formulación de políticas, planeación estratégica, establecimiento de prioridades en la asignación de recursos y las competencias para garantizar, vigilar y modular la complementariedad de los recursos desde las distintas fuentes asegurando el acceso equitativo a los servicios

de salud. Para la Secretaría Distrital de Salud(42) es la función que imprime la dirección estratégica al sistema. Implica instaurar, implantar y monitorear las reglas de determinadas para el sistema. Se erige en la responsabilidad pública, lo que implica que un agente legítimo desde el punto de vista político debe ofrecer una respuesta frente a los intereses de la colectividad; rendir cuentas claras sobre su actuación y asegurar la interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores.

En la siguiente figura podemos observar Dimensiones de la Rectora de la Autoridad Sanitaria. 2007:



Tomado de OPS Función Rectora de la Autoridad Sanitaria. 2007

- *Garantía del Aseguramiento:* Focaliza su hacer en garantizar el acceso a un conjunto estipulado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o planes específicos para grupos especiales de la población(18).
- *Armonización de la provisión:* Es la capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud en forma equitativa y eficiente.

La función de armonización en la provisión de los servicios debe ser abocada por los entes de salud encargados mediante la rectoría sanitaria a los prestadores públicos y

privados, garantizar la equidad espacial de los equipamientos en salud de tal forma que el acceso a la asistencia sanitaria sea similar para todos los habitantes a fin de lograr que los objetivos comunes sean alcanzados.

Para lograrlo debe, entre otros:

- Desarrollar los procesos de Planificación de Servicios con Criterio Regional y/o Funcional.
- Desarrollar mecanismos regulatorios para la protección de los derechos en salud de la población procurando garantizar los Estándares Mínimos y de Mejoramiento de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud.
- Fomentar las coaliciones y oferta de Incentivos para la Auto-Regulación por parte de los distintos actores del sistema.
- Mediación entre Pagadores, Proveedores y Usuarios para Asegurar la Protección de estos últimos.
- Normatizar la incorporación de tecnológica para la planificación y la asignación de Recursos.

Las *Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)*: Describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud, en particular los Estados o Gobiernos, para alcanzar el objetivo central de la salud pública, que es el de mejorar la salud de las poblaciones.

4.3 Aseguramiento en salud

4.3.1 Aseguramiento dentro del SGSSS

El sistema de aseguramiento es un mecanismo a través del cual se puede incidir en la resolución de la cuestión social. En esta dirección el seguro social representa la ejecución de un contrato en el cual los ciudadanos y el Estado están igualmente implicados. Así “el seguro social funciona como una mano invisible que produce seguridad y solidaridad sin que intervenga la buena voluntad de los seres humanos. Por construcción el seguro atañe a las poblaciones: al hacer cada uno la parte de un todo, hace interdependientes a los individuos (Rosanavallon 1985, 23), (16).

La propuesta de aseguramiento es el instrumento idóneo para llevar a cabo el principio de solidaridad, y genera la base para introducir el concepto de ciudadanía, ya no sólo como el ejercicio de los derechos políticos y civiles si no también los sociales. De hecho es una de las estrategias a las cuales han recurrido los Estados para garantizar la provisión de los servicios sociales entre éstos la salud de su población.

En términos del tema que aquí nos ocupa se retoma lo que estipula el Ministerio de la Protección Social(24); *“el concepto de aseguramiento implica entonces la gestión del riesgo en salud de los afiliados, la cual puede definirse como la determinación de la probabilidad de ocurrencia de un hecho o daño, que es incierto, afecta la salud o requiere de un servicio y que, en consecuencia, puede vulnerar la economía familiar”* (25). En ese sentido el “bien objeto”(16), del aseguramiento en salud es, de una parte, abordar el ámbito de la salud, entendida esta como el bienestar físico, mental y social de la población objeto del seguro en salud y, de otra, la prestación de los servicios de salud a dicha población.

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

La técnica del aseguramiento, además de diluir el riesgo, permite un manejo eficiente de la política de salud. En esa perspectiva para el interesado en el seguro de salud, es decir el ciudadano común y su familia, el riesgo al que se enfrenta se ocasiona como consecuencia de la enfermedad o pérdida de la salud, implicando gastos en salud, ausencias en el trabajo y altos costos, especialmente si ello compromete a largo plazo su capacidad de trabajo y la disponibilidad de recursos para demandar los servicios de salud; hechos que se hacen más críticos en las poblaciones de bajos recursos económicos. Por tanto, en las políticas de largo plazo se debe buscar el aseguramiento universal y auscultar los mecanismos para llevar a cabo esa política en un país en donde el mercado laboral está caracterizado por la informalidad(16).

Estas particulares situaciones complementan las explicaciones de la adopción del sistema de aseguramiento en salud, mediante el cual se establecen los mecanismos de gestión del

riesgo en salud de la población, la distribución de la siniestralidad, la administración del riesgo financiero, la garantía en el acceso efectivo y la calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las entidades responsables de pago (45).

El aseguramiento se basa en el pago de una prima de riesgo, para cubrir un plan de beneficios previamente acordado es por ello que *“el aseguramiento en salud en el marco de la protección social, es la estrategia o mecanismo estructurado y formal por el cual una persona o familia es protegida o amparada de unos riesgos específicos, a través de un plan de que se encuentra financiado por una unidad de pago por capitación”*(43). Por tanto el aseguramiento se erige como una alternativa de financiación y prestación de servicios de salud, en la cual mediante una forma de prepago se garantiza la cobertura de unos servicios de salud específicos, con o sin coberturas económicas definidas, para un período de tiempo determinado.

Otra cuestión que se pone a consideración es la que tiene que ver con la manera como se costean los sistemas de aseguramiento en salud la cual puede tomar la forma de un financiamiento público o privado. El financiamiento público o privado obligatorio (procedentes de la tributación general o de las contribuciones a la seguridad social) siempre está asociado con pagos anticipados y con fondos comunes de gran tamaño(6). La forma en la que los planificadores organizan el financiamiento público o influyen en el financiamiento privado repercutirá en cuatro factores determinantes que son claves para el desempeño del financiamiento del sistema de salud, a saber: el nivel de pago anticipado; el grado de distribución del riesgo; el monto de los subsidios a los pobres, y la compra estratégica(42).

Además de ofrecer protección contra la obligación de pagar del propio bolsillo y, en consecuencia, encarar obstáculos al acceso, el pago anticipado hace posible distribuir el riesgo financiero entre los miembros de un fondo común. El financiamiento individual proveniente del propio bolsillo del usuario no permite compartir el riesgo de esta forma. En otras palabras, el pago anticipado debe existir para que sea posible lograr un verdadero acceso a la atención personal de costo elevado(42).

La garantía en condiciones de equidad y calidad a los servicios de salud ha tenido muchas dificultades, por lo cual no ha sido posible poner en funcionamiento el sistema y aún menos lograr los objetivos propuestos.

Aseguramiento dentro del SGSSS

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha constituido al aseguramiento, como el mecanismo para garantizar el acceso a la salud de la población en el territorio nacional, en especial de aquellas personas en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, que acceden a los servicios de salud mediante subsidios a la demanda(46).

El proceso contractual formaliza la relación entre las partes Ente Territorial y la EPSS, estableciendo los derechos, las obligaciones de las partes, siendo este el mecanismo en que el asegurador asume el riesgo transferido por el usuario y cumple con las obligaciones establecidas, en el plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado estipulado en la norma(46).

La administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

4.4 Dirección en salud a nivel territorial

Vista la Dirección de Salud desde el nivel territorial, los Departamentos y Distritos son, de conformidad con la normatividad vigente, las autoridades en materia de salud en el territorio de su jurisdicción, circunstancia que implica el ejercicio de competencias en inspección, vigilancia y control, para mantener el orden y garantizarle a los usuarios el acceso a los servicios de salud, en condiciones de oportunidad, calidad y continuidad.

La correspondiente responsabilidad, que de alguna manera, por norma asumen las autoridades en salud, se evidenció desde la expedición de la ley 10 de 1990, *“por la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Salud”*, la cual desde éste momento, fue clara en

señalar que en el nivel territorial las entidades departamentales y distritales, tienen la condición y función de organismos de dirección del Sistema de Salud, lo que desde su entendimiento les implica velar por la atención de las recomendaciones y políticas adoptadas por el nivel central, asumiendo el inicio del papel de rectoría del sector salud.

En éste sentido las Secretarías de Salud Departamentales y Distritales, se les atribuyó dentro de sus competencias coordinar, supervisar, programar, sugerir, ejecutar y desarrollar actividades relacionadas con el Sector Salud.

Así mismo la actuación y representación asumida por los Departamentos y Distritos, fue igualmente reconocido por la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, disposición que ubicó a dichas entidades territoriales como de administración y financiación, contemplando la posibilidad de delegar en el jefe de la entidad, la facultad de inspección, vigilancia y control, en el territorio de la correspondiente jurisdicción, definiéndose en forma más clara la función rectora en salud.

Por último, la ley 715 de 2001 por la cual fueron dictadas normas orgánicas en materia de recursos y competencias, de manera expresa definió las facultades en materia de inspección, vigilancia y control, encargándose de atribuirle a las entidades territoriales del orden Departamental, Distrital y municipal, la labor de dirección, coordinación y vigilancia del sector salud en el territorio de su jurisdicción.

De tal manera son las Secretarías de Salud del Nivel Departamental y Distrital, las entidades, que de forma legítima, ejercen la rectoría del Sistema en su territorio, lo que implica la labor de materializar los fines del servicio público de la salud, calificado como esencial, por la honorable Corte Constitucional.

4.4.1 Plan De Desarrollo Para Bogotá 2008-2012

La Secretaria Distrital de Salud (SDS), se propuso a 2009 Ajustar la política de Aseguramiento en salud del Distrito Capital, en concordancia con el PLAN DE DESARROLLO PARA BOGOTÁ, D. C., 2008 – 2012(47).

La Dirección de Aseguramiento en Salud de la SDS, dentro del Plan de Desarrollo Distrital 2008-2012(48) propuso dos proyectos de inversión, los cuales corresponden al proyecto 618 (proyecto que maneja la Dirección de Aseguramiento para el cumplimiento del Plan de Salud 2008-2012 referente a la prestación de servicios al Subsidiado) y el

proyecto 620 (proyecto que maneja la Dirección de Aseguramiento para el cumplimiento del Plan de Salud 2008-2012 referente a la prestación de servicios al Vinculado) dentro de los cuales propone a 2009 desarrollar un modelo de rectoría del Aseguramiento en salud en el Distrito Capital que integre los componentes de regulación, modulación, provisión de servicios y vigilancia y control.

El Plan Distrital de Desarrollo, Bogotá Positiva dentro del eje estructural 5, tiene como función básica garantizar el acceso universal al Sistema de Seguridad Social en Salud y la gestión del aseguramiento (riesgo en salud, prestación de servicios, garantía de localidad y financiamiento) que reconozca las necesidades diferenciales de la realidad de la población del Distrito Capital, dentro de las metas está incrementar en 892.415 nuevos afiliados en el régimen subsidiado y sostener la continuidad de 1.708.670 afiliados en el régimen subsidiado.

El Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2008 - 2012. "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor", adoptado mediante Acuerdo Distrital 308 de 2008 en su artículo 7 tiene como propósito desarrollar los programas "Bogotá Sana" y "Garantía del Aseguramiento y atención en Salud", en los cuales se articulan las acciones de los diferentes actores y se establecen acuerdos para avanzar en el mejoramiento de la condiciones de salud de la población del Distrito Capital a través de estrategias que promueven el desarrollo de la cultura de la salud, desde el abordaje de una política que se fundamente en reconocimiento de los derechos y fortalecimiento de la capacidad de respuesta del individuo como responsable de la calidad de vida.

5 Metodología

5.1 Tipo de estudio

Investigación cualitativa de tipo exploratorio para la caracterización de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud con el fin de aproximarse analíticamente a las fallas del aseguramiento en el distrito capital.

5.2 Metodología

5.2.1 Caracterización de la Dirección de Aseguramiento y del recurso Humano objeto de contratación

Para realizar la Caracterización de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de salud en Bogotá y cada una de sus dependencias se siguieron los siguientes trayectos metodológicos.

Se revisaron los documentos de consulta de la Secretaría de Salud y de la Dirección de Aseguramiento de la SDS, provenientes de archivo de la Dirección de Aseguramiento tanto en medio físico como magnético, durante el año 2010 y primer semestres del 2011, en total fueron revisados 150 archivos.

Se hizo una revisión de la normatividad (leyes, decretos, planes de desarrollo) que rige la Dirección de Aseguramiento, desde el periodo 1993 al periodo 2011 con el fin de definir sus competencias, metas y responsabilidades.

Una vez recopilado el material se realiza el proceso de lectura para determinar su conveniencia, se ordenan cronológicamente las diferentes normas y reglamentaciones, así como las contribuciones relacionadas con el tema de estudio y posteriormente se lleva a cabo un proceso de lectura más profunda para extraer los aportes relacionados con las competencias de Rectoría de la Dirección de Aseguramiento en Salud.

Se definieron las categorías de abordaje para la sistematización y posterior análisis de la Información teniendo como directriz las metas propuesta por la Dirección de acuerdo a la normatividad que la rige, sus competencias, misión y visión. A continuación se enuncian estas categorías:

- Estructura Organizacional de la Dirección de Aseguramiento de la SDS, lo que corresponderían a las dependencias (Administración del aseguramiento, Garantía de la Calidad, Servicios al Vinculado) describiendo las metas Institucionales generales de la dirección y las específicas de cada una de las dependencias
- Recurso humano de cada una de las dependencias que le permita cumplir las metas institucionales de la respectiva dependencia
- Metas específicas a cumplir, nivel jerárquico y compromiso laboral del recurso Humano objeto de contratación

5.2.2 Aplicación de la encuesta “Encuesta para identificar el conocimiento de la dirección de aseguramiento en rectoría”, para posteriormente construir arboles de problemas.

Para realizar la encuesta y el posterior diseño de los árboles de problemas se siguieron los siguientes trayectos metodológicos:

Construcción y aplicación de la encuesta.

La encuesta se diseño y validó mediante el consentimiento de expertos de la Dirección de Aseguramiento en salud, para la caracterización de la rectoría en salud, correspondientes al Director Harol Cardenas y una de sus asesoras la Dra. Antone Medellín, personas que no participaron en el diligenciamiento de la misma.

La prueba piloto se realizó con veintiún funcionarios de diferentes dependencias de la SDS, quienes no hacen parte de la Dirección de Aseguramiento; ocho de Salud Pública, tres del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, tres de la Dirección de Planeación y Sistemas y siete de la Dirección de Desarrollo de Servicios. Está aplicación otorga la posibilidad de establecer posibles cambios en las preguntas de manera que puedan ser comprendidas con facilidad y que permitan conocer lo que se quiere en términos de valides del proyecto.

La encuesta consiste en un cuestionario estructurado con cinco preguntas y sus

respuestas, muy bien numeradas, de modo que facilite su posterior tabulación y la elaboración del árbol de problemas; las primeras cuatro preguntas son de selección múltiple, con única respuesta, para marcar con una X, la quinta pregunta permite la elaboración del árbol de problemas, el cual ayuda a entender la problemática a resolver. En él se expresan, en encadenamiento tipo causa/efecto, las condiciones negativas percibidas por los encuestados en relación con el problema en cuestión.

Confirmado el mencionado encadenamiento causa/efecto, se ordenan los problemas principales los cuales permiten al encuestado y al equipo de la Dirección de Aseguramiento, identificar el conjunto de problemas para así realizar objetivos de mejora.

Esta clarificación de la cadena de problemas permite mejorar el servicio, efectuar un monitoreo de los "supuestos" de mejora.

La primera pregunta de la encuesta, está encausada al conocimiento del encuestado, donde su respuesta orienta si la persona entrevistada conoce o no sobre el tema en estudio (la rectoría en salud). De antemano sabemos que es una encuesta practicada al talento humano de una institución dentro del Sistema General de Seguridad en Salud, donde dichos funcionarios conocen el tema por el desempeño organizacional de la misma.

Ésta primera pregunta tiene tres respuestas cerradas: 1.1 No, 1.2 Parcialmente y 1.3 Sí.

La respuesta, "No", tiene un importante significado en el desarrollo de ésta investigación, pues determina un valor importante, a nivel institucional, informando del grado de conocimiento del talento humano que labora en la Dirección de Aseguramiento, de una institución en salud sobre uno de los principios básicos como es la rectoría. Ésta pregunta es excluyente para el diligenciamiento del resto de la encuesta, de tal modo que la información para la investigación por parte de éste funcionario es suficiente, en concordancia a lo enunciado se da una orientación en nuestra encuesta seguido de la primera pregunta que si su respuesta para ésta pregunta es "No," no es necesario que continúe el diligenciamiento de la encuesta, pero si su respuesta es "Parcialmente" o "si" puede continuar con la encuesta.

Es claro que la respuesta para la pregunta uno "Parcialmente" y "Si" son claras y no

requieren mayor explicación.

La segunda pregunta tiene igualmente tres posibles respuestas 2.1 "No", 2.2 "Parcialmente" y 2.3 "Sí" y esta pregunta se encuentra orientada a definir si el entrevistado considera que la Dirección de Aseguramiento en Salud tiene obligaciones como ente rector dentro del Sistema en Salud.

La tercera pregunta con tres posibles respuestas 3.1 "No", 3.2 "Parcialmente" y 3.3 "Sí", está orientada al cumplimiento de la Dirección de Aseguramiento sobre nuestro tema a desarrollar.

La cuarta pregunta con tres posibles respuestas 4.1 "No", 4.2 "Parcialmente" y 4.3 "Sí", enfoca al entrevistado en la existencia o ausencia de problemas en el ejercicio de la rectoría por parte de la Dirección de Aseguramiento.

La respuesta 4.1, "No", por parte del entrevistado es excluyente y no permite continuar con el diligenciamiento de la encuesta, es así que solamente, las respuestas 4.2, "Parcialmente" y 4.3, "Sí", permitirán continuar con la encuesta en su quinta pregunta.

La quinta pregunta es fundamental para la descripción de problemas y es el insumo básico para la elaboración del Árbol de problemas, donde su metodología se aborda más adelante.

Dentro de la metodología para contestar la encuesta, se incluye directrices al inicio de misma, requiriendo el abordaje individual por parte del entrevistador, con cada uno de los entrevistados y se les da todo el tiempo necesario, individualizado para el diligenciamiento de la encuesta, igualmente se deja en claro que se debe comenzar las preguntas leyéndolas despacio, entendiéndolas y seguirse en forma cerrada, con la consigna que debe quedar todos los casilleros de respuestas completos teniendo en cuenta las exclusiones en la respuesta 1.1 y 4.4 ya descritas.

Al mismo tiempo se entrega un listado de tres problemas de rectoría, los cuales se seleccionan, previamente y al azar, de un grupo de supuestos, relacionados con las tres áreas de la Dirección de Aseguramiento (Administración, Vinculados y Garantía), que hacen parte del árbol de problemas (esta metodología se aborda más adelante en el árbol de problemas).

La encuesta tiene por título, la razón de la encuesta, “**INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA 2011 PROYECTO DE TESIS**”, seguido de la universidad donde se está realizando la tesis: “**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**”, posterior a éste se encuentra el título de encuesta, orientando al encuestado sobre la dirección de la encuesta: “**ENCUESTA PARA IDENTIFICAR EL CONOCIMIENTO DE LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO EN RECTORÍA**”.

De otra parte en el pie de página de la encuesta, se informa al entrevistado la legalidad de la entrevista dentro de la Maestría en salud pública.

**INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA 2011
PROYECTO DE TESIS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**

FORMATO DE ENCUESTA TESIS (Funciones esenciales):

ENCUESTA PARA IDENTIFICAR EL CONOCIMIENTO DE LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO EN RECTORÍA

Año: _____

Institución: Secretaría distrital de Salud, pertenece a la Dirección _____

(Marque con una X):

1. ¿Conoce el concepto de Rectoría en salud?

1.1 No _____

1.2 Parcialmente _____

1.3 Sí _____

Si en la pregunta anterior su respuesta fue la 1.1 No _X_, no continúe con el desarrollo de ésta encuesta.

2. ¿Tiene la Dirección de Aseguramiento de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

(SDS) de Bogotá obligaciones que como Ente Rector le impone el sistema?

2.1 No _____ 2.2 Parcialmente _____ 2.3 Sí _____

3. ¿Considera que la Dirección de Aseguramiento en Salud de la Secretaría Distrital de salud cumple con la rectoría en salud?

3.1 No _____ 3.2 Parcialmente _____ 3.3 Sí _____

4. ¿Existen problemas para el ejercicio de la rectoría por parte de la Dirección de Aseguramiento en Salud?

4.1 No _____ 4.2 Parcialmente _____ 4.3 Sí _____

5. Si la respuesta anterior (No 4) es Parcialmente o Sí, enumere:

Problema: 1- _____ Causa: _____ Efecto: _____

Causa: _____ Efecto: _____

Problema: 2- _____ Causa: _____ Efecto: _____

Causa: _____ Efecto: _____

Problema: 3- _____ Causa: _____ Efecto: _____

Causa: _____ Efecto: _____

Esta encuesta hace parte de la metodología de investigación de la Tesis de Grado avalada por el Comité Asesor de la Maestría en Salud Pública. Acta No. 15 del 11 de agosto 2009. Mi nombre es CARLOS EDUARDO RINCON TORES, soy estudiante de la Maestría de Salud Pública, en el Consejo de la Facultad en su sesión del día 28 de octubre de 2010, Acta No. 37 avaló el nombramiento de Director al Dr. Jaime Cardona Botero y Codirector al Dr. Carlos Sarmiento L, en la realización del Proyecto de tesis "**CARACTERIZACIÓN DE FUNCIÓN RECTORA EJERCIDA POR LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DENTRO DEL SGSSS**". La encuesta hace parte de la investigación de la Tesis en cuestión.

Para escoger el número de personas a entrevistar se utilizó el método de Muestreo de juicio (53), donde el número de personas a entrevistar fueron seleccionados mediante juicio personal.

El número de personas que inicialmente se les debía encuestar, corresponde a 38 (100% del talento humano de la Dirección de Aseguramiento), respondieron la encuesta 29 (76,3%), dentro de los que no realizaron la encuesta nueve, se encuentra el Director de la Dirección de Aseguramiento y uno de sus asesores (expertos que colaboraron en la diseño y validación de la encuesta); de otro lado se determinó como criterio de exclusión, el cargo y perfil, de las personas que no tienen relación con el tema a identificar en éste trabajo (cumplimiento de Obligaciones en rectoría por parte de la Dirección de Aseguramiento), de tal modo que se descartó para la encuesta, las cuatro secretarías y los tres funcionarios de archivo.

Final mente se escogieron veintinueve personas a encuestar, teniendo en cuenta que por su perfil y juicio, aportan a los elementos que pretendemos identificar en éste trabajo, de tal modo que los veintinueve funcionarios restantes cumplen con éstos criterios de inclusión.

Construcción del árbol de problemas esta metodología de diagnóstico permite el conocimiento y la sensibilización de las personas hacia sus problemas.

Las partes del árbol permiten plantear todos los elementos para el análisis de una situación o problema de tal forma que se llega no sólo a diagnosticarlo, sino que permite

el análisis secuencial y lógico de todos los aspectos que tienen que ver con éste, hasta llegar a conclusiones de cómo resolverlo y los beneficios que se obtienen al encontrar soluciones.

Dentro de la metodología utilizada en la encuesta, se incluye en la pregunta número cinco los elementos que hacen parte del árbol de problemas, para contestar la pregunta cinco, se dan directrices al inicio de la encuesta, entre ellas la de tomar como “foco” de referencia la dimensión laboral; de otra parte ésta pregunta cinco, se aborda individualmente con cada uno de los entrevistados y se les da todo el tiempo necesario, individualizado para el diligenciamiento en la encuesta, igualmente se deja en claro que se debe comenzar las preguntas leyéndolas despacio, entendiéndolas y seguirse en forma cerrada, con la consigna que debe quedar todos los casilleros de respuestas completos (problema, causa y efecto).

Al mismo tiempo se entrega un listado de tres problemas de rectoría, los cuales se seleccionan, previamente y al azar, de un grupo de supuestos, relacionados con las tres áreas de la Dirección de Aseguramiento (Administración, Vinculados y Garantía), uno por área, siendo el primero un problema de rectoría del área de Administración de Aseguramiento, el segundo del área de Servicio al Vinculado y el tercero del área de Garantía de la Calidad, como ejemplo y ayuda memoria para completar desde su opinión los problemas presentes, completar desde su óptica las causas de estos y sus efectos, aclarando que los problemas se deben plantear de modo que un problema no es la ausencia de su solución, sino un estado existente negativo:

1.	Problema: Inadecuada carnetización. Causa: Falta de promoción y fomento de la afiliación de beneficiarios al Régimen Subsidiado. Efecto: No cobertura universal
2.	Problema: Prestación de servicios al vinculado inadecuados. Causa: Multifiliación. Efecto: Inasistencia del vinculado a los servicios de atención
3.	Problema: Seguimiento inadecuado a las EPSS. Causa: Falta de talento humano. Efecto: Fallas en la atención

Se aclara que no necesariamente debe seguirse ni el orden ni la forma de encarar los

problemas del listado por cada una de las áreas de la Dirección de Aseguramiento y por el contrario se podría iniciar la respuesta con problemas distintos pero de su propio conocimiento relacionado con el tema. En ese sentido, se deja abierta la puerta para que la dinámica propia de la interacción determine la secuencia de los problemas con sus causas y efectos.

La consigna es que cualquiera fuese la secuencia, deben quedar todos los casilleros completos para cada dimensión de la encuesta, en cuanto a causas y efectos, correspondiendo éstos dos últimos en forma directa con el problema planteado.

Mientras que en el caso del cuestionario estructurado, para las primeras cuatro preguntas de la encuesta, ordenadas según una secuencia fija, asegura el registro de la información buscada, esto no ocurre con la pregunta cinco de los problemas.

Para completar la respuesta cinco del árbol de problemas, es necesario que el encuestador lea el contenido de la respuesta en presencia del encuestado, para seguir la continuidad del problema planteado por el encuestado, prestar atención a lo ya escrito y relacionarlo con el contenido de las causas y efectos, repreguntar en caso de inconsistencias o contradicciones, vincular eventos y retomar los acontecimientos mencionados para obtener un registro detallado de cada problema con sus causas y efectos, acorde con la normatividad vigente en salud. Al mismo tiempo, la pregunta cinco requiere una mayor implicación y un trabajo más intensivo por parte del propio encuestado. Es necesaria la aceptación y disposición del encuestado a realizar un ejercicio a la vez introspectivo y retrospectivo para llegar a reconstruir los problemas relacionados con el tema de rectoría en sus distintas dimensiones.

El uso combinado del cuestionario estructurado con los problemas, su causa y efecto posibilita revelar situaciones diversas de la problemática en rectoría de la Dirección de Aseguramiento de la SDS, por causa del ejercicio de la misma en salud y sus efectos, muy significativos sobre las condiciones del conocimiento en rectoría de los entrevistados. Esta complejización de la información hace evidenciar la diversidad de una población que parece relativamente homogénea en conocimiento.

El segundo punto que interesa resaltar es la potencialidad que tuvo la combinación de la encuesta cerrada con el punto cinco de problemas, causas y efectos, al articular los

datos, se logró contextualizar la situación actual de problemas, dar cuenta de cómo se llegó a ella (causas) y cuáles fueron sus efectos.

El proceso de análisis de los datos apunta a detectar, describir y evaluar los principales problemas para el ejercicio de la rectoría, causas y efectos. Para alcanzar estos objetivos, se elaboró un plan de codificación acorde con el instrumento y de los datos obtenidos.

Si bien el punto de llegada es un tratamiento estadístico, el procesamiento de los datos requiere previamente de una lectura global e interpretativa de la información registrada.

Para ser codificados, los problemas, sus causas y efectos necesitan ser leídos en el contexto general del conocimiento, experiencia y punto de vista del encuestado, es aquí donde se evidencia la importancia de la selección de juicio (por perfil y cargo) de la muestra para realizar la encuesta. En particular, resulta imprescindible este acercamiento hermenéutico para determinar qué criterios utilizar para establecer los límites entre un problema y que constituye una “mejora” o un “deterioro” dentro de la rectoría en salud desde la Dirección del Aseguramiento en Salud de los encuestados.

6. Resultados

6.1 Sector Salud en Bogotá

El Sector Salud tiene la misión de dirigir, planificar, coordinar y ejecutar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud(49).

El Sector Salud está integrado por la Secretaría Distrital de Salud, cabeza del Sector, y las siguientes Entidades Adscritas:

- Fondo Financiero Distrital de Salud - FFDS,
- Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E.,
- Hospital La Victoria III Nivel E.S.E.,
- Hospital Tunal III Nivel E.S.E.,
- Hospital Simón Bolívar III Nivel E.S.E.,
- Hospital Santa Clara III Nivel E.S.E.,
- Hospital San Blas II Nivel E.S.E.,
- Hospital Meissen II Nivel E.S.E.,
- Hospital Bosa II Nivel E.S.E.,
- Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E.,
- Hospital Engativá II Nivel E.S.E.,
- Hospital Tunjuelito II Nivel E.S.E.,
- Hospital Fontibón II Nivel E.S.E.,
- Hospital Suba I Nivel E.S.E.,

- Hospital Usaquén I Nivel E.S.E.,
- Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E.,
- Hospital Nazaret I Nivel E.S.E.,
- Hospital Usme I Nivel E.S.E.,
- Hospital San Cristóbal I Nivel E.S.E.,
- Hospital Pablo VI Bosa I Nivel E.S.E.,
- Hospital del Sur I Nivel E.S.E.,
- Hospital Chapinero I Nivel E.S.E. y
- Hospital Rafael Uribe Uribe I Nivel E.S.E.

La Secretaría Distrital de Salud es un organismo del Sector Central con autonomía administrativa y financiera que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital(49).

Como organismo rector de la salud ejerce su función de dirección, coordinación, vigilancia y control de la salud pública en general del Sistema General de Seguridad Social y del régimen de excepción, en particular(49).

La primera función de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) es la dirección del sistema del Distrito, asegurando la interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre los actores al estructurar reglas e incentivos adecuados. La responsabilidad como agente políticamente legítimo debe ofrecer una respuesta sensible frente a los intereses de la colectividad capitalina, y rendir cuentas claras sobre su actuación, según la propuesta de Londoño y Frenk(10).

Del mismo modo la Secretaría Distrital de Salud (SDS), conduce, regula, modula, garantiza la prestación directa de servicios la cual está abierta a un esquema pluralista de instituciones públicas y privadas.

La modulación involucra funciones más específicas como el desarrollo del sistema, la coordinación delegada del Ministerio, la propuesta del diseño financiero, la regulación

propiamente dicha y finalmente la protección al usuario.

Para lo cual la Secretaría Distrital de Salud cumple con los siguientes propósitos:

- Desarrollo del sistema: Por medio de la formulación de políticas distritales, la planeación estratégica, el establecimiento de prioridades consensuadas para la asignación de recursos, la acción intersectorial para promover “políticas saludables”, la movilización social para la salud, el desarrollo de criterios y estándares para la evaluación del desempeño del sistema y el fortalecimiento de la capacidad del sistema.
- Coordinación: Siendo la Secretaría Distrital de Salud (SDS), como la instancia distrital en el sistema de salud con la autoridad para convocar a todos los actores múltiples en la consecución de objetivos comunes.
- Propuesta de diseño financiero: Con el fin de incrementar cobertura y calidad, con movilización de recursos y contención de costos, con establecimiento claro de las reglas financieras.
- Regulación: Incluye por parte de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), tanto la regulación sanitaria como la regulación de la atención a la salud que aplica a sectores específicos de la economía relacionados con la atención a la salud. Instituyendo reglas concertadas con el Ministerio y todo el sector, para el sistema de salud que involucren a: Los prestadores individuales (con el licenciamiento, la certificación, la habilitación y acreditación) los prestadores institucionales (con la habilitación y acreditación) a los mecanismos financieros, Fondo Financiero Distrital (con reglas para el aseguramiento) a las organizaciones a cargo de la función de articulación (con la acreditación y la supervisión) entre otros.
- Protección al usuario en salud: la Secretaría Distrital de Salud (SDS) debe ofrecer información a la disposición de los usuarios en salud y de los agentes en la compra de servicios de salud, impulsando una competencia efectiva. Además la Secretaría debe desarrollar un esfuerzo deliberado para la protección de los derechos humanos y la mediación de conflictos.

Conjuntamente con la *“modulación”* se resalta la importancia de la *“articulación”* entre poblaciones y prestadores, la que incluye: la administración de riesgos, la administración del acceso y la presentación. La administración de riesgos realizada por Empresas administradoras de Planes de Beneficios EAPB, que reciben un pago ajustado al riesgo que ellas asumen al realizar la afiliación de población que dispersen los riesgos y reduzcan la incertidumbre financiera de los usuarios en salud. La administración del acceso incluye los procedimientos para el ingreso y la salida de los usuarios en sistema de salud; las contingencias que deben ser cubiertas y la organización de redes integrales de proveedores de servicios en salud.

La articulación entre agencias financieras y las prestadoras de servicios es fundamental para canalizar los recursos desde los primeros hacia los segundos, con el diseño de incentivos, beneficios y la gestión de la calidad. Incentivos en el pago pueden impulsar la eficiencia y respuesta sensible de los prestadores frente a los usuarios de servicios en salud. Igualmente los beneficios o intervenciones cubiertas, que permite a la agencia financiera asegurar que sus recursos se aplican de manera más costo-efectiva posible. Por último la Secretaria Distrital de Salud como ente articulador cumple funciones de gestión de la calidad, retirando la habilitación o certificando la competencia de los proveedores, monitorizando los procesos y los resultados de atención, incluyendo aspectos técnicos y la satisfacción del usuario en salud.

Las funciones de Rectoría en Salud en los componentes de conducción, regulación, modulación del financiamiento y garantías en la prestación de los servicios de salud por la Secretaría Distrital de Salud, como cabeza del Sistema General de Seguridad Social en la jurisdicción del Distrito Capital, se han ejercido primordialmente con la población que presenta mayores riesgos en su salud, como son las mujeres en edad de concebir, los menores de 1 y 5 años, las mayores de 65 años, las personas en condición de discapacidad, las poblaciones especiales y minoritarias, todos ellos clasificados en la condición de pobres y vulnerables y generalmente sin relaciones laborales ni la capacidad de pago que les permita acceder al sistema de seguros en salud(18).

6.2 Funciones de la Secretaría Distrital de Salud como ente territorial dentro del SGSSS

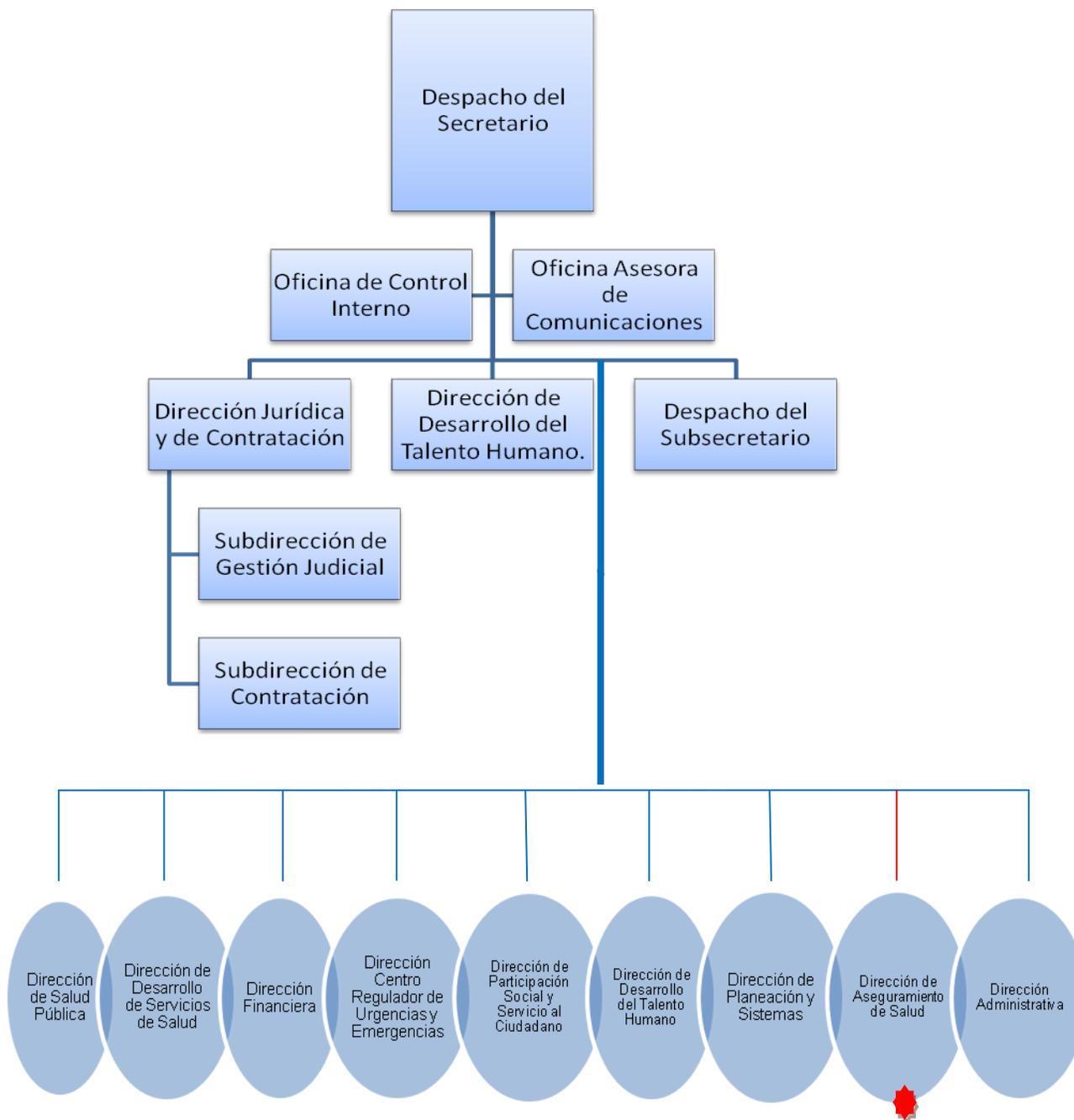
Las funciones de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), como ente territorial del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se soportan de una parte en las definiciones dadas en el marco de las Funciones Esenciales en Salud (FESP) y por las orientaciones generadas a partir de la Ley 715 de 2001 sobre los recursos y competencias (48).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha puesto en marcha la iniciativa "La salud Pública en las Américas", dirigida a la definición y medición de las FESP como base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los niveles del Estado.

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) que competen al Estado y cumple la Secretaría Distrital de Salud son:

- Monitoreo del estado de salud.
- Identificación de los problemas de salud de la comunidad: diagnóstico e investigación.
- Información, educación y empoderamiento de las personas en temas de salud.
- Movilización de asociaciones comunitarias para identificar y resolver problemas de salud, desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva, cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan la salud y den seguridad.
- Vinculación de las personas con servicios en atención en salud y garantía de provisión de servicios de salud donde no estén disponibles.
- Garantía del talento humano competente para la salud pública y la atención en salud.
- Evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva, investigación sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud.

6.3 Estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud



Fuente: SDS. Dirección de Aseguramiento en Salud. Decreto Distrital 482 de 2010

Estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud, está conformada de la siguiente manera:

- Despacho del Secretario integrado por:
 - Oficina de Control Interno
 - Oficina Asesora de Comunicaciones
- Despacho del Subsecretario.
- Dirección de Salud Pública.
- Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
- Dirección de Aseguramiento de Salud.
- Dirección de Planeación y Sistemas
- Dirección Administrativa.
- Dirección Financiera.
- Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
- Dirección Jurídica y de Contratación
 - Subdirección de Gestión Judicial
 - Subdirección de Contratación
- Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano.
- Dirección de Desarrollo del Talento Humano.

6.4 Mapa de proceso de la Secretaría Distrital de Salud

El mapa de proceso de la Secretaría Distrital de Salud responde a los elementos de planeación estratégica previamente definidos y la revisión de las competencias que le han sido conferidas por ley.

Así mismo, con base en los lineamientos expedidos por la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, se estableció el tipo de procesos a tener en cuenta para la definición de los procesos institucionales, determinando los siguientes:

- Procesos Estratégicos. Incluye aquellos procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la Dirección.

- Procesos Misionales. Incluye los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.
- Procesos de Apoyo. Incluye aquellos procesos para la provisión de los recursos que son necesarios en el cumplimiento de los procesos estratégicos y misionales.
- Procesos de Evaluación y Mejoramiento. Incluye aquellos utilizados para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y misionales.

Posterior a la consideración y revisión de estos elementos, se logró establecer el mapa de procesos institucional, que se presenta a continuación:



6.5 Caracterización de la dirección de aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y del recurso humano objeto de contratación

La Secretaria Distrital de Salud (SDS), desempeña un papel central en la formulación e implementación de la política de aseguramiento en salud, estableciendo las reglas de operación del aseguramiento, fomentando la integración entre los actores, ejerciendo los mecanismos de vigilancia y control y el reconocimiento al buen desempeño(50).

Con miras a cumplir con estos propósitos en la estructura de la SDS se incluye la Dirección de Aseguramiento en salud donde se realizan los procesos necesarios para que la población pobre y vulnerable del Distrito Capital, acceda a los servicios de salud a que tienen derecho como ciudadanos colombianos(51).

Estos procesos tienen que ver con la administración del Régimen Subsidiado, a través del cual los bogotanos y bogotanas que por sus condiciones socioeconómicas son beneficiarios del Sistema de Seguridad social en Salud (SGSSS), reciben los servicios de salud a menores costos por ser sujeto de subsidios del Estado. Así mismo, los ciudadanos capitalinos que son potenciales beneficiarios del Régimen subsidiado, pero que aún no se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS), pueden acceder a servicios de salud subsidiados(51).

Otros procesos que desarrolla la Dirección de Aseguramiento en Salud, se relacionan con el seguimiento a la aplicación de mecanismos necesarios para garantizar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad por parte de las Entidades Administradoras a sus afiliados(51). En el cumplimiento de los propósitos formulados por la Dirección de aseguramiento se tienen como funciones las referidas a continuación:

- **Garantía del Aseguramiento.** Contiene las intervenciones tendientes a fortalecer la capacidad de planeación, seguimiento y evaluación del ente territorial y las instancias de participación social en salud, en procura de mejorar las condiciones de aseguramiento en salud. Se desarrollan acciones de fomento a la afiliación, uso responsable del Subsidio, Control a la evasión y elusión y la contratación de Aseguradores y prestadores para la atención de la población pobre y vulnerable.

Igualmente le corresponde el fortalecimiento de la cultura del aseguramiento a través del control de la evasión y la elusión, el fomento de la utilización adecuada de los subsidios y la generación de relaciones basadas en la confianza y la simetría de información entre el Ente Territorial, las Administradoras de Planes de Beneficio, la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS y como eje central el usuario(50).

- **Contratación.** Tiene un objetivo social de materializar la garantía de prestación de servicios de salud del Plan Obligatorio de Salud POS, POSS y Riesgos Profesionales, para toda la población del distrito capital, manejando la administración del riesgo en salud de los afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud para todos los grupos poblacionales.

- *Seguimiento a la prestación del servicio de salud y a los contratos dentro del cumplimiento de la regulación, modulación en el aseguramiento.* Corresponde a la prestación de los servicios en salud en concordancia a los estándares de calidad dentro del aseguramiento en salud, con el seguimiento y garantía de la atención en salud y verificación del cumplimiento de los compromisos contractuales, donde se reflejen los estándares de atención, adquiridos entre la EPSC y EPSS con sus respectivas redes de IPS públicas y privadas en la prestación de servicios en salud. Para cumplir esas actividades se debe establecer una Auditoría permanente de carácter interno o externo, que debe ser monitorizada en su ejecución y desarrollo por la SDS, con la recopilación de informes, análisis de los mismos, actuación, retroalimentación a cada uno de los actores implicados, intervención y consolidar los resultados para el Distrito Capital.

- *Administración, seguimiento y control del aseguramiento:* Hace alusión al papel de la Dirección de Aseguramiento en Salud de la Secretaría Distrital de Salud en cumplimiento del decreto 123 de 2010, las entidades territoriales continúan con el seguimiento y control del aseguramiento, de conformidad con la ley 715 de 2001(18). Frente al seguimiento y control del aseguramiento, las entidades territoriales continúan verificando el cumplimiento de los procesos de la administración y operación del Régimen Subsidiado, lo cual permitirá determinar el cumplimiento de las obligaciones de las EPS y su operación en la entidad territorial respectiva(18).

En cuanto al objetivo del Aseguramiento en salud se ha planteado que es el de *“Garantizar el goce efectivo al DERECHO a la salud de la población del Distrito Capital, mediante el acceso universal y el acceso a la prestación de los servicios de salud”*. Este propósito contempla las siguientes líneas de acción:

- *Gestión del aseguramiento del régimen subsidiado.*
- *Gestión de la prestación de los servicios de salud para la población pobre y vulnerable no asegurada o vinculada y de los eventos no cubiertos por subsidio a la oferta.*
- *Gestión de la Garantía de la Calidad en el acceso y la prestación de los servicios de salud de la población del Distrito Capital, independiente del responsable de pago.*

6.5.1 Gestión del aseguramiento del régimen subsidiado

La finalidad de ésta área es lograr y mantener la cobertura universal, por ello le corresponden las siguientes actividades bajo su responsabilidad:

- a. Administración, actualización, manejo y control de las bases de datos de usuarios que se encuentran inscritos en el sistema.
- b. Reporte de Novedades.
- c. Libre Elección
- d. Aplicación de Libres Procesos.
- e. Gestión del Riesgo en salud y Administración del Riesgo Financiero relacionado con la atención de la población pobre y vulnerable asegurada en el régimen subsidiado, el cual incluye tareas como: Análisis Suficiencia de Red pública (en lo referente al 60% que le obliga la Ley) y privada para garantizar la capacidad, análisis del perfil epidemiológico de la población, análisis de la demanda atendida y potencial y otras tareas relacionadas).
- f. Contratación del Régimen Subsidiado (EPSS).

- g. Seguimiento financiero a la ejecución de los contratos con las EPSS.

Este punto en el marco del Acuerdo 415 de 2009 del Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Ley 1438 de 2011 del Congreso de Colombia.

6.5.2 Gestión de la prestación de los servicios de salud.

La finalidad de ésta área es garantizar el acceso a la prestación de servicios de salud de la población no asegurada, incluyendo los grupos especiales que residen en el Departamento, por ello le corresponden las siguientes actividades bajo su responsabilidad:

- a. Gestión del Riesgo en salud y Administración del Riesgo Financiero relacionado con la atención de la población pobre y vulnerable no asegurada (Vinculados), el cual incluye tareas como: Análisis Suficiencia de Red, análisis del perfil epidemiológico de la población, Análisis de la demanda atendida y potencial y otras tareas relacionadas).
- b. Contratación de la Red Adscrita y Complementaria para la atención de la población pobre y vulnerable no asegurada (Vinculados).
- c. Seguimiento financiero a la ejecución de los contratos de la red.
- d. Atención al usuario con requerimientos de prestación de servicios que no pueden ser atendidos o direccionados por el área de referencia y contra referencia.

6.5.3 Gestión de la garantía de la calidad

La finalidad de ésta área es garantizar la calidad en el acceso universal y a la prestación de los servicios de salud de la población del Distrito Capital, por ello le corresponden las siguientes actividades bajo su responsabilidad:

- a. Inspección, Vigilancia y Control a la prestación del servicio en salud, para cada uno

de los regímenes del SGSSS y la contratación de EPS con la red de prestadores (Auditoría para el seguimiento de la atención en salud con calidad y seguimiento y control de calidad a los contratos (por outsourcing o contratado).

b. Cuentas Médicas (Auditoría y seguimiento) de los procesos financieros de pago y reconocimiento por servicios de salud prestados a la población pobre y vulnerable no asegurada, los eventos No POSS, No POS, Tutelas y demás de la población pobre y vulnerable no asegurada y asegurada en el régimen subsidiado y población del régimen contributivo.

c. Garantía en la Prestación de los Servicios de Salud en su jurisdicción, mediante el desarrollo de:

Modulación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) como comprador de servicios de salud con la Red Adscrita y Complementaria.

6.5.4 Central de referencia y contra referencia de servicios de salud de la ciudad.

Es un procedimiento dinámico que desarrolla todas las acciones de comunicaciones y logísticas articuladas con la Central Única de Referencia y Contra Referencia (CURYR) (Es una estrategia del Distrito para disminuir las barreras de acceso y facilitar la atención oportuna, integral y continua de los usuarios y usuarias del Régimen Subsidiado y los participantes vinculados población no afiliada al Régimen Subsidiado o al Contributivo en la prestación de servicios de salud en Bogotá, D.C.) y el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) y con la Dirección de Desarrollo de Servicios, para lograr ubicar y dar respuesta a los requerimientos de salud de la población objeto.

6.5.5 Estructura Organizacional de la Dirección de Aseguramiento de La SDS



Fuente: SDS. Dirección de Aseguramiento en Salud. Decreto Distrital 482 de 2010

Dirección de Aseguramiento en Salud

Corresponde a la Dirección de Aseguramiento en Salud el ejercicio de las siguientes funciones, las que cumple:

- **Crear las condiciones para el acceso universal de la población al Sistema de Seguridad Social, promoviendo su aseguramiento a los regímenes establecidos por la ley.**
- Garantizar la atención en salud al 100% de la población del Distrito Capital de acuerdo a su condición en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y regímenes de excepción (meta Plan de Salud 2008-2012) (48).
 - Realizar anualmente el seguimiento a la complementariedad e integridad de los planes de beneficios en el contexto de la estrategia de calidad de vida y salud y APS (meta Plan de Salud 2008-2012) (48).
 - Mantener la cobertura en servicios de salud para la población pobre no asegurada y para los servicios NO POS-S para población afiliada al régimen subsidiado (meta Plan de Salud 2008-2012) (48).

Cumplimiento:

Desde la Dirección de Aseguramiento de la SDS, se divulga las ventajas de asegurarse al Sistema de Seguridad Social en Salud y la importancia de no evadir el pago de la seguridad social en salud, teniendo énfasis en los trabajadores informales, taxistas, conductores, empleadas domesticas, pequeños comerciales, mediante publicidad radial con cuñas pactadas en tres de las emisoras más escuchadas en el Distrito Capital, mensajes relacionados con la afiliación en Transmilenio, capacitación en EPS con personal de la Secretaria en salas de espera sobre el tema, capacitación en CADES y SUPERCADES a los usuarios, visitas a ESE, a los servicios de Urgencias y admisiones fortaleciendo la afiliación, carnetización, divulgación de deberes y derechos dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Referencia y Contrarreferencia; se realizan dos jornadas semestrales en cuatro importantes centros comerciales, ubicados en los cuatro puntos cardinales de la ciudad, donde se promueve el aseguramiento, la carnetización y se invita a los trabajadores informales a asegurarse, con la participación de todas las EPS-C habilitadas en el distrito capital (46).

Durante las jornadas semestrales, se aplican las novedades de actualización de datos a

los afiliados al régimen subsidiado del Distrito Capital, lo cual permite tener datos actualizados y aclarar su situación para evitar suspensiones o retiros del Régimen Subsidiado en Salud y garantizar la continuidad, igualmente se realiza el proceso para la certificación y el giro del bimestre anticipado a las 8 EPS-S habilitadas para operar en el Distrito Capital (46).

POBLACIÓN OBJETO DE SUBSIDIOS A LA OFERTA: Se encuentra en revisión por el Comité de Controversias POS la herramienta de trabajo "Algoritmos para la interpretación de coberturas en el SGSSS", que permite definir con mayor precisión la competencia en la cobertura de servicios de salud, para garantizar el acceso de la población a esos servicios y la estandarización de criterios en la toma de decisiones relacionada. - Avance en la definición de procedimientos de respuesta a los requerimientos de ayudas a los Bancos de Ayudas Técnicas (BAT) por la población. - Asesoramiento y supervisión permanente del proceso de autorización de servicios de salud a población afiliada al régimen subsidiado, que demanda servicios NO-POSS y pobre no afiliada, a través de la revisión y emisión de conceptos sobre documentos emitidos por Electivas. - Revisión y ajuste del documento de publicación "Guía de atención del usuario en el sistema de seguridad social en salud", para el acceso informado de la población a los servicios de salud. - Preparación del documento de consulta a la CRES sobre cobertura de la atención del paciente con enfermedad mental en Hospital día y medicamentos con nomenclatura diferente a la contenida en el Anexo 1 del Acuerdo 008/09 de la CRES (46).

DESPLAZADOS: Facilitar el acceso y verificación del no pago de cuotas de recuperación. Respuesta a los requerimientos interpuestos por los usuarios frente a barreras de acceso. Los contratos vigentes hasta el 31 de Diciembre de 2011 suscritos para la atención de la población en situación de desplazamiento forzado con los hospitales ESE de la red adscrita son: Chapinero Contrato 777/2007; Usaquén contrato 776/2007; Suba contrato 772/2007; Engativá contrato: 770/2007; Usme contrato 780/2007; Vistahermosa contrato 784/2007; Tunjuelito contrato 773/2007; Del Sur contrato 7823/2007; La Victoria contrato 811/2007; Pablo VI Bosa contrato 782/2007; Fontibón contrato 778/2007; Bosa contrato 781/2007; San Cristóbal contrato 786/2007; Rafael Uribe contrato 785/2007 Centro Oriente contrato 771/2007 y San Blas contrato 774/2007. Actualmente se estudian propuestas para la ampliación de servicios de la Red

Publica en aras de ampliar las coberturas de atención a la población del Distrito Capital incluyendo Poblaciones Especiales (46).

ESCOLARIDAD: En desarrollo del Convenio 137/2005, Socialización de los lineamientos de cobertura de población escolar para garantizar la atención efectiva a los accidentes escolares, a través de un conversatorio realizado en la SDS con los referentes de facturación y los referentes del convenio en cada una de las ESE. Con las IPS de la red complementaria se socializó a través del mecanismo telefónico, atención de urgencias a los estudiantes que no se encuentran afiliados al régimen contributivo como beneficiarios de sus padres, atención de urgencias y atención complementaria derivada del accidente a estudiantes cuyos padres tengan afiliación independiente al régimen contributivo y se encuentren suspendidos por mora, atención de servicios no pos a estudiantes que presenten lesiones de accidentes por pérdida o fractura dental, acompañamiento y asistencia técnica para el mejoramiento de procesos claros en cobertura y limitaciones del Convenio con los gerentes jefes de facturación y oficinas de atención de usuario de la red adscrita y red privada en la calidad de los servicios y disminución de las barreras de acceso. La Dirección de Aseguramiento ha coordinado con las Instituciones prestadoras de Salud y Aseguradoras de Salud la atención efectiva de los accidentes escolares de acuerdo a los casos reportados por correo electrónico por la Secretaría de Educación Distrital (SED). La Dirección de Aseguramiento ha coordinado con la Empresas Sociales del Estado (ESE), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Empresas Prestadoras de Salud (EPS) y los padres de los alumnos, las acciones necesarias para el reintegro efectivo de los dineros cancelados por concepto de la atención en salud requerida con ocasión del accidente escolar. La Dirección de Aseguramiento ha tramitado el pago de los reembolsos solicitados por padres de familia o acudientes de cuentas canceladas por estos, los cuales deben ser cancelados con cargo a los recursos del Convenio. La Dirección de Aseguramiento ha dado respuesta a derechos de petición, quejas y reclamos relacionados con el acceso a los servicios de salud de la población objeto del Convenio de accidentes escolares en coordinación con los supervisores del mencionado Convenio (46).

A la población pobre no afiliada el Ente Territorial garantiza la cobertura de los servicios que su condición de salud demande para su mantenimiento, mejoramiento o recuperación, de aquellos que se encuentren disponibles en el territorio nacional, sin

perjuicio de la pertinencia y proporcionalidad que deben regir su prescripción y uso (46).

- A 2011 Ajustar la política de Aseguramiento en salud del Distrito Capital (meta Plan de Salud 2008-2012) (48).

Cumplimiento:

En el mes de agosto de 2011 se elaboró y envió una encuesta acerca de Política Pública de Aseguramiento, a las EPS-C, EPS-S y a instituciones como la Veeduría Distrital de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Defensoría del Pueblo, Personería y a las 22 ESE, a fin de recabar información de los actores del Sistema sobre los temas básicos y la problemática del Aseguramiento en el Distrito Capital.

Se remitió la encuesta a 22 ESE, 21 EPS-C, 8 EPS-S, 5 Direcciones Misionales de la SDS y 5 Entidades (Defensoría del Pueblo, Super Intendencia Nacional de Salud y Veeduría Distrital) (46).

Se está desarrollando el plan operativo para la formulación participativa de la Política con las Diferentes áreas de la Dirección de Aseguramiento. En la actualidad se encuentra en la fase de caracterización del contexto de la población y analizando las problemáticas del aseguramiento en la ciudad (46).

➤ **Gerenciar el aseguramiento del Régimen Subsidiado.**

La Dirección de Aseguramiento garantiza la prestación del servicio y la garantía del Aseguramiento, a los usuarios del Régimen Subsidiado, mediante la Inspección, Vigilancia y Control de las 8 EPS-S habilitadas para operar en el Distrito Capital (SALUD TOTAL, HUMANVIVIR, SALUD CONDOR, SOLSALUD, COLSUBSIDIO, CAPRECOM, ECOOPSOS y UNICAJAS), por medio de la firma interventora Hagen Audit, el Grupo PAMEC que opera transversalmente con la Dirección de Desarrollo de Servicios de la SDS y la Dirección de Aseguramiento, Auditores en revisión y conciliación de cuentas medicas, adscritos al área de Garantía del Aseguramiento, quienes auditan los servicios NO POS-S de usuarios del Régimen Subsidiado, prestados por las ESE y red adscrita contratada por el área del Servicio al Vinculado de la Dirección de Aseguramiento y otras IPS.

La Dirección de Aseguramiento de la SDS garantiza la contratación de servicios de salud

con las ESE, adscritas a la Secretaría Distrital, asegura la disponibilidad de estos servicios, en los diferentes niveles de complejidad y puntos de atención ubicados en las 20 localidades, para que la población no cubierta por el POS-S, acceda a los servicios de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, teniendo como referencia el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (Acuerdo 008 de 2009 de la CRES), en lo no cubierto por el POS-S.

La Dirección de Aseguramiento, transversalmente, con las acciones adelantadas por la Dirección de Salud Pública garantiza la complementariedad de las acciones que benefician la prestación de servicios de salud a través de las canalizaciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y otras redes sociales, a través de la contratación con las ESE Hospitales de Primer, Segundo y Tercer Nivel de atención garantiza la integralidad de los planes de beneficios.

- A 2012 se contará con la complementariedad e integralidad de los planes de beneficios en el contexto de las estrategias de calidad de vida y salud y la APS (meta Plan de Salud 2008-2012) (48).

Cumplimiento:

El desarrollo de la herramienta de trabajo "Algoritmos para la interpretación de coberturas en el SGSSS", permite definir con mayor precisión la competencia en la cobertura de servicios de salud, para garantizar el acceso de la población a esos servicios.

La SDS complementa, a través de los Bancos de Ayudas Técnicas (BAT), los servicios de salud prestados a la población distrital.

El asesoramiento y supervisión permanente del proceso de autorización de servicios de salud a población afiliada al régimen subsidiado, que demanda servicios NOPOSS y pobre no afiliada, a través de la revisión y emisión de conceptos sobre documentos emitidos por Electivas, permite la estandarización de las decisiones en torno a la competencia en la cobertura de servicios de salud, al igual que la aplicación de la herramienta "Algoritmos para la interpretación de coberturas en el SGSSS" (46).

La futura publicación de la "Guía de atención del usuario en el sistema de seguridad social en salud", permite el acceso informado de la población a los servicios de salud, facilitando la complementariedad e integralidad en su prestación (46).

Las consultas a la CRES sobre cobertura de servicios permiten delimitar las competencias en la cobertura, la redistribución y la reorientación de recursos hacia la complementariedad e integralidad (46).

- A 2012 estará implementada la complementariedad de los planes de beneficios en el contexto de las estrategias de promoción de calidad de vida y salud y APS (meta Plan de Salud 2008-2012) (48).
- Realizar anualmente el seguimiento a la complementariedad e integridad de los planes de beneficios en el contexto de la estrategia de calidad de vida y salud y APS (meta Plan de Salud 2008-2012) (48).

Cumplimiento:

Se mantiene la aplicación de los Acuerdos 08/09 y 011/10 de la CRES, en la definición de coberturas de servicios de salud por los planes de beneficios y de la competencia de aseguradores y Ente Territorial en su garantía. Se continúan analizando semanalmente en las sesiones científico-administrativas del Comité de Controversias, emitiendo las directrices que se consideren pertinentes para garantizar la integralidad en la atención en salud y mejorar la calidad de vida de los y las ciudadanas (46).

➤ **Garantizar a la población vinculada los servicios de salud.**

Avances:

La contratación de servicios de salud con las ESE, adscritas a la Secretaria Distrital de Salud y su permanencia en el tiempo, asegura la disponibilidad de estos servicios, en los diferentes niveles de complejidad y puntos de atención ubicados en las 20 localidades, para que la población no cubierta por subsidio a la demanda acceda a los servicios de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, teniendo como referencia el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (Acuerdo 008 de 2009 de la CRES). Población pobre y vulnerable no afiliada al Sistema - Afiliados al Régimen Subsidiado que requieren procedimientos no POSS. Así mismo, como complementariedad a las ESE se cuenta con una red de prestadores de servicios conformada por IPS públicas o privadas para los servicios deficitarios y/o carentes en la

Red Adscrita. La Accesibilidad a los servicios de salud, se realiza a través del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) – Central Única de Referencia y Contra Referencia (CURYC) con oportunidad y prestación de servicios en medicina especializada - DESPLAZADOS: Facilitar la prestación del servicio de salud y Verificación el no pago de cuotas de recuperación ni copagos con la Red Complementaria la contratación de servicios de salud por ser carentes o deficitario, vigentes hasta el 31 de diciembre de 2011 para Poblaciones especiales del Distrito Capital , Actualmente se gestiona la contratación para la prestación de servicios de salud a la Población Inimputable recursos del Ministerio de la Protección Social. Infancia y adolescencia: El acceso a los servicios de salud, se realiza a través del CRUE - CURYC con oportunidad y la prestación de servicios es en medicina especializada. En desarrollo del Convenio 137/2005, “*Socialización de los lineamientos de cobertura de población escolar para garantizar la atención efectiva a los accidentes escolares*”, se realiza a través de del mecanismo telefónico. Se garantiza la prestación del servicio de salud a la población pobre y vulnerable no asegurada y a aquella población afiliada al régimen subsidio que demanda servicios de salud No POSS y que son servicios deficitarios y/o carentes en la Red Adscrita. El acceso a los servicios de salud, se realiza a través del CRUE - CURYC con oportunidad y la prestación de servicios es en medicina especializada (46).

- Inspeccionar, vigilar y controlar el 100% de los prestadores de servicios de salud y aseguradores del régimen subsidiado (meta Plan de Salud 2008-2012) (48).

Cumplimiento:

Al mes de Agosto de 2011 el 100% de los hospitales públicos ya fueron auditados por la firma interventora VCO para el periodo de Julio a Diciembre de 2010 y el 81% ya presento avances en el proceso de auditoría para el Primer Semestre de 2011.

- Garantizar al 2012 el acceso a los servicios de salud de manera gratuita al 100% de la población menor de 5 años, mayores de 65 años y a población en condición de discapacidad severa, afiliada al régimen subsidiado y estén clasificadas en niveles 1 y 2 del SISBEN (meta Plan de Salud 2008-2012) (48).

Cumplimiento:

NIÑOS MENEORES DE 5 AÑOS - MAYORES DE 65 AÑOS Y POBLACION EN CONDICION DE DISCAPACIDAD SEVERA: Se realiza cálculo de la población potencialmente beneficiaria, para la proyección de recursos; Se decepciona los reportes de facturación por atención a población objeto de gratuidad en salud por parte de ESE. No se cuenta con información de IPS red complementaria. Se realiza pago parcial de facturación presentada hasta tanto la Firma Interventora audite el total de facturación, para el reconocimiento del 100% de gratuidad (46).

A la población pobre no afiliada el Ente Territorial garantiza la cobertura de los servicios que su condición de salud demande para su mantenimiento, mejoramiento o recuperación, de aquellos que se encuentren disponibles en el territorio nacional, sin perjuicio de la pertinencia y proporcionalidad que deben regir su prescripción y uso (46).

➤ **Supervisar y evaluar, el proceso de garantía de la calidad del aseguramiento, de la población asegurada en Salud, en las condiciones determinadas en la ley.**

- Crear e implementar un sistema de garantía explícita de garantía de la calidad, acceso, oportunidad, seguridad financiera en salud que obligue a aseguradores y prestadores (meta Plan de Salud 2008-2012) (48).

Cumplimiento:

El área de garantía de la calidad de la dirección de aseguramiento realizó la validación del instrumento de caracterización diagnóstica y se desarrolló el cronograma de trabajo para el desarrollo de las visitas de seguimiento al Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC). (Agosto 2011).

- El Fondo Financiero de Salud cuenta con un base de implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC) Institucional la cual ha venido siendo aplicada del PAMEC en su condición de comprador de servicios (meta Plan de Salud 2008-2012) (48).

Cumplimiento:

La contratación de servicios de salud con las ESE, adscritas a la Secretaría Distrital de

Salud y su permanencia en el tiempo, asegura la disponibilidad de estos servicios, en los diferentes niveles de complejidad y puntos de atención ubicados en las 20 localidades, para que la población no cubierta por subsidio a la demanda acceda a los servicios de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, definidos en el Plan Obligatorio de Salud. Población pobre y vulnerable no afiliada al Sistema - Afiliados al Régimen Subsidiado que requieren procedimientos no POSS. Así mismo, como complementariedad a las ESE se cuenta con una red de prestadores de servicios conformada por IPS públicas o privadas para los servicios deficitarios y/o carentes en la Red Adscrita. La Accesibilidad a los servicios de salud, se realiza a través del CRUE - CURYC con oportunidad y prestación de servicios en medicina especializada - DESPLAZADOS: Facilitar la prestación del servicio de salud y Verificación el no pago de cuotas de recuperación ni copagos con la Red Complementaria la contratación de servicios de salud por ser carentes o deficitario, vigentes hasta el 31 de diciembre de 2011 para Poblaciones especiales del Distrito Capital, Actualmente se gestiona la contratación para la prestación de servicios de salud a la Población Inimputable recursos del Ministerio de la Protección Social. Infancia y adolescencia: El acceso a los servicios de salud, se realiza a través del CRUE - CURYC con oportunidad y la prestación de servicios es en medicina especializada. En desarrollo del Convenio 137/2005, Socialización de los lineamientos de cobertura de población escolar para garantizar la atención efectiva a los accidentes escolares, a través de del mecanismo telefónico. Se garantiza la prestación del servicio de salud a la población pobre y vulnerable no asegurada y a aquella población afiliada al régimen subsidio que demanda servicios de salud No POSS y que son servicios deficitarios y/o carentes en la Red Adscrita. El acceso a los servicios de salud, se realiza a través del CRUE - CURYC con oportunidad y la prestación de servicios es en medicina especializada (46).

Al mes de Agosto el 100% de los hospitales públicos ya fueron auditados por la firma interventora VCO para el periodo de Julio a Diciembre de 2010 y el 81% ya presento avances en el proceso de auditoría para el Primer Semestre de 2011.

La auditoría de cuentas de atención a población vinculada corresponde a los periodos de Julio de 2010 a diciembre de 2011 y se realiza en los 22 hospitales de los hospitales del distrito contratados por el Fondo Financiero Distrital de Salud.

➤ **Orientar, ejecutar y apoyar el desarrollo de la investigación para la generación**

de conocimiento, métodos y técnicas relacionadas con el aseguramiento.

Avances:

En el 2011 la Dirección de Aseguramiento participa directamente en los Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE), de mortalidad evitable en menores de 1 años y de 5 años, por Neumonía y EDA, Mortalidad Materna, con el análisis mediante la metodología de las 4 demoras detectando las barreras administrativas y factores asociados biosociales, de acceso y calidad relacionados con la muerte, proponiendo planes de mejoramiento, articulación entre las IPS y el asegurador, ubicación y seguimiento a la calidad de la prestación de servicios de salud por parte de los aseguradores y sus respectivos prestadores fomentando la investigación para la generación de conocimiento, métodos y técnicas relacionadas con el aseguramiento con la creación de grupos funcionales de infancia, adolescencia, maternidad responsable con la participación transversal de todas las direcciones de la SDS (46).

La Dirección de Aseguramiento promueve la realización del Análisis situacional de mortalidad en menores de 1 y 5 años por localidad y por EPS, compromiso de la ciudad para contribuir de manera específica en el porcentaje de reducción de mortalidad, realización de protocolos de manejo disminuyendo las barreras de acceso y mejorando el aseguramiento (46).

El Análisis situacional de mortalidad en menores de 1 y 5 años dio como resultado el cumplimiento de la meta Distrital para el año 2010 y la importancia en la inclusión de las Entidades de Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) contributivas por medio de un acercamiento y socialización en metas distritales, para así lograr el cumplimiento de éstas en el año 2011, ya que el Régimen contributivo es el que más aporta a la mortalidad (46). La Dirección de aseguramiento cuenta con convenios inter-institucionales con universidades para garantizar la investigación, el desarrollo del conocimiento del aseguramiento en cumplimiento de las metas Distritales del Plan de Salud 2008-2012.

Trabaja con las Unidades y Organizaciones Académicas y otros actores sociales del D.C, para avanzar y democratizar el conocimiento y los desarrollos técnicos y científicos, alrededor de la salud, el bienestar de las colectividades y el aseguramiento.

Promueve el intercambio de los conocimientos y experiencias locales y regionales en aseguramiento, desarrollos técnicos en el manejo de base de datos de afiliación, contribuyendo a mejorar la identificación del usuario, depurarlas bases de datos, agilizando el ingreso de usuarios a los servicios de salud para su bienestar (46).

Promueve la investigación en el manejo y atención de Patologías de Alto costo entre las Aseguradoras, su red de prestadores y la Cuenta de Alto Costo (CAC), reunión de trabajo con ACEMI, gestar Salud y no agremiadas, con la SDS y las ESE (46).

❖ **Talento humano de la dirección de aseguramiento en salud:**

La Dirección de Aseguramiento en salud cuenta con un talento humano de 38 funcionarios públicos: uno de libre nombramiento y remoción, dieciocho de carrera y dieciséis vinculados por contrato de prestación de servicios.

Los funcionarios dentro de la Dirección de Aseguramiento están distribuidos de la siguiente forma:

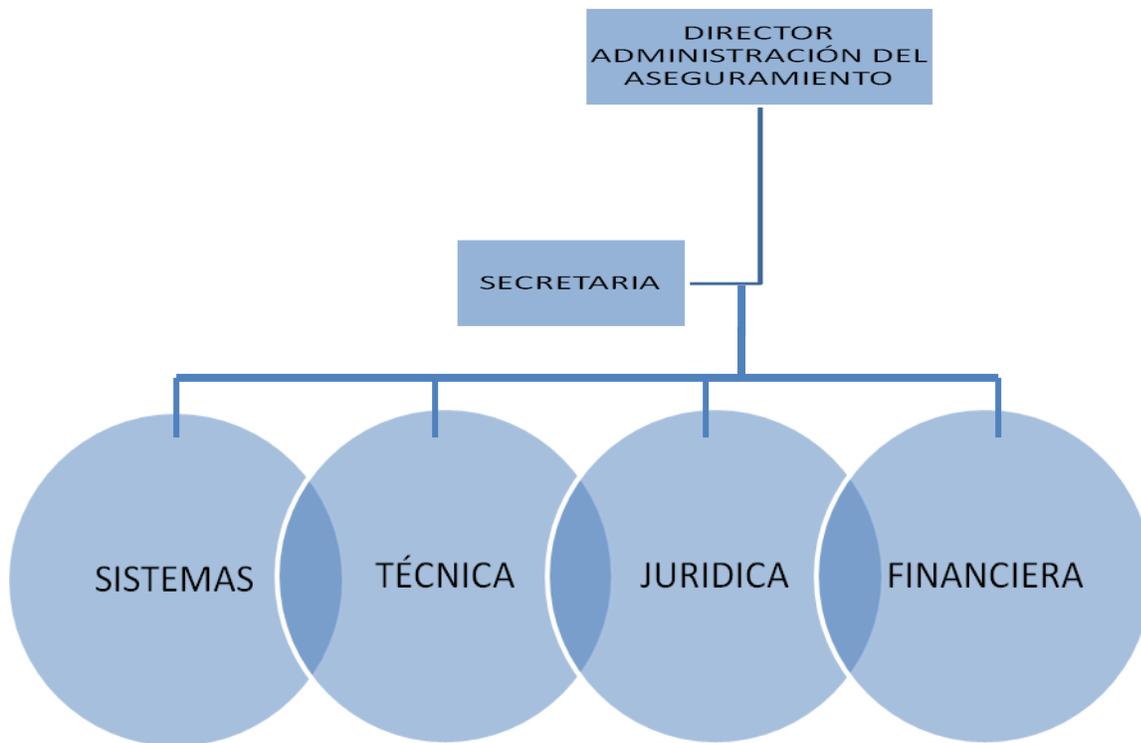
- Dirección el Director, de libre nombramiento y remoción.
- Secretaría de carrera administrativa para la Dirección
- Tres asesores de la dirección, vinculados por contrato de prestación de servicios.

El área de Administración de Aseguramiento cuenta con un grupo de talento humano constituido por diecisiete funcionarios, seis de carrera y once vinculados por contrato de prestación de servicios.

El área de Servicio al Vinculado cuenta con un grupo de talento humano constituido por nueve funcionarios, siete de carrera y dos vinculados por contrato de prestación de servicios.

El área de Garantía de la Calidad cuenta con un grupo de talento humano constituido por siete funcionarios, cuatro de carrera y tres vinculados por contrato de prestación de servicios.

6.5.6 Administración del Aseguramiento



Fuente: SDS. Dirección de Aseguramiento en Salud. Decreto Distrital 482 de 2010

En desarrollo de los objetivos relacionados con la ADMINISTRACIÓN DEL ASEGURAMIENTO la Dirección de Aseguramiento en Salud cumple con las siguientes funciones:

- Identificar a la población más pobre y vulnerable objeto del subsidio en salud.
- Garantizar la celebración de contratos de aseguramiento de la población más pobre y vulnerable, residente en el Distrito Capital, entre la Secretaría y las Administradoras del Régimen Subsidiado.
- Promover y fomentar la afiliación de los beneficiarios al Régimen Subsidiado y al contributivo de la Seguridad Social en Salud.
- Estudiar, proponer y aplicar los procedimientos, mecanismos y acciones necesarios

para garantizar el acceso de la población de menores recursos al Sistema de Seguridad Social en Salud.

- Participar en la adaptación e integración progresiva de las entidades e instituciones al Sistema de Seguridad Social en Salud.

6.5.6.1 Caracterización del talento humano objeto de contrato de Administración de Aseguramiento

❖ Talento humano de la administración del aseguramiento:

Las viejas definiciones que usan el término Recurso Humano, se basan en la concepción de un hombre como un "sustituible" engranaje más de la maquinaria de producción, en contraposición a una concepción de "indispensable" para lograr el éxito de una organización. Cuando se utiliza el término Recurso Humano se está catalogando a la persona como un instrumento, sin tomar en consideración que éste es el capital principal, el cual posee habilidades y características que le dan vida, movimiento y acción a toda organización, por lo cual de ahora en adelante se utilizará el término Talento Humano. La pérdida de capital o de equipamiento posee como vías posibles de solución la cobertura de una prima de seguros o la obtención de un préstamo, pero para la fuga del talento humanos estas vías de solución no son posibles de adoptar. Toma años reclutar, capacitar y desarrollar el personal necesario para la conformación de grupos de trabajos competitivos, es por ello que las organizaciones han comenzado a considerar al talento humano como su capital más importante y la correcta administración de los mismos como una de sus tareas más decisivas. Sin embargo la administración de este talento no es una tarea muy sencilla. Cada persona es un fenómeno sujeto a la influencia de muchas variables y entre ellas las diferencias en cuanto a aptitudes y patrones de comportamientos son muy diversos. Si las organizaciones se componen de personas, el estudio de las mismas constituye el elemento básico para estudiar a las organizaciones, y particularmente la Administración del Talento Humano (54).

➤ Definición de recursos y talento humano

La organización, para lograr sus objetivos requiere de una serie de recursos, estos son elementos que, administrados correctamente, le permitirán o le facilitarán alcanzar sus objetivos. Existen tres tipos de recursos:

- RECURSOS MATERIALES: Aquí quedan comprendidos el dinero, las instalaciones físicas, la maquinaria, los muebles, las materias primas, etc.

RECURSOS TÉCNICOS: Bajo este rubro se listan los sistemas, procedimientos, organigramas, instructivos, etc.

- TALENTO HUMANO: No solo el esfuerzo o la actividad humana quedan comprendidos en este grupo, sino también otros factores que dan diversas modalidades a esa actividad: conocimientos, experiencias, motivación, intereses vocacionales, aptitudes, actitudes, habilidades, potencialidades, salud, etc.

Aun cuando los activos financieros, del equipamiento y de planta son recursos necesarios para la organización, los empleados - el talento humano - tienen una importancia sumamente considerable. El talento humano proporciona la chispa creativa en cualquier organización. La gente se encarga de diseñar y producir los bienes y servicios, de controlar la calidad, de distribuir los productos, de asignar los recursos financieros, y de establecer los objetivos y estrategias para la organización.

Administración de Aseguramiento cuenta con un grupo de talento humano constituido por diecisiete funcionarios, seis de carrera y once vinculados por contrato de prestación de servicios, los cargos corresponden a:

- Subdirector del área
- Asesor del Subdirector del área de Administración.
- Secretaria.
- Técnico en archivo y correspondencia.
- Profesional especializado (odontólogo) encargado de elaborar y revisar desde la parte técnica los contenidos de la ficha técnica donde se encuentran las obligaciones de las EPSS, diseño del documento de rectoría.
- Profesional universitario que maneja el contenido y seguimiento de los tableros de control producto del área y la información de los proyectos 618 (Subsidiados).
- Profesional universitario que maneja la planeación, uso y ejecución los recursos

asignados al área de Administración de Aseguramiento.

- Profesional universitaria que maneja la información y requerimientos internos y externos de los recursos del área.
- Profesional Especializado (Médico) que maneja y articula los proyectos 618 (proyecto para el cumplimiento del Plan de Salud 2008-2012 referente a la prestación de servicios al Subsidiado) y 620 (proyecto para el cumplimiento del Plan de Salud 2008-2012 referente a la prestación de servicios al Vinculado), todos los programas de infancia y adolescencia, maternidad, mortalidad, COVES, Alto Costo, un Profesional Especializado (Odontólogo) que maneja todos los temas de población discapacitada y desplazados.
- Técnico que maneja las estadísticas del área y proyecta los boletines.
- Profesional Especializado en sistemas,
- Dos profesionales universitarios que manejan bases de datos.
- Profesional universitaria (Enfermera) que maneja la promoción y prevención RIPS y metas de las EPSS, los programas de aumento de la cobertura de afiliación.
- Profesional Especializado que maneja quejas internas y externas del área y atención a usuarios.
- Profesional Especializado (Abogado) que revisa, apoya y resuelve todo lo relacionado con la parte jurídica del área.
-

El talento humano de la Administración de Aseguramiento se identifica según hallazgos del documento técnico “Lineamientos Técnico Administrativos 2011 de la Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Aseguramiento”, documento que se encuentra en públicos de la SDS.

Se identifica cada uno de los 17 funcionarios del área de Administración de Aseguramiento con su DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO, NIVEL JERÁRQUICO, METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO, seguido de COMPROMISO LABORAL, METAS, CRITERIOS y EVIDENCIAS de cada cargo:

▪ TALENTO HUMANO I

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) SUBDIRECTOR ÁREA ADMINISTRACIÓN DE ASEGURAMIENTO.

Profesional especializado- Código 222- Grado 27

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Realizar labores especializadas de **Subdirección, Coordinación** del área, planeación, implementación, evaluación, control y mejoramiento de los procesos, proyectos y programas de la Administración del Aseguramiento en Salud en el Distrito Capital.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- Garantizar el aseguramiento en salud al 100% de la población del Distrito Capital a través de la afiliación a las EPSS de acuerdo a su condición en el Sistema General de Seguridad social en salud.
- Garantizar la contratación o terminos de prestación de servicios con las EPSS
- Ceertificar el pago de la UPC en salud al 100% de las EPSS del Distrito Capital.
- Mantener la Cobertura en Servicios de Salud para la población pobre no asegurada y para los servicios NO POS-S para población afiliada al Régimen subsidiado.
- Garantizar las bases de datos de los afiliados al Régimen Subsidiado.
- Garantizar el flujo de recursos para la atención de los afiliados al Régimen Subsidiado.
- Garantizar el pago a la red de prestadores de las EPSS.
- Inspeccionar, vigilar y controlar el 100% de los prestadores de servicios de salud y aseguradores del régimen subsidiado
- Al 2012 se contará con la complementariedad e integralidad de los planes de

beneficios en el contexto de las estrategias de calidad de vida y salud.

- Al 2012 estará implementada la complementariedad de los planes de beneficios en el contexto de las estrategias de promoción de calidad de vida y salud.
- Realizar anualmente el seguimiento a la complementariedad e integridad de los planes de beneficios en el contexto de la estrategia de calidad de vida y salud.
- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 1 año a 9.9 por 1.000 nacidos vivos (Línea de base año 2006: 13,5 por 1.000 nacidos vivos. Fuente: DANE).
- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 23,7 por diez mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 26,2 por diez mil. Fuente: DANE).
- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años a 11,5 casos por cien mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 15,9 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: DANE).
- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años a un 1 caso por cien mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 2,0 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: DANE)
- Incrementar a 100% la cobertura de terapia antirretroviral para VIH positivos. (Línea de base: 72%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2005).
- A 2012: Aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70% (línea de base: 54%. Fuente: MPS 2005).
- Al 2010 Ajustar la política de Aseguramiento en salud del Distrito Capital

Garantizar al 2012 el acceso a los servicios de salud de manera gratuita al 100% de la población de los niños de 1 a 5 años, mayores de 65 años y a la población en condición de discapacidad severa, afiliada al régimen subsidiado y con clasificación en nivel 1 y 2 de manera Gradual incluyendo las actividades del No POS-S

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Dirigir, Coordinar y Operativizar los procesos y procedimientos que permiten el acceso a los servicios de salud de la población Subsidiada.	Adelantar de manera oportuna acciones necesarias para el desarrollo operativo de los procesos que garanticen el acceso a los servicios de salud	Directrices y políticas institucionales y distritales y nacionales	Documentos de lineamientos
		Normatividad vigente	Anexos técnicos
			Contratos y convenios suscritos
2. Dirigir y Coordinar la Ejecución eficiente de recursos asignados a los proyectos a cargo de la Dirección de Aseguramiento	Ejecutar los recursos asignados en la población objeto con al debida oportunidad	Normatividad Vigente	Formulación y ejecución del Proyecto 385, 620 y 621
		Prioridades plan de desarrollo	Reuniones con Dirección Financiera, planeación y otros
			Resoluciones de reconocimiento y pago de servicios de salud y autorizaciones de giro.
3. Dirigir y Coordinar el Seguimiento a los procesos de acceso a los servicios de salud, en aspectos técnicos, sociales y económicos	Retroalimentar y corregir desviaciones esperadas en los procesos y resolver dificultades presentadas por usuarios	Normatividad vigente	Requerimientos a ESE, IPS firmas interventoras
		Lineamientos técnicos	Cumplimientos de tutelas
			Actas reuniones ESE, IPS, Firmas interventoras y otros
			Respuestas a quejas y reclamos
			Respuestas autorizaciones de servicios (electivas)
			Modificaciones contractuales y de lineamientos.
4. Dirigir y Coordinar la Gestión de procesos de planeación de la dependencia en coordinación con la Dirección de Aseguramiento y demás dependencias	Reformulación aplicación y socialización de procesos y procedimientos de la dependencia,	Normatividad Vigente	Procesos y procedimientos reformulados
	Formulación de plan operativo de la coordinación		Reformulaciones de los proyectos a cargo de la dirección
	Informes oportunos a la dirección de planeación	Lineamientos institucionales y distritales	Informes de seguimiento al proyecto incluido SEGPLAN al día
	Verificar implementación e MECI		Informes de cumplimiento de planes de mejoramiento
	Cumplimiento de planes de mejoramiento		Informes POA Actas de jornadas de socialización de Procedimientos

▪ TALENTO HUMANO II

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) ASESOR

Profesional especializado- Código 222- Grado 27

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Realizar labores especializadas de Asesoría a la Subdirección del área de Administración del Aseguramiento en Salud, en asistencia técnica, planeación, implementación, evaluación, control y mejoramiento de los procesos relacionados con el acceso a los servicios de salud a la población no cubierta con subsidios a la demanda en el Distrito Capital.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- A 30 de junio de 2012 se habrá garantizado la atención en salud al 100% de la población pobre no asegurada y a aquella afiliada al R. Subsidiado que demanda servicios no POSS en la ciudad.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1.Brindar Asesoría a la Subdirección de Administración del Aseguramiento en Salud en el desarrollo de las estrategias del área en el marco de la política en salud del Distrito Capital	1 . A Enero de 2012 estarán incluidas en los lineamientos de contratación la estrategia de APS	1.Normatividad vigente 2.Documentos de lineamientos De contratación	1. Informe mensual de avance y los Lineamientos de contratos en salud de la Dirección de Aseguramiento
2. Contribuir a la definición y prueba piloto del modelo de prestación en condiciones crónicas.	1. A Enero de 2012 estará implementada la prueba piloto del modelo de atención y prestación en condiciones crónicas	1. Investigación Secretaría Distrital de Salud y La FES 2. Normatividad vigente	1. Informe mensual y documentos de prestación en condiciones crónicas
3.Asesoría y asistencia técnica a usuarios internos y externos	1.A enero de 2012 se dará asesoría y asistencia técnica en Aseguramiento en salud	1.Normatividad Vigente	1.Informe mensual
4. Proporcionar elementos técnicos según normatividad vigente sobre el SGSSS, como fundamentación a la Red adscrita, red complementaria y a los	1. A enero de 2012 se habrá aportado elementos técnicos a Red Adscrita, complementaria y grupo multidisciplinarios sobre el SGSSS	2. Normatividad Vigente	1. Informe mensual 2. Documentos técnicos

grupos multidisciplinarios de la SDS que requieran de la participación de la Dirección de Aseguramiento.			
5.adelantar las acciones necesarias en Asesoría para el desarrollo de las labores propias de la dependencia	Cumplimiento de metas del plan de desarrollo	Normatividad vigente	Recobros Fosyga Seguimiento cartera IPS
		Plan de desarrollo	Informes de supervisión contractual de servicios personales
			Actas comités de coordinación
		Competencias y funciones de la Dirección de Aseguramiento en salud	Actas comités de dirección
			Respuestas a organismos de control
			Seguimiento correspondencia
6.Asesorar a la Subdirección de Administración del Aseguramiento en Salud en la elaboración y desarrollo e implementación de diversos estudios y documentos técnicos para la implementación de política distrital	Documentos técnicos para implementación	Normatividad vigente	Actas comité de controversias
	de políticas distritales	Lineamientos técnicos del sector	Proyectos de documentos de resoluciones técnicas (Pos y no pos)
		Directrices y políticas institucionales	Documento gratuidad
			Documento preliminar formas de pago

▪ TALENTO HUMANO III

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

Apoyar las labores encomendadas por el jefe inmediato a través del desempeño de funciones secretariales.

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) SECRETARIA

Secretario -Código 440- Grado 17

NIVEL JERÁRQUICO:

Asistencial

Metas institucional(es) o de la dependencia a la(s) que contribuirá el desempeño la participación y gestión realizada es transversal a todos los objetivos de la dirección

- Primer Objetivo: Accesibilidad y calidad para la prevención y atención de daños de la salud (Cuatro Metas).
- Segundo Objetivo: En Ciudadanía en Salud (Una Meta)

- Tercer Objetivo: Empoderamiento de la Población
- Usuaría frente a los Derechos en Salud (Tres Metas)
- Cuarto Objetivo: Intervención en determinantes de Calidad de Vida y Salud (Dos Metas)
- Quinto Objetivo: Sistema Gestión de Calidad (Tres Metas)
- Sexto Objetivo: Gestión Administrativa (Dos Metas)
- Séptimo Objetivo: Desarrollo Organizacional (Tres Metas)

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Realizar todas las actividades de apoyo y gestión para el funcionamiento del Grupo de Administración del Aseguramiento - Dirección de Aseguramiento en Salud.	Cumplir al 100% con el desarrollo de las funciones establecidas para el funcionamiento del Grupo de Administración del aseguramiento - Dirección de Aseguramiento en Salud para la vigencia de 2012	Radicar en el sistema de la dirección la correspondencia que llega al grupo de Administración de Aseguramiento, diariamente.	Radicar en el sistema de la dirección la correspondencia que llega al grupo de Administración de Aseguramiento, diariamente.
		Atención telefónica y personal a usuarios en general	Atención telefónica y personal a usuarios en general
		Verificar y hacer seguimiento a los compromisos requeridos a los Profesionales de acuerdo al sistema de radicación de correspondencia del grupo.	Verificar y hacer seguimiento a los compromisos requeridos a los Profesionales de acuerdo al sistema de radicación de correspondencia del grupo.
		Actividades administrativas, colocar sello a la correspondencia firmada, manejo de la agenda, realizar llamadas según requeridas por el Coordinador, solicitud y reparto implementos de oficina, presentación informe de ausentismo	Actividades administrativas, colocar sello a la correspondencia firmada, manejo de la agenda, realizar llamadas según requeridas por el Coordinador, solicitud y reparto implementos de oficina, presentación informe de ausentismo

TALENTO HUMANO IV

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) ARCHIVO

Auxiliar Área salud -Código 412 Grado 18

NIVEL JERÁRQUICO:

Asistencial

Tramitar, transcribir, diligenciar, organizar y realizar actividades de apoyo y complementarias de las tareas propias de los niveles superiores, como también transmitir e informar a los usuarios internos y externos acerca de las mismas.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

LA PARTICIPACION Y GESTION REALIZADA ES TRANSVERSAL A TODOS LOS OBJETIVOS DE LA DIRECCION

- Primer Objetivo: Accesibilidad y calidad para la prevención y atención de daños de la salud (Cuatro Metas).
- Segundo Objetivo: En Ciudadanía en Salud (Una Meta)
- Tercer Objetivo: Empoderamiento de la Población Usuaría frente a los Derechos en Salud (Tres Metas)
- Cuarto Objetivo: Intervención en determinantes de Calidad de Vida y Salud (Dos Metas)
- Quinto Objetivo: Sistema Gestión de Calidad (Tres Metas)
- Sexto Objetivo: Gestión Administrativa (Dos Metas)
- Séptimo Objetivo: Desarrollo Organizacional (Tres Metas)

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Realizar todas las actividades de apoyo y gestión para el funcionamiento del Grupo de Administración del Aseguramiento y Dirección de Aseguramiento en Salud.	Cumplir al 100% con el desarrollo de las funciones establecidas para el funcionamiento del Grupo y la Dirección de Aseguramiento en Salud para la vigencia de 2012	Presentar mensualmente el informe de registro de la correspondencia.	Registro de la correspondencia de la Dirección en el sistema de información CDI
		Elaborar los oficios como respuestas a los requerimientos solicitados.	Respuestas a los requerimientos de apoyo al Grupo de Administración y a la Dirección de Aseguramiento en Salud
		Actualizar y organizar el archivo de acuerdo a la normatividad de documentación y gestión.	Organización del Archivo del Grupo de Administración y a la Dirección de Aseguramiento en Salud
		Dar respuesta a los requerimientos de los usuarios concordante a la normatividad de Seguridad Social en Salud.	Atención a los usuarios en general, telefónica y personalmente
		Manejo diario de la agenda según compromisos del Jefe.	Manejo de agenda de la Dirección de Aseguramiento
		Verificar y hacer seguimiento a los compromisos requeridos a los Profesionales.	Apoyo a los profesionales del Grupo de Administración y a la Dirección de Aseguramiento en Salud.

▪ TALENTO HUMANO V

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) ASISTENCIA TECNICA

Profesional especializado- Código 222- Grado 27

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Ejecutar labores profesionales en actividades relacionadas con el desarrollo de políticas, planes y programas de servicios al vinculado en el Sistema de Seguridad Social en Salud; procesos centrales y transversales en coordinación con las tres dependencias y relacionados básicamente con planeación, diseño de mecanismos e instrumentos administrativos que apoyen la gestión.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

El desempeño del evaluado contribuye a las siguientes metas del plan de gestión institucional y del plan operativo de acción, así: (1) a 31 de enero de 2012 se habrá desarrollado el 100% de las actividades programadas para la formulación de las políticas de calidad de vida y salud por ciclo vital; 2) a 30 de enero de 2012 se habrá prestado asesoría y asistencia técnica a los usuarios y actores del sistema; Metas relacionadas con el sistema gestión calidad, (3) A 31 de enero de 2012 se habrá implementado el 50% del sistema de gestión calidad; (4) A 31 de enero de 2012 se habrá implementado el 50% el modelo estándar de control interno; (5) A 31 de enero de 2012 se habrá cumplido en un 100% los compromisos adquiridos en el POA.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Realizar las acciones y funciones correspondientes para la gestión de los procesos de planeación de la dependencia y la dirección	1.1. A 31 de enero de 2012 se habrá formulado el proyecto 385 Componente Vinculados.	(i) Ajustarse al plan de Desarrollo Bogota Positiva 2008-2012; (ii) Ajustarse a los lineamientos del plan institucional;	(1) Proyecto 385 Formulado y enviado a la Dirección de Planeación y Sistemas: Medio físico y Correo Electrónico
		(iii) Implementar los instrumentos, metodologías sugeridas por la Dirección de Planeación y Sistemas	(2) Plan de Acción Operativo Formulado y tramitado ante la Dirección de Planeación en medio físico y correo electrónico.
	1.2. A 31 de enero de 2012 se habrá formulado el plan de acción operativo POA de Administración de Aseguramiento	(vi) Implementar los acuerdos establecidos en coordinación con las otras dependencias. (v) Ajustarse a los criterios contemplados en el SGC y MECI	(3) Actas de reunión mesas de trabajo con la Dirección de planeación y Sistemas y grupo MECI.
2. Realizar las actividades de apoyo a la referente del seguimiento financiero de las EPSS y los contratos con la red de prestadores de éstas ESE e IPS red complementaria; para la gestión pagos, justificaciones financieras; traslados, modificaciones, entre otros.	A 31 de enero de 2012 haber participado en 100% en la gestión administrativa y de seguimiento financiero.	(i) Tramite de pagos a ESE e IPS red complementaria ajustados a los aplicativos e instrumentos creados para tal fin.	(1) Plantilla institucional memorando justificación;
		(ii) Ajustarse a los standards del SGC y MECI respecto de la gestión documental.	(2) Formato documento diligenciado. (3) Plantilla impresa de envío intranet.
3. Realizar las actividades	A 31 de enero de 2012 se habrán presentado el	(i) Ajustarse a los instructivos generados	(1) Aplicativo SEGPLAN diligenciado.

<p>correspondientes para la generación y/o elaboración de los diferentes informes de la dependencia y la dirección en coordinación con las tres dependencias requeridos por el cliente interno y externo</p>	<p>100% de los informes requeridos</p>	<p>para cada tipo de informe; (ii) Coordinar y ajustarse a la información oficial para el diligenciamiento de los aplicativos y demás informes. (iii) Ajustarse a las plantillas institucionales establecidas para tal fin. (iv) Adoptar y retroalimentar los informes y requerimientos de acuerdo a los hallazgos de control interno</p>	<p>(2) Aplicativo Tablero de Mando diligenciado. (3) Documento Balance Social (4) Plantilla impresa informe enviado Planeación (5) Documento Bogotá como Vamos (6) Documentos respuesta a los diferentes entes de control. (7) Memorando de envío a la información solicitada.</p>
<p>4. Coordinar desde la Administración del Aseguramiento con Servicios al Vinculado y Garantía de la Calidad la implementación del Sistema Gestión Calidad e implementación del modelo de control interno MECI</p>	<p>A 30 de junio se habrán actualizado el 100% de los procedimientos y levantado los riesgos así como la gestión documental de los procesos y procedimientos de la dependencia.</p>	<p>(i) Adoptar e implementar los lineamientos dados en mesas de trabajo. (ii) Elaborar los contenidos de capacitación y socializar la información. (iii) Generar los diferentes mecanismos e instrumentos en aras de que los funcionarios logren el aprendizaje sobre el SGC y MECI ; (iv), Buscar apoyo para la socialización de los diferentes contenidos</p>	<p>(1) Procedimientos levantados actualizados (2) Riesgos Levantados. (3) Gestión documental enviada. (4) Memorandos de envío a Planeación. (5) Consulta en la intranet de los productos. (6) Actas de asistencia a las capacitaciones y socializaciones. (7) Documento contenido de actualización pagina WEB.</p>
<p>5. Realización de las actividades para apoyar a la Dirección de Aseguramiento en el levantamiento y seguimiento de los planes de mejoramiento en coordinación con las otras dependencias, producto de las auditorias de Contraloría</p>	<p>A 31 de enero de 2012 haber realizado el seguimiento a los planes de mejoramiento en los componentes de competencia de Vinculados</p>	<p>(i) Ajustarse a los instructivos generados para cada tipo de plan de mejoramiento; (ii) Coordinar y ajustarse a la información oficial para el diligenciamiento de los aplicativos y demás informes. (iii) Ajustarse a las plantillas institucionales establecidas para tal fin. (iv) Adoptar y retroalimentar los informes y requerimientos de acuerdo a los hallazgos de control interno</p>	<p>(1) Levantamiento del Plan de Mejoramiento Definitivo y entregado a Control Interno (2) Plantilla institucional memorando de envío. (3) Documento generado Plan de mejoramiento. (4) Plantilla impresa envío intranet.</p>

<p>6. Realizar las actividades y acciones correspondientes en coordinación con Salud ocupacional para implementar en la dirección que redunden en el bienestar de los funcionarios de la dirección.</p>	<p>A 31 de enero de 2012 se habrá realizado un simulacro de evacuación en la dirección de aseguramiento.</p>	<p>Ajustarse a la programación dada por la dependencia de salud ocupacional.</p>	<p>(1) Listados de Asistencia.</p>
---	--	--	------------------------------------

TALENTO HUMANO VI

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) SEGUIMIENTO

Profesional universitario - Código 219- Grado 14

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Ejecutar labores profesionales de apoyo y seguimiento de actividades relacionadas con el desarrollo de políticas, planes y programas de servicios al vinculado en el Sistema de Seguridad Social en Salud; procesos centrales y transversales en coordinación con las tres dependencias y relacionados básicamente con planeación, diseño de mecanismos e instrumentos administrativos que apoyen la gestión.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

El desempeño del evaluado contribuye a apoyo y seguimiento en las siguientes metas del plan de gestión institucional, Tableros de Mando y del plan operativo de acción, así:

- A 31 de enero de 2012 se habrá desarrollado el 100% de las actividades programadas para la formulación de las políticas de calidad de vida y salud por ciclo vital.
- A 30 de enero de 2012 se habrá prestado asesoría y asistencia técnica a los usuarios y actores del sistema; Metas relacionadas con el sistema gestión calidad.
- A 31 de enero de 2012 se habrá implementado el 50% del sistema de gestión calidad.
- A 31 de enero de 2012 se habrá implementado el 50% el modelo estándar de control interno.

- A 31 de enero de 2012 se habrá cumplido en un 100% los compromisos adquiridos en el POA.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Apoyo y seguimiento a las acciones y funciones correspondientes para la gestión de los procesos de planeación de la dependencia y la dirección	1.1. A 31 de enero de 2012 se habrá formulado el proyecto 385 Componente Vinculados.	(i) Ajustarse al plan de Desarrollo Bogotá Positiva 2008-2012; (ii) Ajustarse a los lineamientos del plan institucional;	(1) Proyecto 385 Formulado y enviado a la Dirección de Planeación y Sistemas: Medio físico y Correo Electrónico
		(iii) Implementar los instrumentos, metodologías sugeridas por la Dirección de Planeación y Sistemas	(2) Plan de Acción Operativo Formulado y tramitado ante la Dirección de Planeación en medio físico y correo electrónico.
	1.2. A 31 de enero de 2009 se habrá formulado el plan de acción operativo POA Servicios al Vinculado.	(vi) Implementar los acuerdos establecidos en coordinación con las otras dependencias. (v) Ajustarse a los criterios contemplados en el SGC y MECI	(3) Actas de reunión mesas de trabajo con la Dirección de planeación y Sistemas y grupo MECI.
2. Realizar las actividades de apoyo a la referente del seguimiento financiero de las EPSS, los contratos ESE e IPS red complementaria; para la gestión pagos, justificaciones financieras; traslados, modificaciones, entre otros.	A 31 de enero de 2012 haber participado en 100% en la gestión administrativa y de seguimiento financiero.	(i) Tramite de pagos a ESE e IPS red complementaria ajustados a los aplicativos e instrumentos creados para tal fin.	(1) Plantilla institucional memorando justificación;
		(ii) Ajustarse a los standards del SGC y MECI respecto de la gestión documental.	(2) Formato documento diligenciado. (3) Plantilla impresa de envió intranet.
3. Apoyo y seguimiento a las actividades correspondientes para la generación y/o elaboración de los diferentes informes de la dependencia y la dirección en coordinación con las tres dependencias requeridos por el cliente interno y externo	A 31 de enero de 2012 se habrán presentado el 100% de los informes requeridos	(i) Ajustarse a los instructivos generados para cada tipo de informe; (ii) Coordinar y ajustarse a la información oficial para el diligenciamiento de los aplicativos y demás informes. (iii) Ajustarse a las plantillas institucionales establecidas para tal fin. (iv) Adoptar y	(1) Aplicativo SEGPLAN diligenciado.
			(2) Aplicativo Tablero de Mando diligenciado.
			(3) Documento Balance Social
			(4) Plantilla impresa informe enviado Planeación

		retroalimentar los informes y requerimientos de acuerdo a los hallazgos de control interno	(5) Documento Bogotá como Vamos (6) Documentos respuesta a los diferentes entes de control. (7) Memorando d envío a la información solicitada.
4. Apoyo y seguimiento desde Administración del Aseguramiento con Servicios al Vinculado y Garantía de la Calidad la implementación del Sistema Gestión Calidad e implementación del modelo de control interno MECI	A 30 de junio se habrán actualizado el 100% de los procedimientos y levantado los riesgos así como la gestión documental de los procesos y procedimientos de la dependencia.	(i) Adoptar e implementar los lineamientos dados en mesas de trabajo. (ii) Elaborar los contenidos de capacitación y socializar la información. (iii) Generar los diferentes mecanismos e instrumentos en aras de que los funcionarios logren el aprendizaje sobre el SGC y MECI ; (iv), Buscar apoyo para la socialización de los diferentes contenidos	(1) Procedimientos levantados actualizados (2) Riesgos Levantados. (3) Gestión documental enviada. (4) Memorandos de envío a Planeación. (5) Consulta en la intranet de los productos. (6) Actas de asistencia a las capacitaciones y socializaciones. (7) Documento contenido de actualización pagina WEB.
5. Seguimiento de las actividades para apoyar a la Dirección de Aseguramiento en el levantamiento y seguimiento de los planes de mejoramiento en coordinación con las otras dependencias, producto de las auditorias de Contraloría	A 31 de enero de 2012 haber realizado el seguimiento a los planes de mejoramiento en los componentes de competencia de Vinculados	(i) Ajustarse a los instructivos generados para cada tipo de plan de mejoramiento; (ii) Coordinar y ajustarse a la información oficial para el diligenciamiento de los aplicativos y demás informes. (iii) Ajustarse a las plantillas institucionales establecidas para tal fin. (iv) Adoptar y retroalimentar los informes y requerimientos de acuerdo a los hallazgos de control interno	(1) Levantamiento del Plan de Mejoramiento Definitivo y entregado a Control Interno (2) Plantilla institucional memorando de envío. (3) Documento generado Plan de mejoramiento. (4) Plantilla impresa envío intranet.

▪ TALENTO HUMANO VII

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) CONTRACTUAL Y FINANCIERO

Profesional Universitario Código 219- Grado 19

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Armonizar los contenidos de la política pública sectorial de salud con el proceso contractual y financiero de la entidad y procedimientos de la Dirección.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- A 30 de junio de 2012 se habrá garantizado el derecho a la atención en salud a 1.635.601 afiliados al régimen subsidiado mediante subsidios totales y 73.069 mediante subsidios parciales por continuidad.
- Gestión Administrativa.
- Desarrollo Organizacional

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1.- Revisar y verificar la información contractual y financiera realizada por el FFDS - SDS con las EPSS, y a la vez, éstas con las IPS y ESE.	Recepcionar y consolidar la información contractual y financiera enviada por las EPSS de la contratación con el FFDS para establecer cuáles y verificar los servicios contratados por red para la vigencia del 01.04.2011 al 31.12.2011	Presentar trimestralmente el informe de seguimiento contractual y financiero concordante al instructivo de prestadores.	Resumen consolidado presentado a los profesionales de la Dirección y a la Coordinación vía correo electrónico
	Recepcionar y consolidar los informes de la Contratación y Financieros enviados por las ESE adscritas e IPS contratadas concordantes a la normatividad vigente 2011.	Elaborar trimestralmente un resumen ejecutivo financiero y de los servicios prestados por red. Realizar trimestralmente el informe de contratos y	Informe realizado para la SUPERSALUD. Informe de Hospitales para la Contraloría

		financiero con las ESE y servicios contratados.	Distrital 2004-2012 Requerimientos realizados a las EPSS contratadas para el cubrimiento de los servicios en salud
2.- Gestionar el desarrollo del plan de capacitación para el personal de la Dirección de Aseguramiento en Salud	Ejecutar al 100% el plan de capacitación Institucional para el personal de Planta de la Dirección de Aseguramiento. Desarrollar los temas propuestos y programados por la Dirección en la vigencia.	Verificar y hacer el seguimiento al plan de capacitación propuesto por la Dirección a todo el personal. Analizar la participación en otros espacios de educación formal y no formal.	Listado de los funcionarios en carrera inmersos en los temas del plan de capacitación formal. Reporte trimestral de lo realizado para el desarrollo del plan de capacitación Funcionarios y contratistas capacitados con educación no formal.
3.- Manual de Funciones y Evaluación Desempeño Laboral. (Nuevo Objetivo aprobado que ingresa al POA).	Actualización al manual de funciones de los funcionarios de planta en el Grupo de Administración en el año 2011. Acompañamiento en el diligenciamiento de los objetivos a concertar por los funcionarios de carrera administrativa del área.	Verificar y actualizar el manual de funciones, concordante al desarrollo de actividades del Área. Seguimiento en la evaluación de desempeño de los funcionarios de Carrera. Gestionar ante el Jefe inmediato para que él, realice la evaluación de desempeño en las fechas establecidas.	Actualización de las funciones del manual específico de funciones. Seguimiento a la aplicación de la evaluación de desempeño a funcionarios de planta en Carrera Administrativa. Elaboración del informe en la evaluación de desempeño de los funcionarios de planta en carrera administrativa. Correo electrónico a los funcionarios de Carrera para la evaluación de desempeño.
		Asistir todos los viernes al trabajo de grupo en desarrollo del PAMEC Institucional.	Se me designo el compromiso de asistir, participar y desarrollar las actividades concernientes a la elaboración del PAMEC SDS como Entidad Territorial compradora de servicios de salud en sus etapas de: Autoevaluación, diagnóstico, selección de

			procesos, definición de la calidad esperada, plan de acción para los procesos seleccionados, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento y sensibilización en el aprendizaje organizacional.
		Bajo la normatividad y la Ley, realizar lo requerido para cumplir con el PAMEC Institucional – Decreto 1011/2006	Se realizó Auditoria al Proceso de Atención al Usuario en tres Direcciones: DPSySC, DCRUE y DAS.
	Desarrollar, asistir y cumplir con las actividades correspondientes al PAMEC Institucional en el año 2011.		
4.- Desarrollo Organizacional	Del 01.02.2011 al 31.07.2012 dar respuesta a oficios de peticionarios del SGSSS	Respuesta a oficios de diferentes usuarios al SGSSS.	Entre el 01.02.2011 al 31.07.2012, se a dado respuesta a 149 oficio de usuarios del Régimen Subsidiado que no están incluidos en la Concertación de Objetivos para el primer semestre de 2012.

▪ TALENTO HUMANO VIII

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) SEGUIMIENTO FINANCIERO

Profesional Universitario Código 219- Grado 19

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Armonizar los contenidos de la política pública sectorial de salud con el proceso financiero de la entidad y procedimientos de la Dirección.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- A 30 de junio de 2012 se habrá garantizado el derecho a la atención en salud a 1.635.601 afiliados al régimen subsidiado mediante subsidios totales y 73.069 mediante subsidios parciales por continuidad.
- Gestión Administrativa.
- Desarrollo Organizacional

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1.- Revisar y verificar la información financiera realizada por el FFDS - SDS con las EPSS, y a la vez, éstas con las IPS y ESE.	Recepcionar y consolidar la información financiera contractual y financiera enviada por las EPSS de la contratación con el FFDS para establecer cuáles y verificar los servicios contratados por red para la vigencia del 01.04.2011 al 31.12.2011	Presentar trimestralmente el informe de seguimiento financiero concordante al instructivo de prestadores.	Resumen consolidado a la Coordinación vía correo electrónico
	Recepcionar y consolidar los informes de la Financieros enviados por las ESE adscritas e IPS contratadas concordantes a la normatividad vigente 2011.	Elaborar trimestralmente un resumen ejecutivo financiero y de los servicios prestados por red.	Informe realizado para la SUPERSALUD.
		Realizar trimestralmente el informe de financiero con las ESE y servicios contratados.	Informe de Hospitales para la Contraloría Distrital 2004-2012 Requerimientos realizados a las EPSS contratadas para el cubrimiento de los servicios en salud
2.- Seguimiento financiero al POAI.	Planeación y seguimiento del POAI año 2011.	Verificar y actualizar el balance financiero del POAI concordante al desarrollo de actividades del Área. Seguimiento en la evaluación financiera del área.	Actualización financiera POAI.
3.-Presentación para la aprobación del POAI.	Acompañamiento en el diligenciamiento de los objetivos a concertar por los funcionarios de carrera administrativa del área.	Gestionar el balance financiero para el Jefe inmediato.	Seguimiento financiero al POAI. Elaboración del informe en la evaluación financiera del POAI.
		Asistir todos los viernes al trabajo de grupo en desarrollo del PAMEC	Se me designo el compromiso de asistir, participar y desarrollar las

		Institucional.	actividades concernientes a la elaboración del PAMEC SDS como Entidad Territorial compradora de servicios de salud en sus etapas de: Autoevaluación, diagnóstico, selección de procesos, definición de la calidad esperada, plan de acción para los procesos seleccionados, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento y sensibilización en el aprendizaje organizacional.
		Bajo la normatividad y la Ley, realizar lo requerido para cumplir con el PAMEC Institucional – Decreto 1011/2006	Se realizó Auditoría al Proceso de Atención al Usuario en tres Direcciones: DPSySC, DCRUE y DAS.
	Desarrollar, asistir y cumplir con las actividades correspondientes al PAMEC Institucional en el año 2011.		
4.- Desarrollo Organizacional	Del 01.02.2011 al 31.07.2012 dar respuesta a oficios de peticionarios del SGSSS	Respuesta a oficios de diferentes usuarios al SGSSS.	Entre el 01.02.2011 al 31.07.2012, se dio respuesta a 149 oficios de usuarios del Régimen Subsidiado que no están incluidos en la Concertación de Objetivos para el primer semestre de 2012.

▪ TALENTO HUMANO IX

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) ASISTENCIA TECNICA

Profesional especializado- Código 222- Grado 27

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Realizar labores especializadas de asistencia técnica, Planeación, implementación,

evaluación, control y mejoramiento de los procesos, proyectos y programas de la administración del Aseguramiento en salud en el Distrito Capital

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- Garantizar la atención en salud al 100% de la población del Distrito Capital de acuerdo a su condición en el Sistema General de Seguridad social en salud y Regímenes de Excepción
- Mantener la Cobertura en Servicios de Salud para la población pobre no asegurada y para los servicios NO POS-S para población afiliada al Régimen subsidiado
- Inspeccionar, vigilar y controlar el 100% de los prestadores de servicios de salud y aseguradores del régimen subsidiado Crear e implementar un sistema de garantía explícita de garantía de la calidad, acceso, oportunidad, seguridad financiera en salud que obligue a aseguradores y prestadores
- Al 2011 se contará con la complementariedad e integralidad de los planes de beneficios en el contexto de las estrategias de calidad de vida y salud y la APS.
- Al 2011 estará implementada la complementariedad de los planes de beneficios en el contexto de las estrategias de promoción de calidad de vida y salud y APS.
- Realizar anualmente el seguimiento a la complementariedad e integridad de los planes de beneficios en el contexto de la estrategia de calidad de vida y salud y APS.
- A 2011: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 1 año a 9.9 por 1.000 nacidos vivos (Línea de base año 2006: 13,5 por 1.000 nacidos vivos. Fuente: DANE).
- A 2011: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 23,7 por diez mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 26,2 por diez mil. Fuente: DANE).
- A 2011: Reducir la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años a 11,5 casos por cien mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 15,9 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: DANE).
- A 2011: Reducir la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años a un 1 caso por cien mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 2,0 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: DANE).
- Incrementar a 100% la cobertura de terapia antirretroviral para VIH positivos. (Línea de base: 72%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2005).
- A 2011: Aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70% (línea de base: 54%. Fuente: MPS 2005).

- Al 2009 Ajustar la política de Aseguramiento en salud del Distrito Capital
- Incrementar en un 20% la cobertura en atención odontológica de la mujer gestante y población de menores de 5 años afiliados al régimen subsidiado y población pobre y vulnerable

Garantizar al 2011 el acceso a los servicios de salud de manera gratuita al 100% de la población de los niños de 1 a 5 años, mayores de 65 años y a la población en condición de discapacidad severa, afiliada al régimen subsidiado y con clasificación en nivel 1 y 2 de manera Gradual incluyendo las actividades del No POS-S

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Coordinar y Operativizar los procesos y procedimientos que permiten el acceso a los servicios de salud de la población participante vinculada	Adelantar de manera oportuna acciones necesarias para el desarrollo operativo de los procesos que garanticen el acceso a los servicios de salud	Directrices y políticas institucionales y distritales y nacionales	Documentos de lineamientos
		Normatividad vigente	Anexos técnicos
			Contratos y convenios suscritos
2. Ejecución eficiente de recursos asignados a los proyectos a cargo de la Dirección de Aseguramiento	Ejecutar los recursos asignados en la población objeto con al debida oportunidad	Normatividad Vigente	Formulación y ejecución del Proyecto 385, 620 y 621
		Prioridades plan de desarrollo	Reuniones con Dirección Financiera, planeación y otros
			Resoluciones de reconocimiento y pago de servicios de salud y autorizaciones de giro.
3. Seguimiento a los procesos de acceso a los servicios de salud, en aspectos técnicos, sociales y económicos	Retroalimentar y corregir desviaciones esperadas en los procesos y resolver dificultades presentadas por usuarios	Normatividad vigente	Requerimientos a ESE, IPS firmas interventoras
		Lineamientos técnicos	Cumplimientos de tutelas
			Actas reuniones ESE, IPS, Firmas interventoras y otros
			Respuestas a quejas y reclamos
			Respuestas autorizaciones de servicios (electivas)
Modificaciones contractuales y de lineamientos.			
4. Gestión de procesos de planeación de la dependencia en coordinación con la Dirección de Aseguramiento y demás dependencias	Reformulación aplicación y socialización de procesos y procedimientos de la dependencia,	Normatividad Vigente	Procesos y procedimientos reformulados
	Formulación de plan operativo de la coordinación		Reformulaciones de los proyectos a cargo de la dirección

	Informes oportunos a la dirección de planeación	Lineamientos institucionales y distritales	Informes de seguimiento al proyecto incluido segplan al día
	Verificar implementación e MECI		Informes de cumplimiento de planes de mejoramiento
	Cumplimiento de planes de mejoramiento		Informes POA Actas de jornadas de socialización de Procedimientos
5.adelantar las acciones necesarias para el desarrollo de las labores propias de la dependencia	Cumplimiento de metas del plan de desarrollo	Normatividad vigente	Recobros Fosyga Seguimiento cartera IPS
		Plan de desarrollo	Informes de supervisión contractual de servicios personales
			Actas comités de coordinación
		Competencias y funciones de la Dirección de Aseguramiento en salud	Actas comités de dirección
			Respuestas a organismos de control
			Seguimiento correspondencia
6.Coordinar la elaboración y desarrollo e implementación de diversos estudios y documentos técnicos para la implementación de política distrital	Documentos técnicos para implementación	Normatividad vigente	Actas comité de controversias
	de políticas distritales	Lineamientos técnicos del sector	Proyectos de documentos de resoluciones técnicas (Pos y no pos)
		Directrices y políticas institucionales	Documento gratuidad Documento preliminar formas de pago

▪ TALENTO HUMANO X

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) PROGRAMAS ESPECIALES

Profesional especializado- Código 222- Grado 27

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Ejecutar labores especializadas de diseño, evaluación, vigilancia y control de la garantía de la calidad del aseguramiento de la población residente en Bogotá, D.C., al Sistema

General de Seguridad Social en Salud.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- A 30 de junio de 2011 se habrá garantizado el derecho a la atención en salud a 1.635.601 afiliados al régimen subsidiado mediante subsidios totales y 73.069 mediante subsidios parciales por continuidad.
- Gestión Administrativa.
- Desarrollo Organizacional

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Trabajar coordinadamente con las instituciones y entidades que certifican población especial.	Recepcionar y consolidar el 100% de los listados censales para la inclusión al régimen subsidiado (Afiliación) y actualización de la base de datos de Población Especial del comprobador de derechos de la SDS Vigencia 2008.	A través de reuniones y comunicados a las Instituciones y Entidades que certifican población especial se definirán los requisitos de presentación bases de datos de población especial, acorde a la normatividad vigente.	Resumen ejecutivo trimestral presentado al Grupo de Administración sobre las acciones adelantadas. Base de Datos enviadas con oficio por las diferentes instituciones. Correo electrónicos de intercambio de información con las diferentes instituciones. Actas de Reunión.
2. Asistir al Consejo Distrital para la Atención Integral de la Población Desplazada por la Violencia; como referente técnico de la Secretaría Distrital de Salud.	Asistir al 100% de Consejos Distritales para la Atención Integral de la Población Desplazada por la Violencia; programados por la Secretaría de Gobierno vigencia 2011.	Seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos en el Consejo Distrital para la Atención Integral de la Población Desplazada por la Violencia.	Reporte trimestral del desarrollo de los compromisos adquiridos en el Consejo. Correo electrónicos de intercambio de información con las diferentes instituciones.
3. Coordinar la elaboración y entrega del informe de seguimiento sobre la Tutela 025/2004, a la Secretaría de Gobierno, con fin de remitirse conjuntamente a la Corte Constitucional.	Recepcionar y consolidar el 100% de la información enviada por las ESE con el fin de realizar el informe de seguimiento a la Tutela, para la vigencia 2011.	Presentar bimestralmente a la Secretaría de Gobierno; el informe consolidado de seguimiento a la Tutelas 2004-2011.	Reporte bimestral de seguimiento a la Tutela 2004-2011.

4. Dar respuesta a oficios, derechos de petición y solicitudes del Régimen Subsidiado y demás información conexas, a los diferentes actores del SGSSS, en cuanto a poblaciones especiales se refiere.	Responder el 100% de correspondencia entregada con criterios de calidad, oportunidad y suficiencia, sobre Régimen Subsidiado para la vigencia 2011.	Presentar trimestralmente el informe de seguimiento a la correspondencia entregada.	Informe de seguimiento a la correspondencia entregada.
			Copia de las respuestas emitidas.
5. Brindar asesoría y asistencia técnica a los diferentes actores sobre el SGSSS.	Ejecutar al 100% la programación de asesoría y asistencia técnica solicitado por los diferentes actores del SGSSS, para la vigencia 2011.	Informe de seguimiento a la programación de asesoría y asistencia técnica solicitado por los diferentes actores del SGSSS.	Reporte trimestral del desarrollo de la programación de asesoría y asistencia técnica solicitado por los diferentes actores del SGSSS.

▪ TALENTO HUMANO XI

▪

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) ESTADISTICAS

Profesional universitario Código 219 - Grado 19

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Administrar la base de datos poblacional y rediseñar los procesos que los generan, de tal forma que las herramientas de procesamiento de información respondan a las estadísticas requeridas y a los lineamientos de la Secretaría de Salud, en el marco de la política pública en salud en el Distrito Capital.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- Accesibilidad y calidad para la prevención y atención del daño en la salud, reporte estadístico.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Sacar las estadísticas e información del Régimen Subsidiado producidas por la SDS.	Procesar la información de las bases de datos de 2004-2006, 2006-2007, 2007-2008 2008-2009, 2009-2010 y 2010-2011 del Régimen Subsidiado producidas por la SDS, del Minprotección Social (FOSYGA mensual y consolidado), MinHacienda y la Registraduría General de la Nación para la vigencia 2011.	Recibir mensualmente base de datos integrada por: Novedades de las EPSS y de la SDS, SISBEN, Debidos procesos, Contributivo mensual FOSYGA, Fallecidos (SDS – RNEC) y Asignaciones – Reemplazos.	Expedición Resolución 1381/2008 Correo electrónico para consolidar información. Cruce de base de datos Verificación y ajustes a la información
2. Proceso calculo (Bimestral – Global) estimación de días para pago de la contratación de EPSS.		Recibir base de datos de: Contributivo consolidado (MPS y Ministerio de Hacienda), Posibles fallecidos y posibles duplicados, Pensionados.	Correo electrónico para consolidar información. Cruce de base de datos Verificación y ajustes a la información
		Analizar la consistencia de la información recibida, adecuar, consolidar y producir resultados. Generar documentos técnicos en cada proceso.	Generación de archivos soporte para diferentes procesos. Generación del documento técnico para cada proceso. Generar archivos para retroalimentación con las EPSS.

▪ TALENTO HUMANO XII

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) SISTEMAS

Profesional Especializado - Código - Grado 27

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Administrar la base de datos poblacional y rediseñar los procesos que los generan, de tal forma que las herramientas de procesamiento de información respondan a los lineamientos de la Secretaría de Salud, en el marco de la política pública en salud en el Distrito Capital.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- A 30 de junio de 2011 se habrá garantizado el derecho a la atención en salud a 1.635.601 afiliados al régimen subsidiado mediante subsidios totales y 73.069 mediante subsidios parciales por continuidad.
- Gestión Administrativa.
- Desarrollo Organizacional

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1.- Revisar y verificar la información de actualización de base de datos del régimen subsidiado relacionada con la poblaciones afro-descendiente y Pro ROM	Recepcionar, revisar, verificar y tramitar el 100% de la información de las poblaciones afro-descendiente y Pro ROM a tener en cuenta en la base de datos del régimen subsidiado	Informe trimestral de la gestión realizada en el manejo de las poblaciones afro-descendiente y Pro ROM	Memorando de entrega de informe a la Dirección y Grupo de Administración Acerca del informe realizado.
2.- Gestión (Recepción, verificación, ajuste, consolidación y validación) y consolidación de la contratación de la Dirección de aseguramiento validación y	Consolidación mensual del informe de contratación de la Dirección de aseguramiento y entrega a la Dirección de Planeación	Informe de contratación mensual consolidado, correo electrónico de envío a la Dirección de Planeación	Archivos mensuales de contratación consolidados, y correos electrónicos de gestión y envío.
3.- Realizar seguimiento a los convenio de competencia del área de administración del Aseguramiento	Efectuar seguimiento al 100% de los convenios de competencia del área de administración del aseguramiento y elaboración de informes	Informe de seguimiento de cada uno de los convenios	Informes de seguimiento realizada
4. Apoyar el proceso de implementación de MECI en el Área de Administración del Aseguramiento con base a los lineamientos impartidos por la Dirección de Planeación y Sistemas	Participar e implementar el 100% de las estrategias y actividades MECI propuesta por la Dirección de Planeación.	Asistencia a reuniones, socialización de capsula de Calidad y MECI	Asistencia y actas de reuniones que se generen, correos electrónicos enviados
5. Apoyar el proceso de programación, ejecución y Evaluación del Plan Operativo	Participar en todas las actividades que demande la gestión de la ejecución y Evaluación del Plan Operativo	Apoyo al manejo del Balance Score Card BSC, seguimiento y ajustes al POA	BSC y POA actualizados
6. Dar respuesta oportuna los oficios y derechos de peticiones de usuarios asignados por la coordinación.	Responder el 100% de los oficios y derechos de peticiones.	Elaboración de respuesta a requerimientos de usuarios	Copia de oficios y derechos de peticiones en medio magnéticos y físicos atendidos

▪ TALENTO HUMANO XIII

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) APOYO SISTEMAS

Profesional universitario Código 219 - Grado 19

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Administrar la base de datos poblacional y rediseñar los procesos que los generan, de tal forma que las herramientas de procesamiento de información respondan a los lineamientos de la Secretaría de Salud, en el marco de la política pública en salud en el Distrito Capital.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- Accesibilidad y calidad para la prevención y atención del daño en la salud.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Mantener actualizada la información del Régimen Subsidiado producidas por la SDS.	Procesar la información de las bases de datos de 2004-2006, 2006-2007, 2007-2008 2008-2009 2009-2010 y 2010-20011 del Régimen Subsidiado producidas por la SDS, del Minprotección Social (FOSYGA mensual y consolidado), MinHacienda y la Registraduría General de la Nación para la vigencia 2011.	Recibir mensualmente base de datos integrada por: Novedades de las EPSS y de la SDS, SISBEN, Debidos procesos, Contributivo mensual FOSYGA, Fallecidos (SDS – RNEC) y Asignaciones – Reemplazos.	Expedición Resolución 1381/2008 Correo electrónico para consolidar información. Cruce de base de datos Verificación y ajustes a la información
2. Proceso calculo (Bimestral – Global) estimación de días para pago de la contratación de EPSS.		Recibir base de datos de: Contributivo consolidado (MPS y Ministerio de Hacienda), Posibles fallecidos y posibles duplicados, Pensionados.	Correo electrónico para consolidar información. Cruce de base de datos Verificación y ajustes a la información
		Analizar la consistencia de la información recibida, adecuar, consolidar y producir resultados. Generar documentos técnicos en cada proceso.	Generación de archivos soporte para diferentes procesos. Generación del documento técnico para cada proceso. Generar archivos para retroalimentación con las EPSS.

▪ TALENTO HUMANO XIV

**PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA
EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) APOYO SISTEMAS**

Profesional universitario Código 219 - Grado 19

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Administrar la base de datos poblacional y rediseñar los procesos que los generan, de tal forma que las herramientas de procesamiento de información respondan a los lineamientos de la Secretaría de Salud, en el marco de la política pública en salud en el Distrito Capital.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

Accesibilidad y calidad para la prevención y atención del daño en la salud.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Mantener actualizada la información del Régimen Subsidiado producidas por la SDS.	Procesar la información de las bases de datos de 2004-2006, 2006-2007, 2007-2008 2008-2009 2009-2010 y 2010-20011 del Régimen Subsidiado producidas por la SDS, del Minprotección Social (FOSYGA mensual y consolidado), MinHacienda y la Registraduría General de la Nación para la vigencia 2011.	Recibir mensualmente base de datos integrada por: Novedades de las EPSS y de la SDS, SISBEN, Debidos procesos, Contributivo mensual FOSYGA, Fallecidos (SDS – RNEC) y Asignaciones – Reemplazos.	Expedición Resolución 1381/2008 Correo electrónico para consolidar información. Cruce de base de datos Verificación y ajustes a la información
2. Proceso calculo (Bimestral – Global) estimación de días para pago de la contratación de EPSS.		Recibir base de datos de: Contributivo consolidado (MPS y Ministerio de Hacienda), Posibles fallecidos y posibles duplicados, Pensionados.	Correo electrónico para consolidar información. Cruce de base de datos Verificación y ajustes a la información
		Analizar la consistencia de la información recibida, adecuar, consolidar y producir resultados. Generar documentos técnicos en cada proceso.	Generación de archivos soporte para diferentes procesos. Generación del documento técnico para cada proceso. Generar archivos para retroalimentación con las EPSS.

▪ TALENTO HUMANO XV

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO)

Profesional universitario - Código 219- Grado 14

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Prestar el servicio de atención y programación a las EPSS en aspectos relacionados con la promoción y prevención, metas indicadores, PIC y los RIPS, con orientación e información sobre la organización, funcionamiento y situación en concordancia con el perfil epidemiológico de sus afiliados frente al sistema general de seguridad social en salud en el distrito capital.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- A 31 de enero de 2012 se habrá garantizado la atención en promoción y prevención en salud al 100% de la población afiliada al R. Subsidiado por parte de las EPSS.
- A 31 de enero de 2011 se habrá desarrollado en cuatro [4] modalidades, [radial, escrito, oral y audiovisual] una estrategia de comunicación en promoción de la afiliación e ingreso de la población al SGSSS.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Participar en la actualización y ajuste de los lineamientos técnicos y administrativos de la contratación de servicios de salud para participantes vinculados en las Empresas Sociales del Estado, IPS de la Red Complementaria y EPS-S. y en la elaboración o aportes de los convenios solicitados para la inclusión de las actividades y metas para las EPSS en promoción y prevención de sus afiliados	A 31 de enero de 2012 se habrá garantizado la atención en salud al 100% de la población afiliada al R. Subsidiado en promoción y prevención. Seguimiento a las metas e indicadores en P y P por parte de las EPSS	Lineamientos actualizados según normatividad vigente. Eliminación de Barreras de Acceso Mesas de trabajo con EPSS	Anexos de los lineamientos actualizados año 2011 Correos electrónicos de coordinación con compañeros que intervienen en el procedimiento Copia de acta de inicio del convenio

<p>2. Realizar el texto y revisar los contenidos de información brindados a través de los diferentes medios de comunicación sobre el tema del aseguramiento en salud.</p>	<p>A 31 de enero de 2012 se habrá desarrollado por lo menos en una modalidad, [radial, escrito, oral, de pagina web y audiovisual] una estrategia de comunicación en salud.</p>	<p>Normatividad vigente sobre el SGSSS.</p> <p>Rutas De acceso a la población según su situación en salud</p> <p>Trámites y Servicios de Aseguramiento en Salud</p>	<p>Presentación en emisoras radiales, televisión local y compilación y texto del documento tramites y servicios a Secretaría de Gobierno.</p> <p>Revisión de textos sobre Afiliación</p>
<p>3. Realizar asesoría, asistencia técnica y retroalimentación a las EPSS al cumplimiento de metas en P y P.</p>	<p>A 31 de enero de 2012 se habrá realizado la seguimiento, asesoría y asistencia técnica al 100% de las EPSS del Distrito Capital</p>	<p>Normatividad vigente sobre el SGSSS</p> <p>Rutas De acceso a la población según su situación en salud.</p> <p>Lineamientos de contratación y prestación de P y P.</p>	<p>Reuniones de afiliación y capacitación realizadas , lista de asistencia, actas</p> <p>Registros en formato de reporte diario</p> <p>Respuestas de los conceptos solicitados</p> <p>Socialización proyecto de gratuidad</p>
<p>4. Garantizar la utilización de los recursos disponibles orientados a continuidad, la integralidad y equidad en salud para P y P.</p>	<p>A 31 de enero de 2012 se habrá orientado y coordinado acciones tendientes a la P y P</p>	<p>Contextualización y análisis de la situación de P y P.</p>	<p>Registros en formato de reporte diario</p>
		<p>Coordinación con EPSS MPS y Otros actores Institucionales.</p>	<p>Formatos de los seguimientos de casos</p> <p>Informes y visitas de los estudios de caso.</p>

▪ TALENTO HUMANO XVI

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) ATENCIÓN AL USUARIO

Profesional universitario - Código 219- Grado 14

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Prestar el servicio de atención a los ciudadanos y ciudadanas en aspectos relacionados con orientación e información sobre la organización, funcionamiento, derechos y deberes y situación frente al sistema general de seguridad social en salud en el distrito capital y

recepción, trámite y seguimiento de peticiones quejas y reclamos dentro de un proceso de exigibilidad de derecho ciudadano.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- A 31 de enero de 2012 se habrá garantizado la atención en salud al 100% de la población pobre no asegurada y a aquella afiliada al r. subsidiado que demanda servicios No POSS en la ciudad.
- A 31 de enero de 2012 se habrá desarrollado en cuatro modalidades, [radial, escrito, oral y audiovisual] una estrategia de comunicación en salud.
- A 31 de enero de 2012 se habrá participado en la formulación transectorial del 50% de las políticas de calidad de vida y salud por ciclo vital.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Participar en la actualización y ajuste de los lineamientos técnicos y administrativos de la contratación de servicios de salud para participantes vinculados en las Empresas Sociales del Estado, IPS de la Red Complementaria y EPS-S. y en la elaboración o aportes de los convenios solicitados	A 31 de enero de 2012 se habrá garantizado la atención en salud al 100% de la población pobre no asegurada y a aquella afiliada al R. subsidiado que demanda servicios de salud. Y la ejecución de por lo menos un convenio	Lineamientos actualizados según normatividad vigente. Eliminación de Barreras de Acceso	Anexos de los lineamientos actualizados año 2011 Correos electrónicos de coordinación con compañeros que intervienen en el procedimiento Copia de acta de inicio del convenio
2. Realizar el texto y revisar los contenidos de información brindados a través de los diferentes medios de comunicación sobre el tema del aseguramiento en salud.	A 31 de enero de 2012 se habrá desarrollado por lo menos en una modalidad, [radial, escrito, oral, de pagina web y audiovisual] una estrategia de comunicación en salud.	Normatividad vigente sobre el SGSSS. Rutas De acceso a la población según su situación en salud Proyecto de gratuidad	Presentación en emisoras radiales, televisión local y compilación y texto del documento tramites y servicios a Secretaría de Gobierno. Revisión de textos sobre Proyecto de Gratuidad

112 Caracterización de función rectora ejercida por la dirección de aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud dentro del SGSSS

		Trámites y Servicios de Aseguramiento en Salud	
3. Realizar asesoría y asistencia técnica al Funcionario interno y externo en espacios de capacitación formal y no formal sobre el SGSSS.	A 31 de enero de 2012 se habrá realizado la asesoría y asistencia técnica a los 22 Hospitales de la Red Pública y a los funcionarios que lo requieran	Normatividad vigente sobre el SGSSS Rutas De acceso a la población según su situación en salud. Lineamientos de contratación	Reuniones de capacitación realizadas , lista de asistencia, actas Registros en formato de reporte diario Respuestas de los conceptos solicitados Socialización proyecto de gratuidad
4. Garantizar los servicios de Salud de la población pobre y vulnerable, sin capacidad de pago que presenta inconvenientes en su acceso a salud	A 31 de enero de 2012 se habrá intervenido para la atención en salud con subsidio, especialmente a la población no asegurada sin capacidad de pago.	Derechos y deberes en salud,	Derechos de Petición contestados- Seguimientos Sistema Único De Quejas (SQS)
		Sistema General de Seguridad Social en Salud	
		Acceso a los servicios de salud -Barreras	Casos tramitados y usuarios orientados
		Lineamientos de contratación	
		Políticas en Salud	Estudios de caso de usuarios que requieren servicios de salud
5. Administrar y aportar en los lineamientos técnicos para el fortalecimiento del procedimiento del manejo del Sistema de Quejas y Soluciones.	A 31 de enero de 2012 se habrá realizado e implementado un procedimiento único y definido para el componente servicio al Vinculado. Se habrá mejorado el procedimiento en la Dirección de Aseguramiento como compromiso definido con la Contraloría	Sistema Único Distrital de Quejas y Soluciones	Procedimiento y lineamientos socializados e implementados en servicio al Vinculado
		Normatividad relacionada con los Derechos de Petición	Actas reuniones con participación social
		Plan de Mejoramiento	
6. Realizar estudio social de caso y garantizar la utilización de los recursos disponibles orientados a continuidad, la integralidad y equidad en salud	A 31 de enero de 2012 se habrá orientado y coordinado acciones tendientes a la recuperación del proceso-salud mental	Contextualización y análisis de la situación psicosocial	Registros en formato de reporte diario Formatos de los seguimientos de casos
		Coordinación con SIS /ICBF y Otros actores Institucionales.	Informes y visitas de los estudios de caso.

▪ TALENTO HUMANO XVII

▪

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA**EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) JURIDICO**

Profesional Especializado- Código 222- Grado 30

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

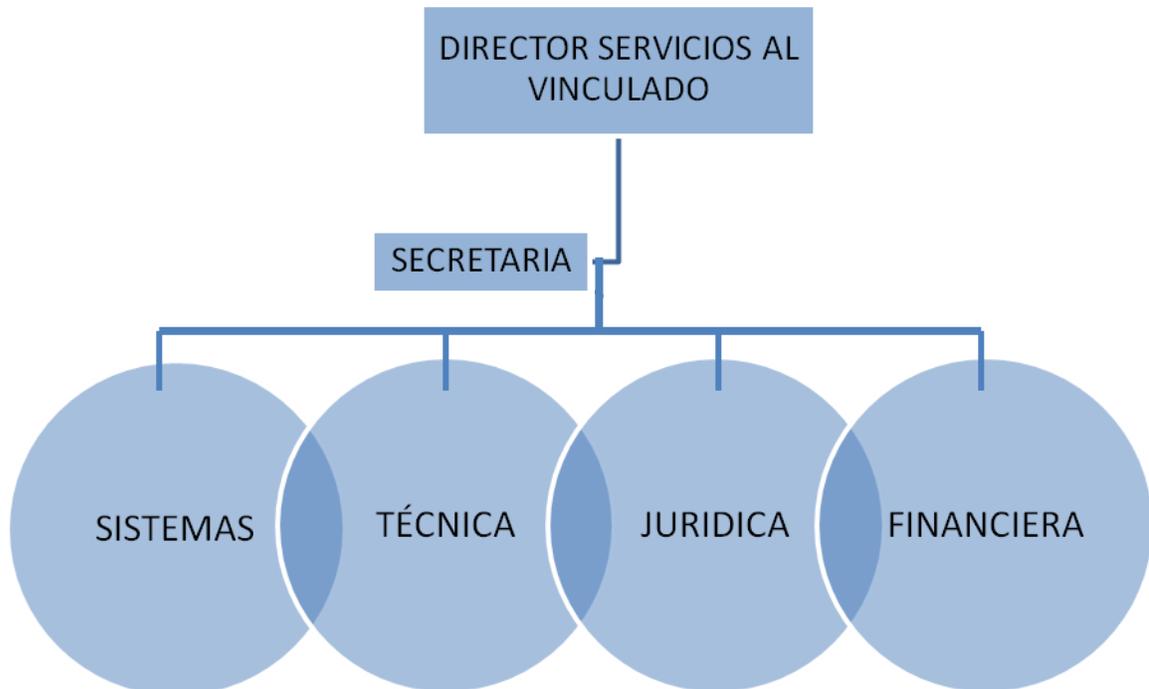
Asistir jurídicamente, recomendar, proyectar, revisar y sustanciar los actos administrativos que expida la Secretaria, así como representar judicial y extrajudicialmente a la entidad y realizar los conceptos y estudios que requiera la Secretaria y demás integrantes del sistema de Seguridad Social Distrital.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- A 30 de junio de 2011 se habrá realizado la clasificación de los motivos de queja frente al acceso al SGSSS en aseguradores y prestadores.
- A 30 de junio de 2012 se habrá colaborado y participado en la prestación de asesoría y asistencia técnica a los usuarios.
- A 30 de junio de 2012 se habrán dado conceptos técnicos para eventual sanción ante la Dirección Jurídica y de Contratación OR incumplimiento contractual de ESE, IPS y EPS-S.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Conceptualizar y sustentar jurídicamente la defensa de la entidad frente a las acciones incoadas por usuarios frente a aseguradores y prestadores.	Ejercer la defensa judicial de la SDS ante los organismos jurisdiccionales frente a las acciones de tutela que presentan los usuarios del SGSSS.	- Evaluar las providencias que presentan los Jueces de Tutela, para amparar el derecho a la vida y a la salud de los ciudadanos y ciudadanas y proyectar respuesta a las providencias, incidentes de desacato e impugnación a fallos, en defensa de intereses de la Secretaría.	-Relación de tutelas asignadas y tramitadas. -No. de desacatos a tutelas e impugnaciones atendidas.
2. Colaborar y participar en la prestación de Asesoría y asistencia técnica a los usuarios.	Prestar asesoría jurídica a los requerimientos de los usuarios internos y externos en lo relacionados con el SGSSS.	- Emitir conceptos jurídicos relacionados con aspectos legales del sector salud para dar respuesta a las acciones de tutelas presentadas contra la Secretaría.	No. de conceptos jurídicos emitidos.
3. Emitir conceptos técnicos para eventual sanción ante la Dirección Jurídica y de Contratación por incumplimiento contractual de las EPS-S.	Trasladar a la Dirección Jurídica y de Contratación, los conceptos técnicos y sus soportes elaborados por contrato, de aquellas obligaciones contractuales incumplidas por EPS-S	- Relacionar las obligaciones contractuales presuntamente incumplidas en los contratos celebrados con las EPS-S. -Revisar y analizar los documentos que sustentan el incumplimiento contractual de las EPS-S para emisión del concepto técnico.	-No. de Conceptos técnico emitidos.

6.5.7 Servicios al Vinculado



Fuente: SDS. Dirección de Aseguramiento en Salud. Decreto Distrital 482 de 2010

En desarrollo de los objetivos relacionados con los SERVICIOS AL VINCULADO, la Dirección de Aseguramiento en Salud, cumple con las siguientes funciones:

- Garantizar a la población vinculada al sistema, el acceso a los servicios de salud, y a la población del régimen subsidiado los servicios no incluidos en el POS.
- Garantizar la contratación de los servicios de salud con la oferta adscrita y no adscrita.
- Establecer coordinación intra e intersectorial, que garantice la prestación de los servicios de salud a la población vinculada y a los servicios no incluidos en el POS-S, del Régimen Subsidiado.

6.5.7.1 Caracterización del talento humano objeto de contrato del Servicio al Vinculado

❖ TALENTO HUMANO DEL SERVICIOS AL VINCULADO:

El área de Servicio al Vinculado cuenta con un grupo de talento humano constituido por nueve funcionarios, siete de carrera y dos vinculados por contrato de prestación de servicios, los cargos corresponden a:

- Subdirector del área.
- Técnico en archivo y correspondencia.
- Profesional especializado (médico) encargado de elaborar y revisar desde la parte técnica los contenidos de la ficha técnica donde se encuentran las obligaciones de las ESE, diseño del documento de contratación.
- Profesional universitario que maneja el contenido y seguimiento de los tableros de control producto del área y la información de los proyectos 620 (proyecto que maneja la Dirección de Aseguramiento para el cumplimiento del Plan de Salud 2008-2012 referente a la prestación de servicios al Vinculado).
- Profesional universitario que maneja la planeación, uso y ejecución los recursos asignados al área de Servicio al Vinculado.
- Profesional Especializado encargado de la contratación y el seguimiento financiero.
- Profesional universitario que manejan bases de datos.
- Profesional Especializado (Abogado) que revisa, apoya y resuelve todo lo relacionado con la parte jurídica del área.

El talento humano del Servicio al Vinculado se identifica según hallazgos del documento técnico “Lineamientos Técnico Administrativos 2011 de la Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Aseguramiento”, documento que se encuentra en públicos de la SDS.

Se identifica cada uno de los 9 funcionarios del área del Servicio al Vinculado con su DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO, NIVEL JERÁRQUICO, METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO, seguido de COMPROMISO LABORAL, METAS, CRITERIOS y EVIDENCIAS de cada cargo:

▪ TALENTO HUMANO I

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA**EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) SUBDIRECTOR ÁREA SERVICIO AL VINCULADO**

Profesional especializado- Código 222- Grado 27

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Realizar labores especializadas de **Subdirección, Coordinación** del área, planeación, implementación, evaluación, control y mejoramiento de los procesos, proyectos y programas del Servicio al Vinculado en Salud en el Distrito Capital.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

Realizar labores especializadas de Dirección y Coordinación, Planeación, implementación, evaluación, control y mejoramiento de los procesos, proyectos y programas del Servicio al Vinculado en Salud en el Distrito Capital.

- Garantizar la atención al vinculado de la población del Distrito Capital a través de la contratación con las ESE de acuerdo a su condición y nivel de SISBEN.
- Garantizar la contratación o términos de prestación de servicios con las ESE y la red de IPS Adscrita.
- Certificar el pago de a las ESE y a la red de IPS adscrita a la SDS para la atención de población vinculada del Distrito Capital.
- Mantener la Cobertura en Servicios de Salud para la población pobre no asegurada y para los servicios NO POS-S para población afiliada al Régimen subsidiado.
- Garantizar las bases de datos de la población pobre no asegurada.

- Garantizar el flujo de recursos para la atención de la población pobre no asegurada.
- Garantizar el pago a la red de prestadores para la población pobre no asegurada y para los servicios NO POS-S para población afiliada al Régimen subsidiado.
- Inspeccionar, vigilar y controlar el 100% de los prestadores de servicios de salud para la población pobre no asegurada
- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 1 año a 9.9 por 1.000 nacidos vivos (Línea de base año 2006: 13,5 por 1.000 nacidos vivos. Fuente: DANE).
- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 23,7 por diez mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 26,2 por diez mil. Fuente: DANE).
- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años a 11,5 casos por cien mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 15,9 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: DANE).
- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años a un 1 caso por cien mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 2,0 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: DANE).
- Incrementar a 100% la cobertura de terapia antirretroviral para VIH positivos. (Línea de base: 72%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2005).
- A 2012: Aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70% (línea de base: 54%. Fuente: MPS 2005).

Garantizar al 2012 el acceso a los servicios de salud de manera gratuita al 100% de la población de los niños de 1 a 5 años, mayores de 65 años y a la población en condición de discapacidad severa y con clasificación en nivel 1 y 2 de manera Gradual incluyendo las actividades del No POS-S

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Dirigir, Coordinar y Operativizar los procesos y procedimientos que permiten el acceso a los servicios de salud de la población vinculada.	Adelantar de manera oportuna acciones necesarias para el desarrollo operativo de los procesos que garanticen el acceso a los servicios de salud	Directrices y políticas institucionales y distritales y nacionales	Documentos de lineamientos
		Normatividad vigente	Anexos técnicos Contratos y convenios suscritos
2. Dirigir y Coordinar la Ejecución eficiente de recursos asignados a los proyectos a cargo del área de Servicios al Vinculado.	Ejecutar los recursos asignados en la población objeto con la debida oportunidad	Normatividad Vigente	Formulación y ejecución del Proyecto 385, 620 y 621
		Prioridades plan de desarrollo	Reuniones con Dirección Financiera, planeación y otros Resoluciones de reconocimiento y pago de servicios de salud y autorizaciones de giro.
3. Dirigir y Coordinar el Seguimiento a los procesos de acceso a los servicios de salud, en aspectos técnicos, sociales y económicos	Retroalimentar y corregir desviaciones esperadas en los procesos y resolver dificultades presentadas por usuarios	Normatividad vigente	Requerimientos a ESE, IPS firmas interventoras
		Lineamientos técnicos	Cumplimientos de tutelas Actas reuniones ESE, IPS, Firmas interventoras y otros
			Respuestas a quejas y reclamos
			Respuestas autorizaciones de servicios (electivas) Modificaciones contractuales y de lineamientos.
4. Dirigir y Coordinar la Gestión de procesos de planeación de la dependencia en coordinación con la Dirección de Aseguramiento y demás dependencias	Reformulación aplicación y socialización de procesos y procedimientos de la dependencia,	Normatividad Vigente	Procesos y procedimientos reformulados
	Formulación de plan operativo de la coordinación		Reformulaciones de los proyectos a cargo de la dirección
	Informes oportunos a la dirección de planeación	Lineamientos institucionales y distritales	Informes de seguimiento al proyecto incluido SEGPLAN al día
	Verificar implementación e MECI		Informes de cumplimiento de planes de mejoramiento
	Cumplimiento de planes de mejoramiento		Informes POA Actas de jornadas de socialización de Procedimientos

▪ TALENTO HUMANO II

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

Apoyar las labores encomendadas por el jefe inmediato a través del desempeño de funciones secretariales.

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) SECRETARIA

Secretario -Código 440- Grado 17

NIVEL JERÁRQUICO:

Asistencial

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO LA PARTICIPACION Y GESTION REALIZADA ES TRANSVERSAL A TODOS LOS OBJETIVOS DE LA DIRECCION

- Primer Objetivo: Accesibilidad y calidad para la prevención y atención de daños de la salud (Cuatro Metas).
- Segundo Objetivo: En Ciudadanía en Salud (Una Meta)
- Tercer Objetivo: Empoderamiento de la Población
- Usuaría frente a los Derechos en Salud (Tres Metas)
- Cuarto Objetivo: Intervención en determinantes de Calidad de Vida y Salud (Dos Metas)
- Quinto Objetivo: Sistema Gestión de Calidad (Tres Metas)
- Sexto Objetivo: Gestión Administrativa (Dos Metas)
- Séptimo Objetivo: Desarrollo Organizacional (Tres Metas)

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Realizar todas las actividades de apoyo y gestión para el funcionamiento del Grupo de servicio al vinculado - Dirección de Aseguramiento en Salud.	Cumplir al 100% con el desarrollo de las funciones establecidas para el funcionamiento del Grupo de servicio al vinculado -Dirección de Aseguramiento en Salud para la vigencia de 2012	Radicar en el sistema de la dirección la correspondencia que llega al grupo de Administración de Aseguramiento, diariamente.	Radicar en el sistema de la dirección la correspondencia que llega al grupo de Administración de Aseguramiento, diariamente.
		Atención telefónica y personal a usuarios en general	Atención telefónica y personal a usuarios en general
		Verificar y hacer seguimiento a los compromisos requeridos a los Profesionales de acuerdo al sistema de radicación de correspondencia del grupo.	Verificar y hacer seguimiento a los compromisos requeridos a los Profesionales de acuerdo al sistema de radicación de correspondencia del grupo.
		Actividades administrativas, colocar sello a la correspondencia firmada, manejo de la agenda, realizar llamadas según requeridas por el Coordinador, solicitud y reparto implementos de oficina, presentación informe de ausentismo	Actividades administrativas, colocar sello a la correspondencia firmada, manejo de la agenda, realizar llamadas según requeridas por el Coordinador, solicitud y reparto implementos de oficina, presentación informe de ausentismo

▪ TALENTO HUMANO III

▪

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) ARCHIVO

Auxiliar Área salud -Código 412 Grado 18

NIVEL JERÁRQUICO:

Asistencial

Tramitar, transcribir, diligenciar, organizar y realizar actividades de apoyo y complementarias de las tareas propias de los niveles superiores, como también transmitir e informar a los usuarios internos y externos acerca de las mismas.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

LA PARTICIPACION Y GESTION REALIZADA ES TRANSVERSAL A TODOS LOS OBJETIVOS DE LA DIRECCION

- Primer Objetivo: Accesibilidad y calidad para la prevención y atención de daños de la salud (Cuatro Metas).
- Segundo Objetivo: En Ciudadanía en Salud (Una Meta)
- Tercer Objetivo: Empoderamiento de la Población Usuaría frente a los Derechos en Salud (Tres Metas)
- Cuarto Objetivo: Intervención en determinantes de Calidad de Vida y Salud (Dos Metas)
- Quinto Objetivo: Sistema Gestión de Calidad (Tres Metas)
- Sexto Objetivo: Gestión Administrativa (Dos Metas)
- Séptimo Objetivo: Desarrollo Organizacional (Tres Metas)

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Realizar todas las actividades de apoyo y gestión para el funcionamiento del Grupo de servicio al vinculado y Dirección de Aseguramiento en Salud.	Cumplir al 100% con el desarrollo de las funciones establecidas para el funcionamiento del Grupo de servicio al vinculado y la Dirección de Aseguramiento en Salud para la vigencia de 2012	Presentar mensualmente el informe de registro de la correspondencia.	Registro de la correspondencia de la Dirección en el sistema de información CDI
		Elaborar los oficios como respuestas a los requerimientos solicitados.	Respuestas a los requerimientos de apoyo al Grupo de Administración y a la Dirección de Aseguramiento en Salud
		Actualizar y organizar el archivo de acuerdo a la normatividad de documentación y gestión.	Organización del Archivo del Grupo de Administración y a la Dirección de Aseguramiento en Salud
		Dar respuesta a los requerimientos de los usuarios concordante a la normatividad de Seguridad Social en Salud.	Atención a los usuarios en general, telefónica y personalmente

		Manejo diario de la agenda según compromisos del Jefe.	Manejo de agenda de la Dirección de Aseguramiento
		Verificar y hacer seguimiento a los compromisos requeridos a los Profesionales.	Apoyo a los profesionales del Grupo de Administración y a la Dirección de Aseguramiento en Salud.

▪ TALENTO HUMANO IV

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) ASISTENCIA TECNICA

Profesional especializado- Código 222- Grado 27

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Ejecutar labores profesionales en actividades relacionadas con el desarrollo de políticas, planes y programas de servicios al vinculado en el Sistema de Seguridad Social en Salud; procesos centrales y transversales en coordinación con las tres dependencias y relacionados básicamente con planeación, diseño de mecanismos e instrumentos administrativos que apoyen la gestión.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

El desempeño del evaluado contribuye a las siguientes metas del plan de gestión institucional y del plan operativo de acción, así: (1) a 31 de enero de 2012 se habrá desarrollado el 100% de las actividades programadas para la formulación de las políticas de calidad de vida y salud por ciclo vital; 2) a 30 de enero de 2012 se habrá prestado asesoría y asistencia técnica a los usuarios y actores del sistema; Metas relacionadas con el sistema gestión calidad, (3) A 31 de enero de 2012 se habrá implementado el 50% del sistema de gestión calidad; (4) A 31 de enero de 2012 se habrá implementado el 50% el modelo estándar de control interno; (5) A 31 de enero de 2012 se habrá cumplido en un 100% los compromisos adquiridos en el POA.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Realizar las acciones y funciones correspondientes para la gestión de los procesos de planeación de la dependencia y la dirección	1.1. A 31 de enero de 2012 se habrá formulado el plan de proyecto 385 Componente Vinculados.	(i) Ajustarse al plan de Desarrollo Bogota Positiva 2008-2012; (ii) Ajustarse a los lineamientos del plan institucional;	(1) Proyecto 385 Formulado y enviado a la Dirección de Planeación y Sistemas: Medio físico y Correo Electrónico
		(iii) Implementar los instrumentos, metodologías sugeridas por la Dirección de Planeación y Sistemas	(2) Plan de Acción Operativo Formulado y tramitado ante la Dirección de Planeación en medio físico y correo electrónico.
	1.2. A 31 de enero de 2012 se habrá formulado el plan de acción operativo POA de Administración de Aseguramiento	(vi) Implementar los acuerdos establecidos en coordinación con las otras dependencias. (v) Ajustarse a los criterios contemplados en el SGC y MECI	(3) Actas de reunión mesas de trabajo con la Dirección de planeación y Sistemas y grupo MECI.
2. Realizar las actividades de apoyo a la referente del seguimiento financiero de los contratos con las ESE e IPS red complementaria; para la gestión pagos, justificaciones financieras; traslados, modificaciones, entre otros.	A 31 de enero de 2012 haber participado en 100% en la gestión administrativa y de seguimiento financiero.	(i) Tramite de pagos a ESE e IPS red complementaria ajustados a los aplicativos e instrumentos creados para tal fin.	(1) Plantilla institucional memorando justificación;
		(ii) Ajustarse a los standards del SGC y MECI respecto de la gestión documental.	(2) Formato documento diligenciado. (3) Plantilla impresa de envío intranet.
3. Realizar las actividades correspondientes para la generación y/o elaboración de los diferentes informes de la dependencia y la dirección en coordinación con las tres dependencias requeridos por el cliente interno y externo	A 31 de enero de 2012 se habrán presentado el 100% de los informes requeridos	(i) Ajustarse a los instructivos generados para cada tipo de informe;	(1) Aplicativo SEGPLAN diligenciado.
		(ii) Coordinar y ajustarse a la información oficial para el diligenciamiento de los aplicativos y demás informes. (iii) Ajustarse a las plantillas institucionales establecidas para tal fin.	(2) Aplicativo Tablero de Mando diligenciado. (3) Documento Balance Social
		(iv) Adoptar y retroalimentar los informes y requerimientos de acuerdo a los hallazgos de control interno	(4) Plantilla impresa informe enviado Planeación (5) Documento Bogotá como Vamos (6) Documentos respuesta a los diferentes entes de control. (7) Memorando d envío a la información solicitada.
			(1) Procedimientos levantados actualizados
			(2) Riesgos Levantados.
			(3) Gestión documental enviada.
			(4) Memorandos de envío a Planeación.
4. Coordinar desde Servicio al Vinculado con Administración de Aseguramiento y Garantía de la Calidad la implementación del Sistema Gestión Calidad e implementación del modelo de control interno MECI	A 30 de junio se habrán actualizado el 100% de los procedimientos y levantado los riesgos así como la gestión documental de los procesos y procedimientos de la dependencia.	(i) Adoptar e implementar los lineamientos dados en mesas de trabajo. (ii) Elaborar los contenidos de capacitación y socializar la información. (iii) Generar los diferentes mecanismos e instrumentos en aras de que los funcionarios logren el aprendizaje sobre el SGC y MECI ; (iv), Buscar apoyo para la socialización de los diferentes contenidos	(5) Consulta en la intranet de los productos. (6) Actas de asistencia a las capacitaciones y socializaciones.
			(7) Documento contenido de actualización pagina WEB.

<p>5. Realización de las actividades para apoyar al servicio al vinculado en el levantamiento y seguimiento de los planes de mejoramiento en coordinación con las otras dependencias, producto de las auditorias de Contraloría</p>	<p>A 31 de enero de 2012 haber realizado el seguimiento a los planes de mejoramiento en los componentes de competencia de Vinculados</p>	<p>(i) Ajustarse a los instructivos generados para cada tipo de plan de mejoramiento; (ii) Coordinar y ajustarse a la información oficial para el diligenciamiento de los aplicativos y demás informes. (iii) Ajustarse a las plantillas institucionales establecidas para tal fin. (iv) Adoptar y retroalimentar los informes y requerimientos de acuerdo a los hallazgos de control interno</p>	<p>(1) Levantamiento del Plan de Mejoramiento Definitivo y entregado a Control Interno (2) Plantilla institucional memorando de envío. (3) Documento generado Plan de mejoramiento. (4) Plantilla impresa envío intranet.</p>
<p>6. Realizar las actividades y acciones correspondientes en coordinación con Salud ocupacional para implementar en la dirección que redunden en el bienestar de los funcionarios de la dirección.</p>	<p>A 31 de enero de 2012 se habrá realizado un simulacro de evacuación al Servicio al Vinculado.</p>	<p>Ajustarse a la programación dada por la dependencia de salud ocupacional.</p>	<p>(1) Listados de Asistencia.</p>

▪ TALENTO HUMANO V

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) SEGUIMIENTO

Profesional universitario - Código 219- Grado 14

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Ejecutar labores profesionales de apoyo y seguimiento de actividades relacionadas con el desarrollo de políticas, planes y programas de servicios al vinculado en el Sistema de Seguridad Social en Salud; procesos centrales y transversales en coordinación con las tres dependencias y relacionados básicamente con planeación, diseño de mecanismos e instrumentos administrativos que apoyen la gestión.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

El desempeño del evaluado contribuye a apoyo y seguimiento en las siguientes metas del plan de gestión institucional, Tableros de Mando y del plan operativo de acción, así:
(1) a 31 de enero de 2012 se habrá desarrollado el 100% de las actividades programadas para la formulación de las políticas de calidad de vida y salud por ciclo

vital; 2) a 30 de enero de 2012 se habrá prestado asesoría y asistencia técnica a los usuarios y actores del sistema; Metas relacionadas con el sistema gestión calidad, (3) A 31 de enero de 2012 se habrá implementado el 50% del sistema de gestión calidad; (4) A 31 de enero de 2012 se habrá implementado el 50% el modelo estándar de control interno; (5) A 31 de enero de 2012 se habrá cumplido en un 100% los compromisos adquiridos en el POA.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Apoyo y seguimiento a las acciones y funciones correspondientes para la gestión de los procesos de planeación de la dependencia y la dirección	1.1. A 31 de enero de 2012 se habrá formulado el proyecto 385 Componente Vinculados.	(i) Ajustarse al plan de Desarrollo Bogotá Positiva 2008-2012; (ii) Ajustarse a los lineamientos del plan institucional;	(1) Proyecto 385 Formulado y enviado a la Dirección de Planeación y Sistemas: Medio físico y Correo Electrónico
		(iii) Implementar los instrumentos, metodologías sugeridas por la Dirección de Planeación y Sistemas	(2) Plan de Acción Operativo Formulado y tramitado ante la Dirección de Planeación en medio físico y correo electrónico.
	1.2. A 31 de enero de 2009 se habrá formulado el plan de acción operativo POA Servicios al Vinculado.	(vi) Implementar los acuerdos establecidos en coordinación con las otras dependencias. (v) Ajustarse a los criterios contemplados en el SGC y MECI	(3) Actas de reunión mesas de trabajo con la Dirección de planeación y Sistemas y grupo MECI.
2. Realizar las actividades de apoyo a la referente del seguimiento financiero de las EPSS, los contratos ESE e IPS red complementaria; para la gestión pagos, justificaciones financieras; traslados, modificaciones, entre otros.	A 31 de enero de 2012 haber participado en 100% en la gestión administrativa y de seguimiento financiero.	(i) Tramite de pagos a ESE e IPS red complementaria ajustados a los aplicativos e instrumentos creados para tal fin.	(1) Plantilla institucional memorando justificación;
		(ii) Ajustarse a los standards del SGC y MECI respecto de la gestión documental.	(2) Formato documento diligenciado. (3) Plantilla impresa de envío intranet.
3. Apoyo y seguimiento a las actividades correspondientes para la generación y/o elaboración de los diferentes informes de la dependencia y la dirección en coordinación con las tres dependencias requeridos por el cliente interno y externo	A 31 de enero de 2012 se habrán presentado el 100% de los informes requeridos	(i) Ajustarse a los instructivos generados para cada tipo de informe; (ii) Coordinar y ajustarse a la información oficial para el diligenciamiento de los aplicativos y demás informes. (iii) Ajustarse a las plantillas institucionales establecidas para tal fin. (iv) Adoptar y retroalimentar los	(1) Aplicativo SEGPLAN diligenciado. (2) Aplicativo Tablero de Mando diligenciado. (3) Documento Balance Social (4) Plantilla impresa informe enviado Planeación

		informes y requerimientos de acuerdo a los hallazgos de control interno	(5) Documento Bogotá como Vamos (6) Documentos respuesta a los diferentes entes de control. (7) Memorando d envío a la información solicitada.
4. Apoyo y seguimiento desde Administración del Aseguramiento con Servicios al Vinculado y Garantía de la Calidad la implementación del Sistema Gestión Calidad e implementación del modelo de control interno MECI	A 30 de junio se habrán actualizado el 100% de los procedimientos y levantado los riesgos así como la gestión documental de los procesos y procedimientos de la dependencia.	(i) Adoptar e implementar los lineamientos dados en mesas de trabajo. (ii) Elaborar los contenidos de capacitación y socializar la información. (iii) Generar los diferentes mecanismos e instrumentos en aras de que los funcionarios logren el aprendizaje sobre el SGC y MECI ; (iv), Buscar apoyo para la socialización de los diferentes contenidos	(1) Procedimientos levantados actualizados (2) Riesgos Levantados. (3) Gestión documental enviada. (4) Memorandos de envío a Planeación. (5) Consulta en la intranet de los productos. (6) Actas de asistencia a las capacitaciones y socializaciones. (7) Documento contenido de actualización pagina WEB.
5. Seguimiento de las actividades para apoyar a la Dirección de Aseguramiento en el levantamiento y seguimiento de los planes de mejoramiento en coordinación con las otras dependencias, producto de las auditorias de Contraloría	A 31 de enero de 2012 haber realizado el seguimiento a los planes de mejoramiento en los componentes de competencia de Vinculados	(i) Ajustarse a los instructivos generados para cada tipo de plan de mejoramiento; (ii) Coordinar y ajustarse a la información oficial para el diligenciamiento de los aplicativos y demás informes. (iii) Ajustarse a las plantillas institucionales establecidas para tal fin. (iv) Adoptar y retroalimentar los informes y requerimientos de acuerdo a los hallazgos de control interno	(1) Levantamiento del Plan de Mejoramiento Definitivo y entregado a Control Interno (2) Plantilla institucional memorando de envío. (3) Documento generado Plan de mejoramiento. (4) Plantilla impresa envío intranet.

TALENTO HUMANO VI

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) CONTRACTUAL Y FINANCIERO

Profesional Universitario Código 219- Grado 19

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Armonizar los contenidos de la política pública sectorial de salud con el proceso contractual y financiero de la entidad y procedimientos del Servicio al Vinculado.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- Gestión Administrativa.
- Desarrollo Organizacional

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1.- Revisar y verificar la información contractual y financiera realizada por el FFDS - SDS con las EPSS, y a la vez, éstas con las IPS y ESE.	Recepcionar y consolidar la información contractual y financiera contractual y financiera enviada por las EPSS de la contratación con el FFDS para establecer cuáles y verificar los servicios contratados por red para la vigencia del 01.04.2011 al 31.12.2011	Presentar trimestralmente el informe de seguimiento contractual y financiero concordante al instructivo de prestadores.	Resumen consolidado presentado a los profesionales de la Dirección y a la Coordinación vía correo electrónico
	Recepcionar y consolidar los informes de la Contratación y Financieros enviados por las ESE adscritas e IPS contratadas concordantes a la normatividad vigente 2011.	Elaborar trimestralmente un resumen ejecutivo financiero y de los servicios prestados por red.	Informe realizado para la SUPERSALUD.
		Realizar trimestralmente el informe de contratos y financiero con las ESE y servicios contratados.	Informe de Hospitales para la Contraloría Distrital 2004-2012 Requerimientos realizados a las EPSS contratadas para el cubrimiento de los servicios en salud

<p>2.- Gestionar el desarrollo del plan de capacitación para el personal de la Dirección de Aseguramiento en Salud</p>	<p>Ejecutar al 100% el plan de capacitación Institucional para el personal de Planta de la Dirección de Aseguramiento.</p> <p>Desarrollar los temas propuestos y programados por la Dirección en la vigencia.</p>	<p>Verificar y hacer el seguimiento al plan de capacitación propuesto por la Dirección a todo el personal.</p> <p>Analizar la participación en otros espacios de educación formal y no formal.</p>	<p>Listado de los funcionarios en carrera inmersos en los temas del plan de capacitación formal.</p> <p>Reporte trimestral de lo realizado para el desarrollo del plan de capacitación Funcionarios y contratistas capacitados con educación no formal.</p>
<p>3.- Manual de Funciones y Evaluación Desempeño Laboral.</p> <p>(Nuevo Objetivo aprobado que ingresa al POA).</p>	<p>Actualización al manual de funciones de los funcionarios de planta en el Grupo de Servicio al Vinculado en el año 2011.</p> <p>Acompañamiento en el diligenciamiento de los objetivos a concertar por los funcionarios de carrera administrativa del área.</p>	<p>Verificar y actualizar el manual de funciones, concordante al desarrollo de actividades del Área. Seguimiento en la evaluación de desempeño de los funcionarios de Carrera. Gestionar ante el Jefe inmediato para que él, realice la evaluación de desempeño en las fechas establecidas.</p>	<p>Actualización de las funciones del manual específico de funciones.</p> <p>Seguimiento a la aplicación de la evaluación de desempeño a funcionarios de planta en Carrera Administrativa. Elaboración del informe en la evaluación de desempeño de los funcionarios de planta en carrera administrativa. Correo electrónico a los funcionarios de Carrera para la evaluación de desempeño.</p>
		<p>Asistir todos los viernes al trabajo de grupo en desarrollo del PAMEC Institucional.</p>	<p>Se me designo el compromiso de asistir, participar y desarrollar las actividades concernientes a la elaboración del PAMEC SDS como Entidad Territorial compradora de servicios de salud en sus etapas de: Autoevaluación, diagnóstico, selección de procesos, definición de la calidad esperada, plan de acción para los procesos seleccionados, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento y sensibilización en el aprendizaje organizacional.</p>

		Bajo la normatividad y la Ley, realizar lo requerido para cumplir con el PAMEC Institucional – Decreto 1011/2006	Se realizo Auditoria al Proceso de Atención al Usuario en tres Direcciones: DPSySC, DCRUE y DAS.
	Desarrollar, asistir y cumplir con las actividades correspondientes al PAMEC Institucional en el año 2011.		
4.- Desarrollo Organizacional	Del 01.02.2011 al 31.07.2012 dar respuesta a oficios de peticionarios del SGSSS	Respuesta a oficios de diferentes usuarios al SGSSS.	Entre el 01.02.2011 al 31.07.2012, se a dado respuesta a 149 oficio de usuarios del Régimen Subsidiado que no están incluidos en la Concertación de Objetivos para el primer semestre de 2012.

▪ TALENTO HUMANO VII

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) SEGUIMIENTO FINANCIERO

Profesional Universitario Código 219- Grado 19

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Armonizar los contenidos de la política pública sectorial de salud con el proceso financiero de la entidad y procedimientos de la Dirección.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- Gestión Administrativa.
- Desarrollo Organizacional

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1.- Revisar y verificar la información financiera realizada por el FFDS - SDS con las EPSS, y a la vez, éstas con las IPS y ESE.	Recepcionar y consolidar la información financiera contractual y financiera enviada por las EPSS de la contratación con el FFDS para establecer cuáles y verificar los servicios contratados por red para la vigencia del 01.04.2011 al 31.12.2011	Presentar trimestralmente el informe de seguimiento financiero concordante al instructivo de prestadores.	Resumen consolidado a la Coordinación vía correo electrónico
	Recepcionar y consolidar los informes de la Financieros enviados por las ESE adscritas e IPS contratadas concordantes a la normatividad vigente 2011.	Elaborar trimestralmente un resumen ejecutivo financiero y de los servicios prestados por red. Realizar trimestralmente el informe de financiero con las ESE y servicios contratados.	Informe realizado para la SUPERSALUD. Informe de Hospitales para la Contraloría Distrital 2004-2012 Requerimientos realizados a las EPSS contratadas para el cubrimiento de los servicios en salud
2.- Seguimiento financiero al POAI.	Planeación y seguimiento del POAI año 2011.	Verificar y actualizar el balance financiero del POAI concordante al desarrollo de actividades del Área. Seguimiento en la evaluación financiera del área.	Actualización financiera POAI.
3.-Presentación para la aprobación del POAI.	Acompañamiento en el diligenciamiento de los objetivos a concertar por los funcionarios de carrera administrativa del área.	Gestionar el balance financiero para el Jefe inmediato.	Seguimiento financiero al POAI. Elaboración del informe en la evaluación financiera del POAI.
		Asistir todos los viernes al trabajo de grupo en desarrollo del PAMEC Institucional.	Se me designo el compromiso de asistir, participar y desarrollar las actividades concernientes a la elaboración del PAMEC SDS como Entidad Territorial compradora de servicios de salud en sus etapas de: Autoevaluación, diagnóstico, selección de procesos, definición de la calidad esperada, plan de acción para los procesos seleccionados, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento y sensibilización en el aprendizaje organizacional.

		Bajo la normatividad y la Ley, realizar lo requerido para cumplir con el PAMEC Institucional – Decreto 1011/2006	Se realizo Auditoria al Proceso de Atención al Usuario en tres Direcciones: DPSySC, DCRUE y DAS.
	Desarrollar, asistir y cumplir con las actividades correspondientes al PAMEC Institucional en el año 2011.		
4.- Desarrollo Organizacional	Del 01.02.2011 al 31.07.2012 dar respuesta a oficios de peticionarios del SGSSS	Respuesta a oficios de diferentes usuarios al SGSSS.	Entre el 01.02.2011 al 31.07.2012, se a dado respuesta a 149 oficio de usuarios del Régimen Subsidiado que no están incluidos en la Concertación de Objetivos para el primer semestre de 2012.

▪ TALENTO HUMANO VIII

▪

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) APOYO SISTEMAS

Profesional universitario Código 219 - Grado 19

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Administrar la base de datos poblacional y rediseñar los procesos que los generan, de tal forma que las herramientas de procesamiento de información respondan a los lineamientos de la Secretaría de Salud, en el marco de la política pública en salud en el Distrito Capital.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- Accesibilidad y calidad para la prevención y atención del daño en la salud.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Mantener actualizada la información de los Servicios al Vinculado producidas por la SDS.	Procesar la información de las bases de datos de 2004-2006, 2006-2007, 2007-2008 2008-2009, 2009-2010 y 2010-2011 del Servicios al Vinculado por la SDS para la vigencia 2011.	Recibir mensualmente base de datos integrada por: Novedades de la SDS, SISBEN, Debidos procesos, mensual FOSYGA, Fallecidos (SDS – RNEC) y Asignaciones – Reemplazos.	Correo electrónico para consolidar información. Cruce de base de datos Verificación y ajustes a la información
2. Proceso o calculo (Bimestral – Global) estimación de días para pago de la contratación de ESE.		Recibir base de datos de: SISBEN, Posibles fallecidos y posibles duplicados.	Correo electrónico para consolidar información. Cruce de base de datos Verificación y ajustes a la información
		Analizar la consistencia de la información recibida, adecuar, consolidar y producir resultados. Generar documentos técnicos en cada proceso.	Generación de archivos soporte para diferentes procesos. Generación del documento técnico para cada proceso. Generar archivos para retroalimentación con las EPSS.

▪ TALENTO HUMANO IX

▪

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) JURIDICO

Profesional Especializado- Código 222- Grado 30

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Asistir jurídicamente, recomendar, proyectar, revisar y sustanciar los actos administrativos que expida la Secretaria, así como representar judicial y extrajudicialmente a la entidad y realizar los conceptos y estudios que requiera la Secretaria y demás integrantes del sistema de Seguridad Social Distrital.

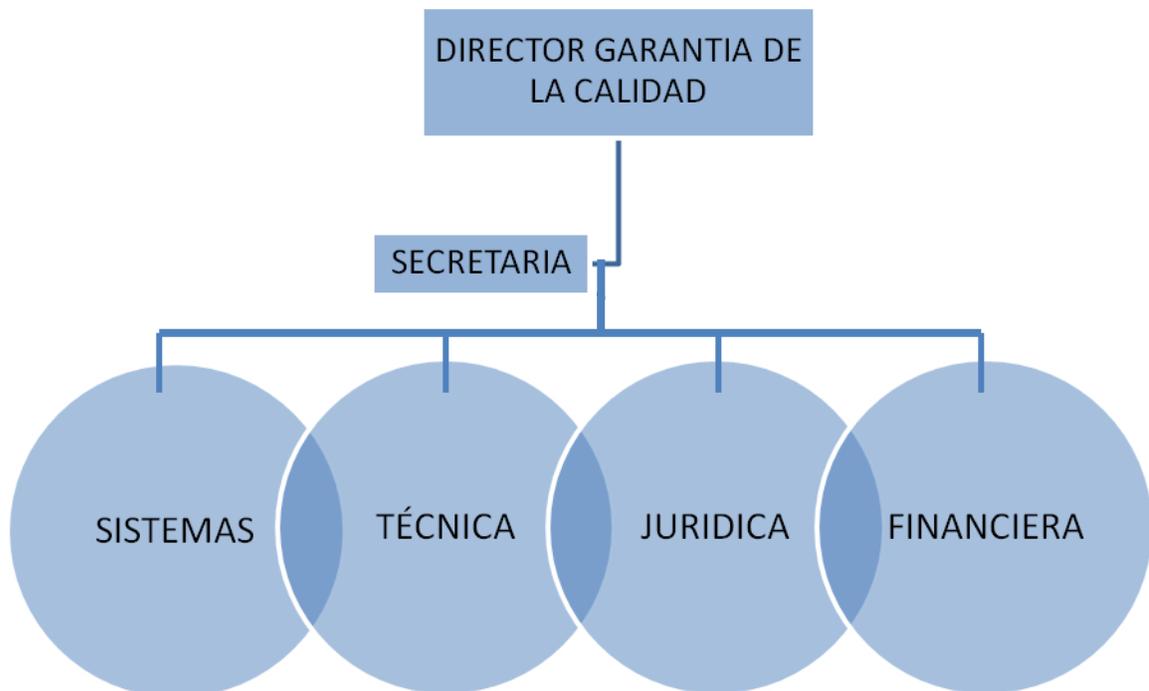
METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

A 30 de junio de 2012 se habrá realizado la clasificación de los motivos de queja frente al acceso al SGSSS en aseguradores y prestadores,

- A 30 de junio de 2012 se habrá colaborado y participado en la prestación de asesoría y asistencia técnica a los usuarios.
- A 30 de junio de 2012 se habrán dado conceptos técnicos para eventual sanción ante la Dirección Jurídica y de Contratación OR incumplimiento contractual de ESE, IPS y EPS-S.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Conceptualizar y sustentar jurídicamente la defensa de la entidad frente a las acciones incoadas por usuarios frente a aseguradores y prestadores.	Ejercer la defensa judicial de la SDS ante los organismos jurisdiccionales frente a las acciones de tutela que presentan los usuarios del SGSSS.	- Evaluar las providencias que presentan los Jueces de Tutela, para amparar el derecho a la vida y a la salud de los ciudadanos y ciudadanas y proyectar respuesta a las providencias, incidentes de desacato e impugnación a fallos, en defensa de intereses de la Secretaría.	-Relación de tutelas asignadas y tramitadas. -No. de desacatos a tutelas e impugnaciones atendidas.
2.Colaborar y participar en la prestación de Asesoría y asistencia técnica a los usuarios.	Prestar asesoría jurídica a los requerimientos de los usuarios internos y externos en lo relacionados con el SGSSS.	- Emitir conceptos jurídicos relacionados con aspectos legales del sector salud para dar respuesta a las acciones de tutelas presentadas contra la Secretaría	No. de conceptos jurídicos emitidos.
3. Emitir conceptos técnicos para eventual sanción ante la Dirección Jurídica y de Contratación por incumplimiento contractual de las ESE.	Trasladar a la Dirección Jurídica y de Contratación, los conceptos técnicos y sus soportes elaborados por contrato, de aquellas obligaciones contractuales incumplidas por EPS-S	- Relacionar las obligaciones contractuales presuntamente incumplidas en los contratos celebrados con las EPS-S. -Revisar y analizar los documentos que sustentan el incumplimiento contractual de las EPS-S para emisión del concepto técnico.	-No. de Conceptos técnico emitidos.

6.5.8 Garantía de La Calidad



Fuente: SDS. Dirección de Aseguramiento en Salud. Decreto Distrital 482 de 2010

En desarrollo de los objetivos relacionados con la GARANTÍA DE LA CALIDAD, la Dirección de Aseguramiento en Salud, cumplirá con las siguientes funciones:

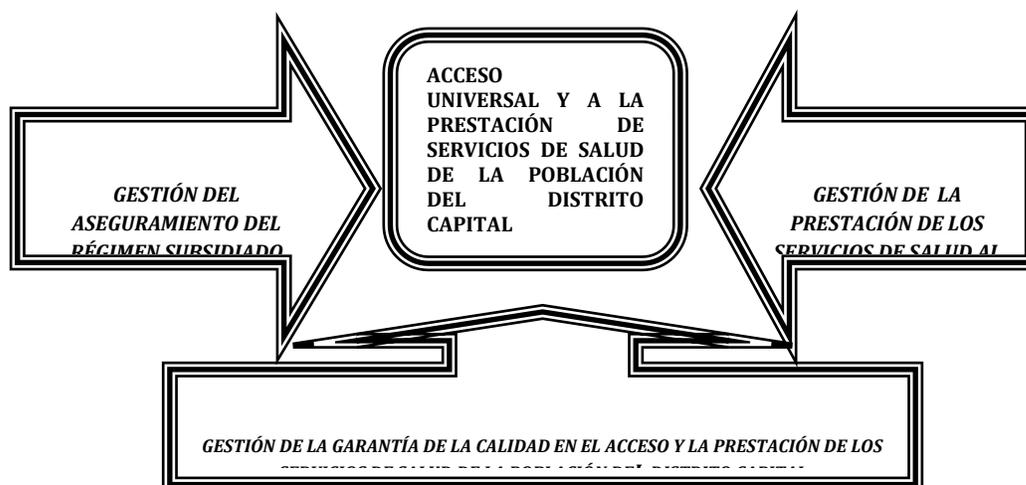
- Vigilar y controlar el proceso de identificación de la población de subsidio en salud.
- Evaluar y controlar el proceso y desarrollo de los contratos de la Secretaría, con las administradoras del Régimen Subsidiado y con las Instituciones Prestadoras del Servicios de Salud.
- Realizar estudios de seguimiento y evaluación del aseguramiento en salud.
- Estudiar, proponer y aplicar mecanismos necesarios para garantizar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad por parte de las entidades administradoras a sus afiliados.

- Define el aseguramiento en salud, como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento.

Aseguramiento del Alto Costo. Para la atención de enfermedades de alto costo las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo,

Crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SIVC como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud.



6.5.8.1. Caracterización del talento humano objeto de contrato de Garantía de La Calidad

❖ TALENTO HUMANO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD:

El área de Garantía de la Calidad cuenta con un grupo de talento humano constituido por siete funcionarios, cuatro de carrera y tres vinculados por contrato de prestación de servicios, los cargos corresponden a:

- Subdirector del área.
- Secretaria.
- Técnico en archivo y correspondencia.
- Profesional especializado (médico) encargado de elaborar y revisar desde la parte técnica los contenidos de la ficha técnica donde se encuentran las obligaciones de las EPSS, seguimiento a la firma interventora.
- Profesional Especializado encargado del Programa de Auditoría para el Mejoramiento continuo de la Calidad (PAMEC).
- Profesional universitario que maneja la planeación, uso y ejecución los recursos asignados al área del Garantía de la Calidad.
- Profesional Especializado (Abogado) que revisa, apoya y resuelve todo lo relacionado con la parte jurídica del área.

El talento humano de Garantía de la Calidad se identifica según hallazgos del documento técnico “Lineamientos Técnico Administrativos 2011 de la Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Aseguramiento”, documento que se encuentra en públicos de la SDS.

Se identifica cada uno de los 7 funcionarios del área de Garantía de la Calidad con su DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO, NIVEL JERÁRQUICO, METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO, seguido de COMPROMISO LABORAL, METAS, CRITERIOS y EVIDENCIAS de cada cargo.

▪ TALENTO HUMANO I

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) SUBDIRECTOR ÁREA GARANTÍA DE LA CALIDAD

Profesional especializado- Código 222- Grado 27

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Realizar labores especializadas de **Subdirección, Coordinación** del área, planeación, implementación, evaluación, control y mejoramiento de los procesos, proyectos y programas de Garantía de la Calidad.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

Realizar labores especializadas de Dirección y Coordinación, Planeación, implementación, evaluación, control y mejoramiento de los procesos, proyectos y programas de la Garantía de la Calidad en Salud en el Distrito Capital.

- Garantizar la atención en salud a la población Subsidiada del Distrito Capital a través del seguimiento a las EPSS.
- Garantizar la contratación o terminos de prestación de servicios con las ESE y la red de IPS de la red de EPSS.
- Mantener la Cobertura en Servicios de Salud mediante el seguimiento a las EPSS para población afiliada al Régimen subsidiado.
- Garantizar el pago a las ESE e IPS que forman parte de la red de las EPSS.
- Certificar el pago de las UPC a las EPSS, junto con Administración de Aseguramiento.

- Garantizar el flujo de recursos para la atención de la población Subsidiada.
- Inspeccionar, vigilar y controlar el 100% de los prestadores de servicios de salud para la población Subsidiada.
- Realizar la contratación de la firma interventora y la firma auditora para el seguimiento a las EPSS.
- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 1 año a 9.9 por 1.000 nacidos vivos (Línea de base año 2006: 13,5 por 1.000 nacidos vivos. Fuente: DANE).
- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 23,7 por diez mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 26,2 por diez mil. Fuente: DANE).
- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años a 11,5 casos por cien mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 15,9 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: DANE).
- A 2012: Reducir la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años a un 1 caso por cien mil menores de 5 años (Línea de base 2006: 2,0 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: DANE).
- Incrementar a 100% la cobertura de terapia antirretroviral para VIH positivos. (Línea de base: 72%. Fuente: Observatorio VIH/MPS 2005).
- A 2012: Aumentar la detección de casos de tuberculosis en el Distrito Capital al 70% (línea de base: 54%. Fuente: MPS 2005).

Garantizar al 2012 el acceso a los servicios de salud de manera gratuita al 100% de la población de los niños de 1 a 5 años, mayores de 65 años y a la población en condición de discapacidad severa y con clasificación en nivel 1 y 2 de manera Gradual incluyendo las actividades del No POS-S

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Dirigir, Coordinar y Operativizar los procesos y procedimientos que permiten el acceso a los servicios de salud de la población Subsidiada.	Adelantar de manera oportuna acciones necesarias para el desarrollo operativo de los procesos que garanticen el acceso a los servicios de salud	Directrices y políticas institucionales y distritales y nacionales	Documentos de lineamientos
		Normatividad vigente	Anexos técnicos
			Contratos y convenios suscritos
2. Dirigir y Coordinar la Ejecución eficiente de recursos asignados a los proyectos a cargo del área de Garantía de la Calidad.	Ejecutar los recursos asignados en la población objeto con la debida oportunidad	Normatividad Vigente	Formulación y ejecución del Proyecto 385, 620 y 621
		Prioridades plan de desarrollo	Reuniones con Dirección Financiera, planeación y otros
			Resoluciones de reconocimiento y pago de servicios de salud y autorizaciones de giro.
3. Dirigir y Coordinar el Seguimiento a los procesos de acceso a los servicios de salud, en aspectos técnicos, sociales y económicos	Retroalimentar y corregir desviaciones esperadas en los procesos y resolver dificultades presentadas por usuarios	Normatividad vigente	Requerimientos a ESE, IPS firmas interventoras
		Lineamientos técnicos	Cumplimientos de tutelas
			Actas reuniones ESE, IPS, Firmas interventoras y otros
			Respuestas a quejas y reclamos
			Respuestas autorizaciones de servicios (electivas)
Modificaciones contractuales y de lineamientos.			
4. Dirigir y Coordinar la Gestión de procesos de planeación de la dependencia en coordinación con la Dirección de Aseguramiento y demás dependencias	Reformulación aplicación y socialización de procesos y procedimientos de la dependencia,	Normatividad Vigente	Procesos y procedimientos reformulados
	Formulación de plan operativo de la coordinación		Reformulaciones de los proyectos a cargo de la dirección
	Informes oportunos a la dirección de planeación	Lineamientos institucionales y distritales	Informes de seguimiento al proyecto incluido SEGPLAN al día
	Verificar implementación e MECI		Informes de cumplimiento de planes de mejoramiento
	Cumplimiento de planes de mejoramiento		
Actas de jornadas de socialización de Procedimientos			

▪ TALENTO HUMANO II

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) SECRETARIA

Secretaria Ejecutiva – Código 425 Grado 27

NIVEL JERÁRQUICO:

Asistencial

Organizar la documentación recibida por la dependencia para la adecuada gestión de los compromisos de su competencia y apoyar en el manejo de la agenda de temas de responsabilidad del superior inmediato.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

LA PARTICIPACION Y GESTION REALIZADA ES TRANSVERSAL A TODOS LOS OBJETIVOS DE LA DIRECCION

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1.- Hacer seguimiento a la correspondencia de acuerdo con los términos definidos en especial de solicitudes de los organismos de control	Atender el 100% de las solicitudes realizadas a la Dirección	Términos señalados por los Entes de Control	Informe mensual
2.- Organización compromisos del Director – Gestionar lo que el Director considere	Mantener al día la Agenda de compromisos del Director	Comunicación oportuna al Director para atender las reuniones y compromisos.	Agenda actualizada
3.- Proyectar respuestas que se generen de acuerdo a las solicitudes de usuarios tanto internos como externos	Realizar el 100% de las respuestas a solicitudes de los usuarios	Calidad y coherencia en las respuestas a las solicitudes	Informe mensual
4.- Apoyar los diferentes procesos de la Dirección	Atender las solicitudes de las Coordinaciones para los apoyos administrativos (Transporte, Dotaciones, etc.)	Eficacia en el uso de los recursos	Formato
5.- Gestionar con otras dependencias e instituciones, los requerimientos de la Dirección	Solicitar mediante la coordinación con otras dependencias de apoyo los requerimientos de la Dirección	Optimización en el uso de los recursos	Formato

▪ TALENTO HUMANO III

▪

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) ARCHIVO

Auxiliar Área salud -Código 412 Grado 18

NIVEL JERÁRQUICO:

Asistencial

Tramitar, transcribir, diligenciar, organizar y realizar actividades de apoyo y complementarias de las tareas propias de los niveles superiores, como también transmitir e informar a los usuarios internos y externos acerca de las mismas.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

LA PARTICIPACION Y GESTION REALIZADA ES TRANSVERSAL A TODOS LOS OBJETIVOS DE LA DIRECCION

- Primer Objetivo: Accesibilidad y calidad para la prevención y atención de daños de la salud (Cuatro Metas).
- Segundo Objetivo: En Ciudadanía en Salud (Una Meta)
- Tercer Objetivo: Empoderamiento de la Población Usuaría frente a los Derechos en Salud (Tres Metas)
- Cuarto Objetivo: Intervención en determinantes de Calidad de Vida y Salud (Dos Metas)
- Quinto Objetivo: Sistema Gestión de Calidad (Tres Metas)
- Sexto Objetivo: Gestión Administrativa (Dos Metas)
- Séptimo Objetivo: Desarrollo Organizacional (Tres Metas)

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Realizar todas las actividades de apoyo y gestión para el funcionamiento del Grupo de Garantía de la Calidad y Dirección de Aseguramiento en Salud.	Cumplir al 100% con el desarrollo de las funciones establecidas para el funcionamiento del Grupo de Garantía de la Calidad y la Dirección de Aseguramiento en Salud para la vigencia de 2012	Presentar mensualmente el informe de registro de la correspondencia.	Registro de la correspondencia de la Dirección en el sistema de información CDI
		Elaborar los oficios como respuestas a los requerimientos solicitados.	Respuestas a los requerimientos de apoyo al Grupo de Administración y a la Dirección de Aseguramiento en Salud
		Actualizar y organizar el archivo de acuerdo a la normatividad de documentación y gestión.	Organización del Archivo del Grupo de Administración y a la Dirección de Aseguramiento en Salud
		Dar respuesta a los requerimientos de los usuarios concordante a la normatividad de Seguridad Social en Salud.	Atención a los usuarios en general, telefónica y personalmente
		Manejo diario de la agenda según compromisos del Jefe.	Manejo de agenda de la Dirección de Aseguramiento
		Verificar y hacer seguimiento a los compromisos requeridos a los Profesionales.	Apoyo a los profesionales del Grupo de Administración y a la Dirección de Aseguramiento en Salud.

▪ TALENTO HUMANO IV

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) SEGUIMIENTO A LA CALIDAD

Profesional Especializado- Código 222- Grado 30

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Ejecutar y aplicar las labores especializadas de diseño, control, implementación y evaluación de los planes, proyectos, programas y procesos de Garantía de la Calidad de la salud del distrito capital, según los objetivos de la política pública en salud.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

Realizar labores especializadas de asistencia técnica, planeación, implementación, evaluación, control y mejoramiento de los procesos, proyectos y programas de la Administración del Aseguramiento en Salud en el Distrito Capital

- Garantizar la atención en salud al 100% de la población del Distrito Capital de acuerdo a su condición en el Sistema General de Seguridad social en salud y Régimen Subsidiado
- Mantener la Cobertura en Servicios de Salud para la población pobre afiliada al Régimen subsidiado
- Al 2012 estará implementada la complementariedad de los planes de beneficios en el contexto de las estrategias de promoción de calidad de vida y salud y APS con las EPSS y su respectivo seguimiento
- Al 2012 Ajustar la política de Aseguramiento en salud del Distrito Capital, conjuntamente con las demás Coordinaciones de la Dirección de Aseguramiento en Salud.
- Incrementar la cobertura de población pobre no afiliada al régimen subsidiado.
- Garantizar al 2012 el acceso a los servicios de salud de manera gratuita al 100% de la población de los niños de 1 a 5 años, mayores de 65 años y a la población en condición de discapacidad severa, afiliada al régimen subsidiado y con clasificación en nivel 1 y 2 de manera Gradual incluyendo las actividades del No POS-S.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Gestionar el proceso de contratación con las EPSS	Adelantar de manera oportuna las acciones necesarias para que se garantice el desarrollo de la contratación con las EPSS	Retroalimentar al equipo de trabajo sobre la normatividad de contratación.	- Contratos firmados
		Documento base para la contratación.	- Oficios
		Contratos suscritos con las EPSS	- Correo electrónico
2. Manejo y desarrollo del proceso de Libre elección y de Asignación Directa	Ejecutar las actividades requeridas que permitan llevar a cabo el proceso de libre elección y el proceso de asignación directa	Coordinar con el Minprotección Social para la fijación de los lineamientos del proceso de Libre elección y asignación directa.	- Contratos con los operadores del proceso
		Coordinar con los profesionales la realización del proceso de libre elección y el de asignación directa.	- Bases de datos
			- Oficios. - Correo electrónico
3. Apoyar el proceso de liquidación del 100% de los contratos suscritos con las EPSS 2004-2011, en lo Administrativo.	Cumplir con las EPSS en los tiempos indicados para la liquidación de los contratos ejecutados en el periodo 2004-2011.	Hacer seguimiento en cuanto al levantamiento de la información contractual con las diferentes EPSS.	- Contratos liquidados
		Hacer entrega de la información de las bases de datos con relación a los movimientos de los usuarios.	- Oficios - Correo electrónico - Informe de contratista
4. Desarrollo de la Política Institucional de Aseguramiento en Salud	Realizar conjuntamente con los abogados de la Dirección el documento de la política de aseguramiento en salud.	Directrices de la política de aseguramiento.	- Documento preliminar
		Viabilizar el documento de la política	
5. Apoyo a la gestión del Grupo de Garantía de la Calidad	Cumplimiento de las metas establecidas para el Grupo de Administración de Aseguramiento, en el Plan de Desarrollo de la SDS.	Dar información y respuesta a todos los requerimientos del Grupo de Administración de Aseguramiento.	
		Verificar los informes y dar respuesta a los Entes de control que la requieran.	- Oficios - Correos electrónicos

▪ TALENTO HUMANO V

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) PROGRAMAS ESPECIALES

Profesional especializado- Código 222- Grado 27

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Ejecutar labores especializadas de diseño, evaluación, vigilancia y control de la garantía de la calidad del aseguramiento de la población residente en Bogotá, D.C., al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- A 30 de junio de 2012 se habrá garantizado el seguimiento al 100% de las EAPB del Distrito Capital.
- Gestión Administrativa.
- Desarrollo Organizacional
- Seguimiento PAMEC

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Trabajar y realizar seguimiento coordinadamente con otras áreas del la SDS a las EAPB.	Realizar el 100% de visitas a las EAPB para el 2012.	A través de visitas de seguimiento a las EAPB, acorde a la normatividad vigente.	<p>Resumen ejecutivo trimestral presentado al Grupo de Garantía de la Calidad sobre las acciones adelantadas.</p> <p>Auditorías realizadas a las EAPB.</p> <p>Correo electrónicos de intercambio de información con las diferentes instituciones.</p> <p>Actas de Reunión.</p>
2. Asistir a las reuniones convocadas por la Dirección de Desarrollo de Servicios de la SDS y MPS en asuntos relacionados con el PAMEC	Asistir al 100% de reuniones y visitas a EAPB programados por la Secretaría de Salud, Desarrollo de Servicios y MPS vigencia 2011.	Seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos en reuniones y mesas de trabajo relacionadas con el PAMEC	<p>Reporte trimestral del desarrollo de los compromisos adquiridos.</p> <p>Correo electrónicos de intercambio de información con las diferentes instituciones.</p>
3. Coordinar la elaboración y entrega del informe de seguimiento sobre PAMEC.	Recepcionar y consolidar el 100% de la información enviada solicitada en las visitas a las EAPB..	Presentar bimestralmente resultados del PAMEC a la Dirección de Aseguramiento.	Reporte bimestral de seguimiento PAMEC 2004-2011.
4. Dar respuesta a oficios, derechos de petición y solicitudes y demás información conexas, a los diferentes actores del SGSSS, en cuanto a las acciones de PAMEC.	Responder el 100% de correspondencia entregada con criterios de calidad, oportunidad y suficiencia, PAMEC para la vigencia 2011.	Presentar trimestralmente el informe de seguimiento a la correspondencia entregada.	<p>Informe de seguimiento a la correspondencia entregada.</p> <p>Copia de las respuestas emitidas.</p>
5. Brindar asesoría y asistencia técnica a los diferentes actores sobre el SGSSS.	Ejecutar al 100% la programación de asesoría y asistencia técnica solicitado por los diferentes actores del SGSSS, para la vigencia 2011.	Informe de seguimiento a la programación de asesoría y asistencia técnica solicitado por los diferentes actores del SGSSS.	Reporte trimestral del desarrollo de la programación de asesoría y asistencia técnica solicitado por los diferentes actores del SGSSS.

▪ TALENTO HUMANO VI

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) SEGUIMIENTO FINANCIERO

Profesional Universitario Código 219- Grado 19

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Armonizar los contenidos de la política pública sectorial de salud con el proceso financiero de la entidad y procedimientos de la Dirección.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- Gestión Administrativa.
- Desarrollo Organizacional

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1.- Revisar y verificar la información financiera realizada por el FFDS - SDS con las EPSS, y a la vez, éstas con las IPS y ESE.	Recepcionar y consolidar la información financiera contractual y financiera enviada por las EPSS de la contratación con el FFDS para establecer cuáles y verificar los servicios contratados por red para la vigencia del 01.04.2011 al 31.12.2011	Presentar trimestralmente el informe de seguimiento financiero concordante al instructivo de prestadores.	Resumen consolidado a la Coordinación vía correo electrónico
	Recepcionar y consolidar los informes de la Financieros enviados por las ESE adscritas e IPS contratadas concordantes a la normatividad vigente 2011.	Elaborar trimestralmente un resumen ejecutivo financiero y de los servicios prestados por red.	Informe realizado para la SUPERSALUD.
		Realizar trimestralmente el informe de financiero con las ESE y servicios contratados.	Informe de Hospitales para la Contraloría Distrital 2004-2012 Requerimientos realizados a las EPSS contratadas para el cubrimiento de los servicios en salud
2.- Seguimiento financiero al POAI.	Planeación y seguimiento del POAI año 2011.	Verificar y actualizar el balance financiero del POAI concordante al desarrollo de actividades del Área. Seguimiento en la evaluación financiera del área.	Actualización financiera POAI.

3.-Presentación para la aprobación del POAI.	Acompañamiento en el diligenciamiento de los objetivos a concertar por los funcionarios de carrera administrativa del área.	Gestionar el balance financiero para el Jefe inmediato.	Seguimiento financiero al POAI. Elaboración del informe en la evaluación financiera del POAI.
		Asistir todos los viernes al trabajo de grupo en desarrollo del PAMEC Institucional.	Se me designo el compromiso de asistir, participar y desarrollar las actividades concernientes a la elaboración del PAMEC SDS como Entidad Territorial compradora de servicios de salud en sus etapas de: Autoevaluación, diagnóstico, selección de procesos, definición de la calidad esperada, plan de acción para los procesos seleccionados, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento y sensibilización en el aprendizaje organizacional.
		Bajo la normatividad y la Ley, realizar lo requerido para cumplir con el PAMEC Institucional – Decreto 1011/2006	Se realizo Auditoria al Proceso de Atención al Usuario en tres Direcciones: DPSySC, DCRUE y DAS.
	Desarrollar, asistir y cumplir con las actividades correspondientes al PAMEC Institucional en el año 2011.		
4.- Desarrollo Organizacional	Del 01.02.2011 al 31.07.2012 dar respuesta a oficios de peticionarios del SGSSS	Respuesta a oficios de diferentes usuarios al SGSSS.	Entre el 01.02.2011 al 31.07.2012, se a dado respuesta a 149 oficio de usuarios del Régimen Subsidiado que no están incluidos en la Concertación de Objetivos para el primer semestre de 2012.

▪ TALENTO HUMANO VII

PROPÓSITO PRINCIPAL DEL EMPLEO QUE DESEMPEÑA

EMPLEO: (DENOMINACIÓN – CÓDIGO – GRADO) JURIDICO

Profesional Especializado- Código 222- Grado 30

NIVEL JERÁRQUICO:

Profesional

Asistir jurídicamente, recomendar, proyectar, revisar y sustanciar los actos administrativos que expida la Secretaria, así como representar judicial y extrajudicialmente a la entidad y realizar los conceptos y estudios que requiera la Secretaria y demás integrantes del sistema de Seguridad Social Distrital.

METAS INSTITUCIONAL(ES) O DE LA DEPENDENCIA A LA(S) QUE CONTRIBUIRÁ EL DESEMPEÑO

- A 30 de junio de 2011 se habrá realizado la clasificación de los motivos de queja frente al acceso al SGSSS en aseguradores y prestadores,
- A 30 de junio de 2011 se habrá colaborado y participado en la prestación de asesoría y asistencia técnica a los usuarios.
- A 30 de junio de 2011 se habrán dado conceptos técnicos para eventual sanción ante la Dirección Jurídica y de Contratación OR incumplimiento contractual de ESE, IPS y EPS-S.

COMPROMISO LABORAL	METAS	CRITERIOS	EVIDENCIAS
1. Conceptualizar y sustentar jurídicamente la defensa de la entidad frente a las acciones incoadas por usuarios frente a aseguradores y prestadores.	Ejercer la defensa judicial de la SDS ante los organismos jurisdiccionales frente a las acciones de tutela que presentan los usuarios del SGSSS.	- Evaluar las providencias que presentan los Jueces de Tutela, para amparar el derecho a la vida y a la salud de los ciudadanos y ciudadanas y proyectar respuesta a las providencias, incidentes de desacato e impugnación a fallos, en defensa de intereses de la Secretaría.	-Relación de tutelas asignadas y tramitadas. -No. de desacatos a tutelas e impugnaciones atendidas.
2. Colaborar y participar en la prestación de Asesoría y asistencia técnica a los usuarios.	Prestar asesoría jurídica a los requerimientos de los usuarios internos y externos en lo relacionados con el SGSSS.	- Emitir conceptos jurídicos relacionados con aspectos legales del sector salud para dar respuesta a las acciones de tutelas presentadas contra la Secretaría.	No. de conceptos jurídicos emitidos.
3. Emitir conceptos técnicos para eventual sanción ante la Dirección Jurídica y de Contratación por incumplimiento contractual de las ESE.	Trasladar a la Dirección Jurídica y de Contratación, los conceptos técnicos y sus soportes elaborados por contrato, de aquellas obligaciones contractuales incumplidas por EPS-S	- Relacionar las obligaciones contractuales presuntamente incumplidas en los contratos celebrados con las EPS-S. -Revisar y analizar los documentos que sustentan el incumplimiento contractual de las EPS-S para emisión del concepto técnico.	-No. de Conceptos técnico emitidos.

6.6 Políticas de aseguramiento

La SDS se propuso a 2012, Ajustar la política de Aseguramiento en salud del Distrito Capital. La Dirección de Aseguramiento en Salud de la SDS dentro de los proyectos 618 (proyecto que maneja la Dirección de Aseguramiento para el cumplimiento del Plan de Salud 2008-2012 referente a la prestación de servicios al Subsidiado) y 620 (proyecto que maneja la Dirección de Aseguramiento para el cumplimiento del Plan de Salud 2008-2012 referente a la prestación de servicios al Vinculado) se propuso a 2012 desarrollar un modelo de rectoría del Aseguramiento en salud en el Distrito Capital que integre los componentes de regulación, modulación, provisión de servicios y vigilancia y control.

La SDS tiene el propósito a 2012 evaluar el avance de la implementación del modelo de rectoría del Aseguramiento en salud en el Distrito Capital que integre los componentes de regulación, modulación, provisión de servicios y vigilancia y control(18).

Para finales del año 2010 desde la Dirección de Aseguramiento el comportamiento en la afiliación dentro del SGSSS fue el siguiente:

En la siguiente tabla 2, podemos observar la Distribución de la Población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS) por EPS-Subsidiada. Diciembre de 2010:

Tabla 2. Distribución de la Población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS) por EPS-Subsidiada. Diciembre de 2010.

EPS SUBSIDIADA	ESTÁN EN BDU A
Unicajas	99.049
Colsubsidio	184.641
Caprecom	64.020
Salud Condor	57.468
Salud Total	340.915
Humana Vivir	335.577
Sol Salud	175.789
Ecoopsos	51.549
TOTAL	1.309.008

Fuente: Base de datos BDU A FIDUFOSYGA – 30 de Diciembre de 2010.

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 30 de Diciembre de 2010. Dirección Aseguramiento – SDS.

En la siguiente tabla 3, podemos observar la Distribución de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS en BDU A) por Grupo de Edad y EPS Subsidiada. Diciembre de 2010:

Tabla 3. Distribución de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS en BDUA) por Grupo de Edad y EPS Subsidiada. Diciembre de 2010.

EPS SUBSIDIADA	Menores 1						60 años o más	Sin información	Total
	año	1 a 5 años	6 a 13 años	14 a 17 años	18 a 26 años	27 a 59 años			
Unicajas	497	6.490	18.932	11.518	17.011	34.516	10.044	41	99.049
Colsubsidio	800	14.661	29.986	17.071	29.138	74.377	18.551	57	184.641
Caprecom	326	6.149	11.845	6.402	10.120	23.609	5.491	78	64.020
Salud Condor	157	4.013	9.899	5.692	9.019	22.128	6.298	262	57.468
Salud Total	1.711	29.104	56.238	31.946	52.270	134.379	35.097	170	340.915
Humana Vivir	1.187	28.045	61.217	34.593	52.567	126.219	31.664	85	335.577
Sol Salud	513	11.073	28.142	16.733	27.873	70.090	21.249	116	175.789
Ecoopsos	149	3.721	9.385	5.350	8.135	19.112	5.681	16	51.549
TOTAL	5.340	103.256	225.644	129.305	206.133	504.430	134.075	825	1.309.008

Fuente: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA – 30 de Diciembre de 2010.

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 30 de Diciembre de 2010. Dirección Aseguramiento – SDS.

En la siguiente tabla 4, podemos observar la Distribución afiliada en el Régimen Subsidiado (activos en BDUA) por grupo de Edad de la población vulnerable y localidad de Bogotá. Diciembre de 2010:

Tabla 4: Distribución afiliada en el Régimen Subsidiado (activos en BDUA) por grupo de Edad de la población vulnerable y localidad de Bogotá. Diciembre de 2010.

Localidad	Desplazados	Menores en protección de ICBF	Ciudadano Habitante de la Calle	Madre Comunitaria	Desmovilizados - Reinsertados	Inimputables	Otras Poblaciones	Total
Usaquén	1.332	139	447	2	40	1	36.755	38.716
Chapinero	480	538	65	0	118	0	9.094	10.295
Santa Fé	1.600	284	407	0	25	0	36.722	39.038
San Cristóbal	6.396	1.478	1.805	0	1.634	0	120.581	131.894
Usme	6.372	413	181	0	118	0	122.067	129.151
Tunjuelito	2.255	112	182	0	59	0	45.526	48.134
Bosa	10.771	323	225	1	316	0	138.209	149.845
Kennedy	10.799	313	166	0	141	0	134.177	145.596
Fontibón	1.123	85	151	0	19	0	26.360	27.738
Engativá	2.822	582	227	0	66	1	70.524	74.222
Suba	4.215	445	178	0	308	0	97.624	102.770
Barrios Unidos	558	106	335	0	507	0	12.718	14.224
Teusaquillo	117	112	40	0	13	0	1.160	1.442
Los Mártires	1.134	121	303	0	31	0	12.804	14.393
Antonio Nariño	507	21	40	0	5	0	8.241	8.814
Puente Aranda	844	40	254	0	18	10	14.974	16.140
La Candelaria	282	47	93	0	8	0	5.243	5.673
Rafael Uribe	4.577	326	271	2	148	0	99.984	105.308
Ciudad Bolívar	16.431	1.037	395	3	296	0	201.876	220.038
Sumapaz	31	3	3	0	2	0	1.573	1.612
Fuera de Bogotá	13	0	1	0	2	0	70	86
Sin Información	5.414	218	509	0	693	10	17.035	23.879
Total	78.073	6.743	6.278	8	4.567	22	1.213.317	1.309.008

Fuente: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA – 30 de Diciembre de 2010.

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 30 de Diciembre de 2010. Dirección Aseguramiento – SDS.

En la siguiente tabla 5, podemos observar la Distribución de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS EN BDUA) por Localidad y EPS Subsidiada. Diciembre de 2010:

Tabla 5. Distribución de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS EN BDUA) por Localidad y EPS Subsidiada. Diciembre de 2010.

LOCALIDAD	EPS SUBSIDIADA									TOTAL
	Unicajas	Colsubsidió	Caprecom	Salud Condor	Salud Total	Humana Vivir	Sol Salud	Ecoopsos		
Usaquén	2.298	5.140	2.125	1.774	15.067	7.270	3.867	1.175		38.716
Chapinero	965	1.966	744	332	2.118	2.647	1.000	523		10.295
Santa Fé	6.501	5.346	2.039	1.727	7.238	7.771	7.775	641		39.038
San Cristóbal	7.635	15.773	5.976	7.397	30.601	40.910	18.836	4.766		131.894
Usme	19.623	14.956	4.708	4.266	29.691	45.264	6.791	3.852		129.151
Tunjuelito	2.612	8.296	2.158	1.454	14.411	9.480	7.006	2.717		48.134
Bosa	5.975	19.036	7.914	6.641	51.389	37.329	13.611	7.950		149.845
Kennedy	6.895	21.156	7.594	6.678	38.200	32.906	28.357	3.810		145.596
Fontibón	990	4.461	1.111	800	5.937	6.050	7.742	647		27.738
Engativá	3.033	11.117	3.943	4.136	18.410	15.168	15.782	2.633		74.222
Suba	6.005	15.705	6.200	6.820	28.848	26.011	10.018	3.163		102.770
Barrios Unidos	806	2.062	630	2.117	2.140	2.066	4.050	353		14.224
Teusaquillo	67	359	84	68	285	264	286	29		1.442
Los Mártires	878	2.332	1.017	1.177	2.833	2.720	3.231	205		14.393
Antonio Nariño	410	1.247	388	461	2.447	1.588	2.110	163		8.814
Puente Aranda	703	2.448	1.016	1.034	4.027	2.539	4.014	359		16.140
La Candelaria	563	1.013	345	431	1.608	918	696	99		5.673
Rafael Uribe	7.175	15.336	3.715	3.529	28.312	26.088	16.624	4.529		105.308
Ciudad Bolívar	24.715	31.182	8.720	5.914	49.873	64.314	21.974	13.346		220.038
Sumapaz	7	107	36	18	37	1.251	141	15		1.612
Fuera de Bogotá	0	23	4	6	32	7	14	0		86
Sin Información	1.193	5.580	3.553	688	7.411	3.016	1.864	574		23.879
TOTAL	99.049	184.641	64.020	57.468	340.915	335.577	175.789	51.549		1.309.008

Fuente: Base de datos BDUA FIDUFOSYGA – 30 de Diciembre de 2010.

Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 30 de Diciembre de 2010. Dirección Aseguramiento – SDS

En la siguiente tabla 6, podemos observar la Distribución de la Población del Régimen Contributivo por Grupo de Edad. Diciembre de 2010:

Tabla 6. Distribución de la Población del Régimen Contributivo por Grupo de Edad. Diciembre de 2010.

Grupos de Edad	Activos
0 - 4	353.725
5-9	366.911
10-14	410.226
15-19	392.392
20-24	431.429
25-29	485.360
30-34	455.198
35-39	383.397
40-44	365.627
45-49	343.059
50-54	284.492
55-59	224.194
60-64	175.358
65-69	126.677
70-74	98.972
75-79	68.123
80 y más	79.455
TOTAL	5.044.595

Fuente: FIDUFOSYGA base procesamiento Diciembre 2010

En la siguiente tabla 7, podemos observar la Cobertura de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS EN BDU A). Diciembre de 2010:

Tabla 7. Cobertura de la población afiliada en el Régimen Subsidiado (ACTIVOS EN BDU A). Diciembre de 2010.

Grupo	Población Total Bogotá 1			Población Total Régimen Subsidiado 2			% Cobertura Régimen Subsidiado		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
0-4	289.775	304.059	593.834	42.648	44.317	86.965	14,72%	14,58%	14,64%
5-9	292.071	306.436	598.507	75.586	78.857	154.443	25,88%	25,73%	25,80%
10-14	308.646	319.911	628.557	77.489	78.602	156.091	25,11%	24,57%	24,83%
15-19	320.742	331.371	652.113	60.265	51.549	111.814	18,79%	15,56%	17,15%
20-24	310.388	314.591	624.979	48.721	35.899	84.620	15,70%	11,41%	13,54%
25-29	341.825	312.007	653.832	45.514	30.379	75.893	13,32%	9,74%	11,61%
30-34	320.707	293.278	613.985	45.706	30.636	76.342	14,25%	10,45%	12,43%
35-39	281.535	256.024	537.559	50.123	34.895	85.018	17,80%	13,63%	15,82%
40-44	275.771	244.290	520.061	50.248	36.729	86.977	18,22%	15,03%	16,72%
45-49	265.949	229.412	495.361	60.942	64.177	125.119	22,91%	27,97%	25,26%
50-54	225.498	188.754	414.252	41.647	32.435	74.082	18,47%	17,18%	17,88%
55-59	176.026	145.064	321.090	30.555	26.189	56.744	17,36%	18,05%	17,67%
60-64	134.465	109.817	244.282	22.130	18.472	40.602	16,46%	16,82%	16,62%
65-69	97.554	78.036	175.590	17.226	13.102	30.328	17,66%	16,79%	17,27%
70-74	71.279	51.185	122.464	14.760	10.364	25.124	20,71%	20,25%	20,52%
75-79	50.271	33.870	84.141	10.974	6.913	17.887	21,83%	20,41%	21,26%
80 y más	52.567	30.608	83.175	13.400	6.734	20.134	25,49%	22,00%	24,21%
Sin información				349	476	825			
Total	3.815.069	3.548.713	7.363.782	708.283	600.725	1.309.008	19,96%	15,75%	17,78%

1. Fuente: Proyecciones población 2006- 2020 anualizadas por sexo y edad, Serie de población 1985-2020. DANE.
2. Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado, Novedades Avaladas al 30 de Diciembre de 2010. Dirección de Aseguramiento – SDS.

En la siguiente tabla 8, podemos observar el Total de Personas afiliadas y vinculadas dentro Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diciembre de 2010:

Tabla 8. Total de Personas afiliadas y vinculadas dentro Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diciembre de 2010.

Total de Personas afiliadas y vinculadas dentro Sistema General de Seguridad Social en Salud								
Total Personas	Personas afiliadas		Contributivo y Regímenes Especiales		Subsidiado		Vinculado	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
7.363.782	6.436.849	87,4	5.044.595	68,5	1.392.254	18,9	808.726	11,0

Fuente: Proyecciones población 2006- 2020 anualizadas por sexo y edad, Serie de población 1985-2020. DANE.
Fuente: Maestro de Afiliados al Régimen Subsidiado, Novedades Avaladas al 30 de Diciembre de 2010. Dirección de Aseguramiento – SDS.

6.7 Caracterización del conocimiento del recurso humano de la dirección de aseguramiento relacionado con la función de rectoría

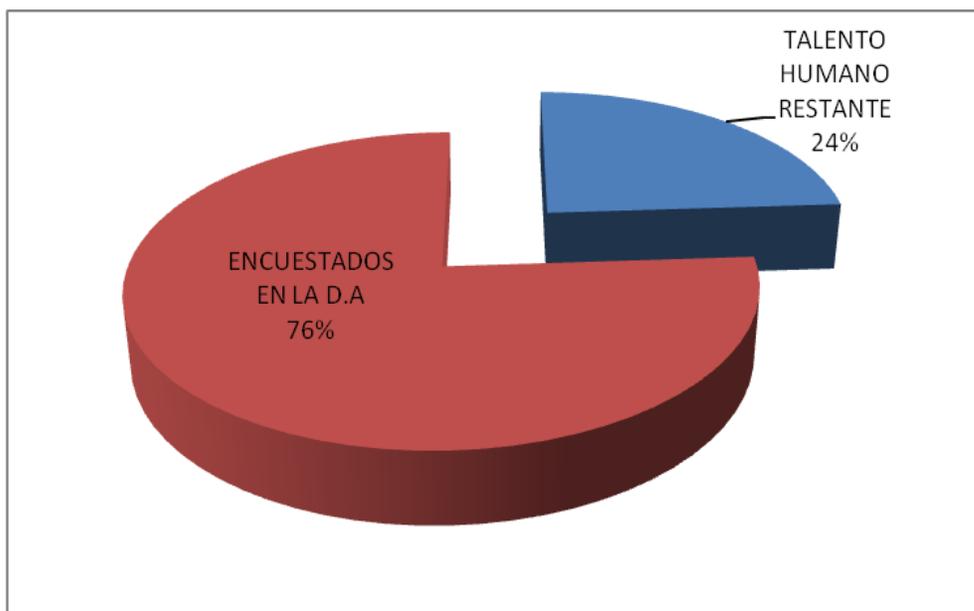
Teniendo en cuenta que el total de talento humano que hace parte de la Dirección de Aseguramiento corresponde a 38 funcionarios públicos: uno de libre nombramiento y remoción, dieciocho de carrera y dieciséis vinculados por contrato de prestación de servicios y siendo uno de los motivos de éste trabajo, el identificar si la Dirección de Aseguramiento cumple obligaciones en rectoría y por otro lado el poder identificar los principales problemas de la Dirección de Aseguramiento, se utilizó, luego de una organización metódica del tema:

- Una encuesta para identificar el cumplimiento de la Dirección de Aseguramiento en rectoría.
- Un árbol de problemas, utilizando el último punto de la encuesta, para identificar los principales problemas de la Dirección de Aseguramiento.

En la siguiente Grafica 1, podemos observar el talento humano encuestado de la dirección de aseguramiento en salud de la SDS

Gráfica N°. 1

Talento humano encuestado de la dirección de aseguramiento en salud de la SDS



Fuente: Resultados de la tabulación de la encuesta tradicional. Tesis de Grado. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORRES, (estudiante de la Maestría de Salud Pública), 2011.

La grafica No 1, orienta sobre el número de personas encuestadas. Las encuestas se practicaron a un número representativo de 29 funcionarios de la Dirección de Aseguramiento de la SDS. Los 29 encuestados corresponden al 76,3% de los 38 (100%) funcionarios de la Dirección de aseguramiento, no realizaron la encuesta dos funcionarios (el director y uno de sus asesores, expertos en el diseño y validación de la encuesta), de otro lado se excluyo siete (7) funcionarios a juicio por su cargo y perfil dentro de la Dirección de Aseguramiento (4 secretarias y 3 de archivo).

Todos los encuestados tienen buen conocimiento sobre el SGSSS; son en su mayoría Profesionales Especializados y algunos universitarios en su minoría, contando con experiencia laboral en la SDS, de doce años el de mayor tiempo y de un año de experiencia el de menor tiempo.

- En la siguiente Gráfica 2, podemos observar el comportamiento de la pregunta número 1 de la encuesta realizada:

Gráfica N°. 2

Resultado de la pregunta 1 de la encuesta. ¿Conoce el concepto de Rectoría en salud?



Fuente: Resultados de la tabulación de la encuesta tradicional. Tesis de Grado. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORRES, (estudiante de la Maestría de Salud Pública), 2011.

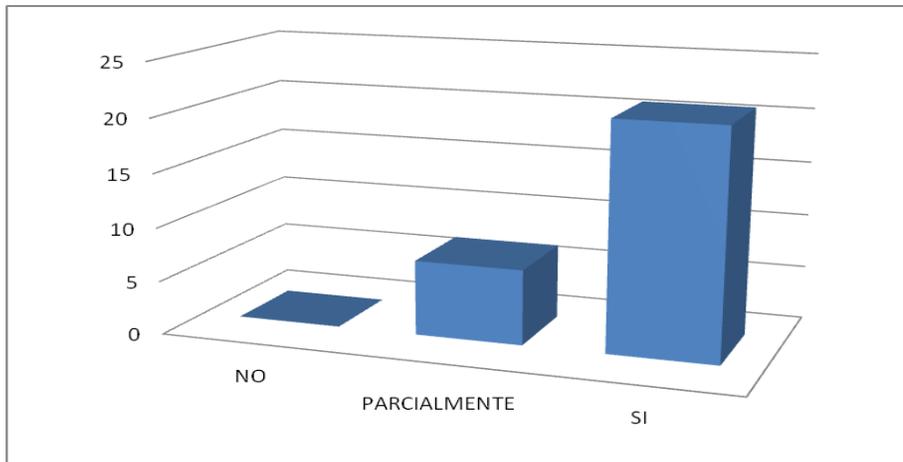
La grafica 2, corresponde a los resultados de la tabulación de la primera pregunta de la encuesta. Estos resultados son alentadores al observar en la primera pregunta, el 96,5% (28) conoce o tiene algún concepto sobre rectoría, de tal forma que valida la investigación y aporta un grado importante de tranquilidad a la misma, demostrando que las personas encuestadas, dan razón sobre el tema de investigación, con un aporte importante dentro de la misma, por su conocimiento combinado con su experiencia en tiempo de trabajo en la SDS. El 55% (16), tienen un concepto claro sobre la definición de rectoría y el 41% (12) parcialmente. Sin embargo, el 4% (1) de talento humano desconoce el tema, siendo de gran valor éste resultado, ya que orienta a la Dirección de

Aseguramiento de la SDS para realizar capacitación y tomar medidas de mejoramiento al interior de la Dirección, como Institución Pública en Salud, dado que la rectoría es una de las funciones fundamentales del SGSSS.

- En la siguiente Grafica 3, podemos observar el comportamiento de la pregunta número 2 de la encuesta realizada:

Gráfica N°. 3

Resultado de la pregunta 2 de la encuesta. ¿Tiene la Dirección de Aseguramiento de Salud de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá obligaciones que como Ente Rector le impone el sistema?



Fuente: Resultados de la tabulación de la encuesta tradicional. Tesis de Grado. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORRES, (estudiante de la Maestría de Salud Publica), 2011.

La grafica No 3, precisa el concepto del talento humano entrevistado, donde un número importante de ellos, el 72 % (21), coincide en que la Dirección de Aseguramiento de Salud de la SDS, “sí” tiene obligaciones que como Ente Rector le impone el sistema, ratificando el conocimiento de los entrevistados de la normatividad vigente, Ley 715 de 2001, Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 d3 2011.

De otra parte, el 24% (7) entrevistados consideran igualmente que la Dirección de Aseguramiento de Salud de la SDS, tiene parcialmente obligaciones, como Ente Rector

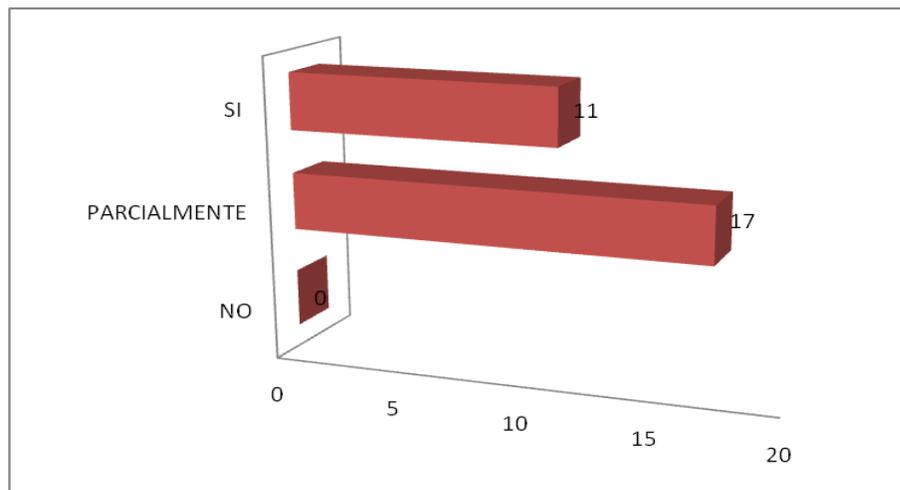
le impone el sistema.

En concordancia con los encuestados, se determina que efectivamente la Dirección de Aseguramiento de Salud de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá tiene obligaciones que como Ente Rector le impone el sistema y éste concepto es muy claro para el 96,5% (28) de ellos; por otro lado da tranquilidad que ninguno (0) de los entrevistados considera que la Dirección de Aseguramiento de Salud de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá “no” tiene obligaciones que como Ente Rector le impone el sistema.

- En la siguiente Grafica 4, podemos observar el comportamiento de la pregunta número 3 de la encuesta realizada:

Gráfica N° 4.

Resultado de la pregunta 3 de la encuesta. ¿Considera que la Dirección de Aseguramiento en Salud de la Secretaría Distrital de salud cumple con la rectoría en salud?



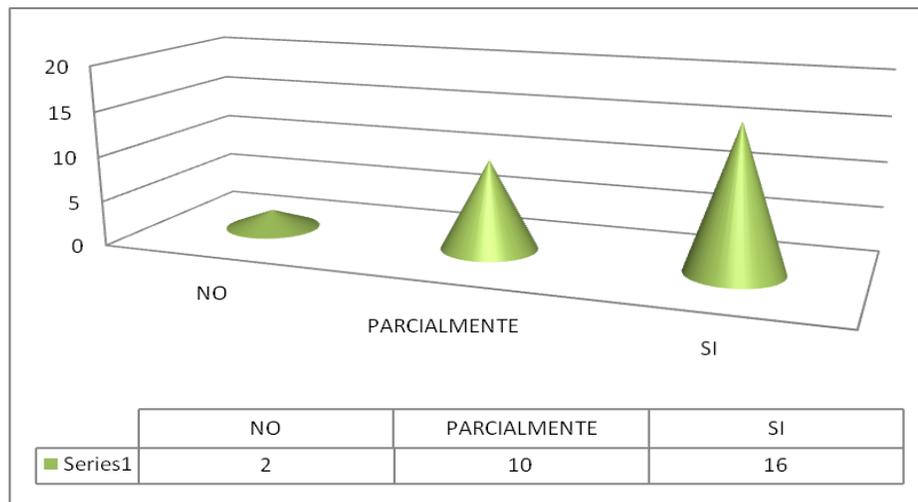
Fuente: Resultados de la tabulación de la encuesta tradicional. Tesis de Grado. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORRES, (estudiante de la Maestría de Salud Publica), 2011.

La grafica No 4, es de suma importancia para la Dirección de Aseguramiento, ya que, está directamente relacionada con el cumplimiento de rectoría por parte de ésta Dirección y es sorprendente ver que la mayoría, el 59 % (17), más de la mitad de los encuestados, considera que la Dirección de Aseguramiento cumple “parcialmente” con la función rectora, de otra parte el 38 % (11), de los encuestados, considera que “sí” cumple, finalmente es importante destacar dentro de la encuesta que ninguno (0), de los entrevistados considera que la Dirección de Aseguramiento de Salud de la SDS “no” cumple con su función de rectoría.

- En la siguiente Grafica 5, podemos observar el comportamiento de la pregunta número 4 de la encuesta realizada:

Gráfica N° 5.

Resultado de la pregunta 4 de la encuesta. ¿Existen problemas para el ejercicio de la rectoría por parte de la Dirección de Aseguramiento de Salud?



Fuente: Resultados de la tabulación de la encuesta tradicional. Tesis de Grado. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORRES, (estudiante de la Maestría de Salud Publica), 2011.

La grafica No 4, indica que el 89,6 % (26) de los entrevistados manifiestan, que existe problemas para el ejercicio de la rectoría por parte de la Dirección de Aseguramiento de Salud, según concepto de la mayoría de los encuestados el 34 % (10) opinan que existe parcialmente problemas, mientras que el 55 % (16) de los encuestados manifiestan que definitivamente “si” existen problemas, solo el 7 % (2) de los encuestados afirman que la

función rectora por parte de la Dirección de Aseguramiento se encuentra operando satisfactoriamente sin la existencia de ningún problema.

Para los funcionarios de la Dirección de Aseguramiento, encuestados, es de gran valor, el reconocer la existencia de problemas en el ejercicio de la rectoría por parte de la Dirección de Aseguramiento de Salud, de tal modo que siendo, los problemas identificables, facilita la toma de correctivos, estrategias y la realización de planes de mejoramiento.

Lograr la dinámica buscada por parte del encuestador y la colaboración necesaria por parte del encuestado, fue un desafío constante a lo largo del desarrollo de la encuesta dentro de la investigación.

Como en toda situación, el encuestador, debe estar atento a los efectos que genera el uso del instrumento sobre la información recolectada. La pregunta cinco (5) de la encuesta implica un grado de información retrospectiva, surgía de un dialogo entre encuestador y encuestado, de tal modo que el relato debe responder a un conjunto de dimensiones y conocimientos prefijados dentro de la rectoría en salud, el SGSSS y la normatividad vigente para el año 2011.

Adicionalmente, el trabajo de rememoración debe ajustarse al periodo 1993 (Expedición de la Ley 100 de 1993 por el Congreso de la Republica de Colombia) hasta el año 2011 (Expedición de la Ley 1438 de 2011 por el Congreso de Colombia) como marco de referencia temporal y organizarse según la evolución e implementación de la normatividad hasta las normas vigentes para el año 2011.

El uso de una estructura (encuesta estructurada), temática (problemática de la dirección de Aseguramiento en la rectoría en salud) y temporal preestablecida (tiempo determinado para su abordaje), no permite un registro adecuado de los énfasis (importancia en sus causas/efecto) del relato y los sentidos y significados atribuidos por los propios encuestados a sus trayectorias.

Aun así, cabe destacar la productividad de la metodología utilizada para la recolección sistemática de datos, como problemas de la rectoría, sus causas/efectos, vista, desde la Dirección de Aseguramiento de la SDS.

El empleo del instrumento en el campo da lugar a un conjunto de tensiones que se debe

resolver para evitar caer en dos extremos opuestos que se alejaban de la dinámica esperada. Por un lado, el encuestador corre el riesgo de quedar atrapado en la lógica del cuestionario estructurado; esta situación juega en contra de la posibilidad de generar empatía y confianza en el encuestado (juez y parte) y de mantener su interés para completar de manera detallada el punto cinco de la encuesta (los problemas de rectoría sus causas/efectos). Otro de los riesgos es que el encuestador quede “cautivo” en el relato del encuestado y pierda la iniciativa para guiar el relato escrito y contenerlo dentro del recorte temporal y temático propuesto en el punto cinco de causas y efectos. Evitar caer en estos dos extremos requiere un proceso de aprendizaje y de socialización por parte del encuestador. Es necesario incorporar mentalmente el instrumento para recordar las preguntas a realizar sin necesidad de leerlas y así manejarse con soltura durante la situación de entrevista.

Con respecto a la etapa de recolección de datos se destaca algunas ventajas y problemas relacionados con el uso del instrumento. Un primer punto a destacar tanto en la recolección como en el análisis preliminar de los datos es el contraste entre la primera información que surge de la aplicación del cuestionario estructurado y la posterior reconstrucción de los problemas en rectoría de la Dirección de Aseguramiento con sus causas y efectos. Un ejemplo muy claro de esta contraposición es la encuesta 17 en las respuestas a las preguntas 1,4 y 5. En una primera instancia, mediante el cuestionario, se relevó información sobre el grado de conocimiento en rectoría del entrevistado. De acuerdo con esta información, el entrevistado se presenta como solo saber parcialmente de rectoría (pregunta 1), de igual forma responde que no existen problemas para el ejercicio de la rectoría por parte de la Dirección de Aseguramiento en Salud (pregunta 4) y de otra parte se extendió en los principales problemas sus causas y efectos. El único dato que aparecía como “contradictorio”. El relato de esta primera experiencia no debe considerarse como una mera anécdota del campo, sino una segunda similar situación (encuesta 26) se presenta en forma sistemática en el transcurso de la recolección de datos.

6.7.2 Aplicación árbol de problemas

La implementación del instrumento plantea la necesidad de recalibrar y ajustar el desarrollo de la rectoría en salud de la Dirección de Aseguramiento existente y generar nuevas estrategias de operar la rectoría ya que para los funcionarios son claras las

dificultades, identifican sus causas y sus efectos pero no son corregidos en la práctica ni en los procesos.

Mediante el instrumento, se rescata y hace visible los problemas por la falta de rectoría de la Dirección de Aseguramiento, sus causas y efectos, las diferencias desde los puntos de vista y los distintos aportes del talento humano, en concordancia con su cargo y perfil, frente a la rectoría, que hubiesen pasado desapercibidas sin la aplicación del instrumento, el que permite en sus resultados ser el punto de partida, para la realización de estrategias para el mejoramiento dentro de la Dirección de Aseguramiento de la SDS.

Los problemas se clasifican por cada una de las tres áreas de la Dirección de Aseguramiento, según su presencia y relación con los procesos de cada área.

El orden de los problemas, como se presenta más adelante, no determina la gravedad del problema planteado, ni su grado de impacto, ni la facilidad o dificultad en la creación de estrategias para su solución, dicho en otras palabras, su presentación no obedece a una priorización.

APLICACIÓN ÁRBOL DE PROBLEMAS

PERSONAS ENCUESTADAS		No de Problemas por Encuesta
29		3
TOTAL DE PROBLEMAS		
87		
ADMINISTRACIÓN	SERVICIO AL VINCULADO	GARANTIA DE LA CALIDAD
45	15	27
No PROBLEMAS CONSOLIDADOS	No PROBLEMAS CONSOLIDADOS	No PROBLEMAS CONSOLIDADOS
9	5	5
PROMEDIO DE ENCUESTADOS QUE CONSIDIERON EN UN MISMO PROBLEMA	PROMEDIO DE ENCUESTADOS QUE CONSIDIERON EN UN MISMO PROBLEMA	PROMEDIO DE ENCUESTADOS QUE CONSIDIERON EN UN MISMO PROBLEMA
5,0	3,0	5,4

Fuente: Resultados de Árbol de Problemas la de la encuesta tradicional. Tesis de Grado. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORRES, (estudiante de la Maestría de Salud Publica), 2011.

6.8 Principales problemas de dirección de aseguramiento de la SDS

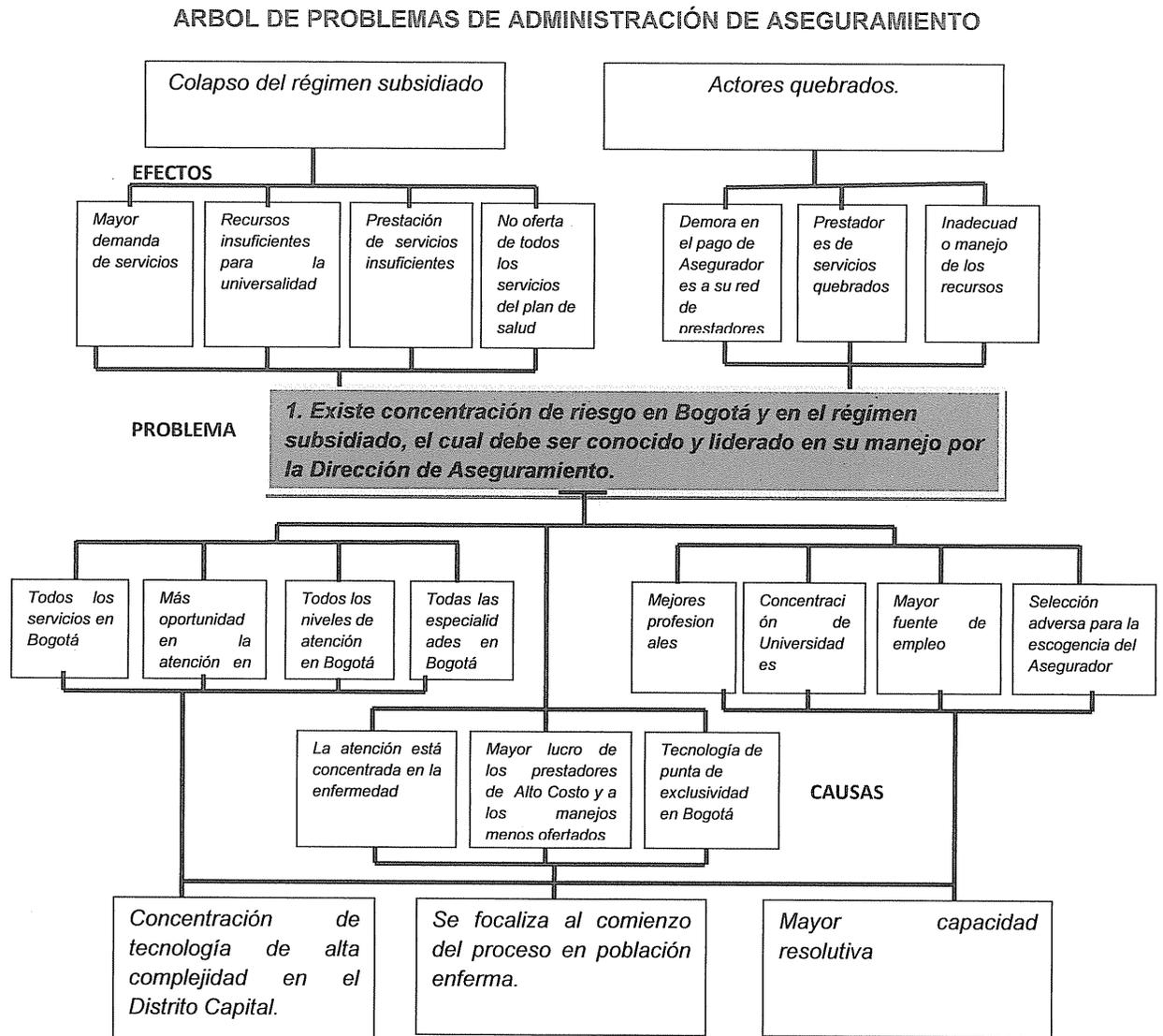
6.8.1 Principales problemas de dirección de aseguramiento

<i>Problema</i>
<p>1. <i>Mayor de riesgo en Bogotá</i> <i>Concentración de riesgo en el Distrito Capital</i> <i>Mas población con riesgo de enfermar</i> <i>Concentración de personas enfermas</i> <i>Múltiples enfermedades en Bogotá</i> <i>Las personas que pueden enfermar prefieren vivir en Bogotá</i></p>
<i>Causas</i>
<p><i>Concentración de tecnología de alta complejidad en el Distrito Capital.</i> <i>Todos los servicios en Bogotá</i> <i>Mas oportunidad en la atención en Bogotá</i> <i>Todas las especialidades en Bogotá</i> <i>Todos los niveles de atención en Bogotá</i></p>
<p><i>Se focaliza al comienzo del proceso en población enferma.</i> <i>La atención está concentrada en la enfermedad</i> <i>Mayor lucro de los prestadores de Alto Costo y a los manejos menos ofertados</i> <i>Tecnología de punta de exclusividad en Bogotá</i></p>
<p><i>Mayor capacidad resolutive</i> <i>Mejores profesionales</i> <i>Concentración de Universidades</i> <i>Mayor fuente de empleo</i> <i>Mejor remuneración</i> <i>Selección adversa para la escogencia del Asegurador</i></p>
<i>Efectos</i>
<p><i>Colapso del régimen subsidiado.</i> <i>Mayor demanda de servicios</i> <i>Recursos insuficientes para la universalidad</i> <i>Prestación de servicios insuficientes</i> <i>No oferta de todos los servicios del plan de salud</i></p>
<p><i>Actores quebrados.</i> <i>Demora en el pago de Aseguradores a su red de prestadores</i> <i>Prestadores de servicios quebrados</i> <i>Inadecuado manejo de los recursos</i></p>
<i>Problema</i>

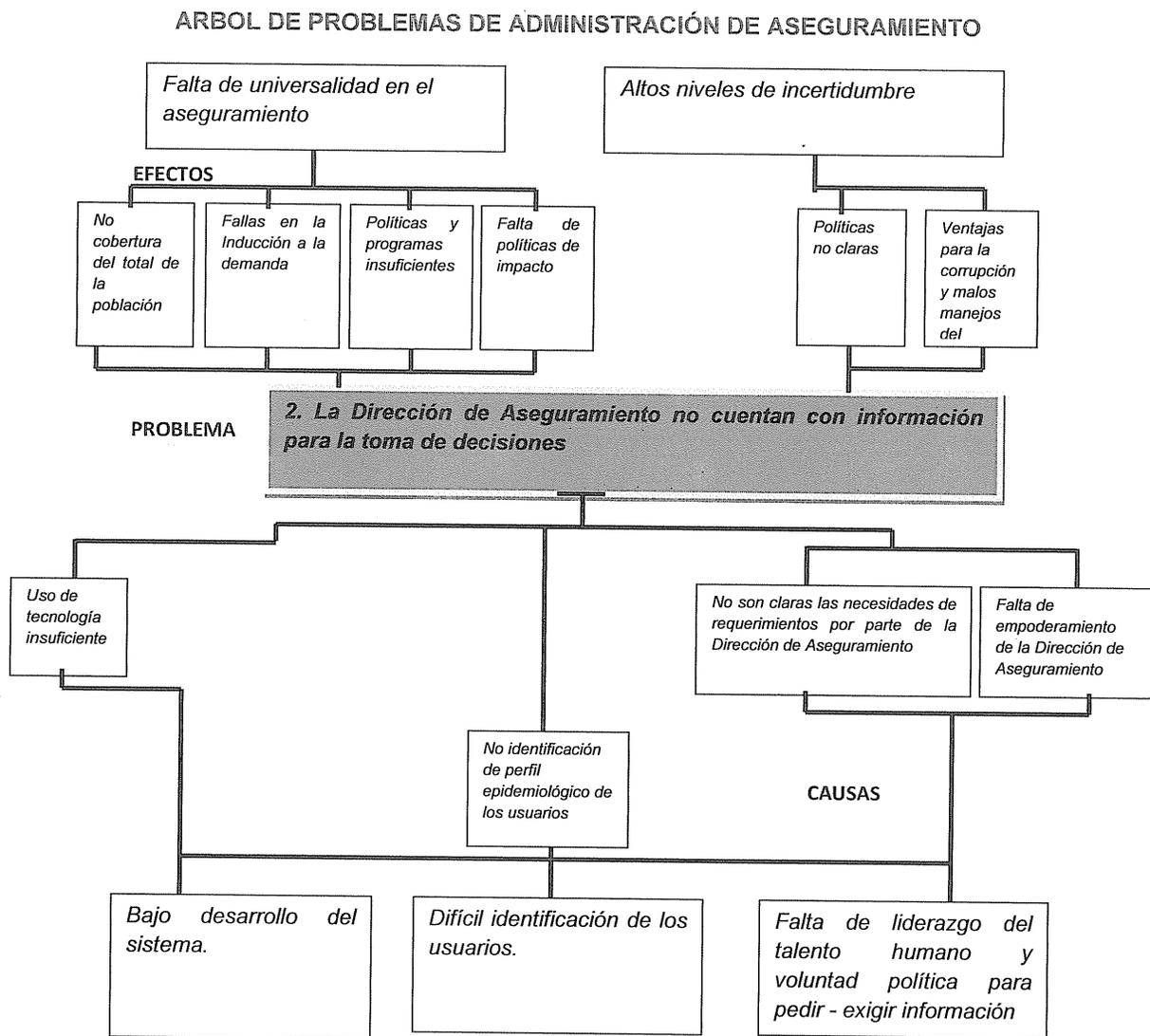
<p>2.La Dirección de Aseguramiento no cuentan con información para la toma de decisiones</p> <ul style="list-style-type: none"> Reporte de Bases de datos con errores Inadecuada información de las EPSS al ente territorial Reporte de RIPS a la Dirección de Aseguramiento inadecuadamente Menor identificación del perfil Epidemiológico por parte de los Aseguradores Sub registros en los datos Subvaloración en la importancia del reporte de los datos Requerimiento de información insuficiente por parte de la Dirección de Aseguramiento
<p>Causas</p>
<p>Bajo desarrollo del sistema.</p> <ul style="list-style-type: none"> Uso de tecnología insuficiente
<p>Difícil identificación de los usuarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> No identificación de perfil epidemiológico de los usuarios
<p>Falta de liderazgo del talento humano y voluntad política para pedir - exigir información</p> <ul style="list-style-type: none"> No son claras las necesidades de requerimientos por parte de la Dirección de Aseguramiento Falta de empoderamiento de la Dirección de Aseguramiento
<p>Efectos</p>
<p>Falta de universalidad en el aseguramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> No cobertura del total de la población Fallas en la Inducción a la demanda Políticas y programas insuficientes Falta de políticas de impacto
<p>Altos niveles de incertidumbre</p> <ul style="list-style-type: none"> Políticas no claras Ventajas para la corrupción y malos manejos del Sistema
<p>Problema</p>
<p>3.El centro de la política no es el usuario</p> <ul style="list-style-type: none"> Directrices basados en lo económico No se considera la salud como un derecho fundamental
<p>Causas</p>
<p>Priorización de actividades curativas sobre las preventivas</p> <ul style="list-style-type: none"> Desarticulación de las políticas de salud pública entre los diferentes actores sin verse la presencia de la Dirección de Aseguramiento en el liderazgo del direccionamiento de su actuar. Comercialización de la salud Aseguradores en salud manejan la salud no como derecho Constitucional sino actúan como aseguradores mercantiles Planes de beneficio limitados, no actualizados con los avances de la tecnología
<p>Efectos</p>
<p>Aumento de las barreras de acceso</p> <ul style="list-style-type: none"> Se favorece un sector que no es el usuario
<p>Limbo de derechos según la caracterización de los usuarios</p> <ul style="list-style-type: none"> Monopolio de la Salud
<p>Problema</p>
<p>4. El ente territorial es juez y parte en las diferencias que existan en la administración de prestación de servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> La interpretación y desarrollo de la norma para el ente territorial inadecuada, compleja y variada. El ente territorial actúa como Asegurador y como rector.

<i>Causas</i>
<i>La ley otorga funciones y competencias La norma deja vacíos de interpretación Doble vía del ente territorial para actuar Diferencias de poderes entre instituciones Falta de participación del MPS</i>
<i>Efectos</i>
<i>Inseguridad jurídica</i>
<i>Proliferación de normas nuevas</i>
<i>Conflicto entre actores permanentes Directrices inadecuadas Manejos insuficientes Falta de liderazgo</i>
<i>Problema</i>
<i>5. Dificultad para el seguimiento del Plan de Desarrollo Distrital 2008-2012, por parte de la Dirección de Aseguramiento con los Proyectos 618 (Población Subsidiada) y 620 (Población Vinculada), relacionados con Avances, Logros, Resultados, Dificultades y Observaciones de la metas de: Promoción Específica y Detección Temprana con Dificultad en el reporte de los RIPS, Alto Costo, Disminución de la Mortalidad Materna, Disminución de la Morbilidad en Menores de 5 Años por EDA, Neumonía. Disminución de la Mortalidad Perinatal y en Menores de 1 año. Disminución en Embarazos en Adolescentes. Reporte del Tratamiento en HIV, entrega de Retrovirales. Detección de nuevos pacientes con TBC.</i>
<i>Causas</i>
<i>El Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012 SDS, otorga funciones y competencias impuestas sin concertación.</i>
<i>Metas determinadas sin la competencias de expertos</i>
<i>Errores en los indicadores propuestos</i>
<i>Líneas de base no acorde con las proyecciones a anuales</i>
<i>Información preliminar donde no se cuenta con el dato real</i>
<i>Efectos</i>
<i>Incumplimiento a las metas</i>
<i>Subregistros, diferencia de información y de resultados, sistemas de recolección que no permite los cruces de información con otros sistemas en uso</i>
<i>Conflicto permanente entre actores Errores en proyección del presupuesto Fallas en la Planeación del POAI</i>

Figura 1

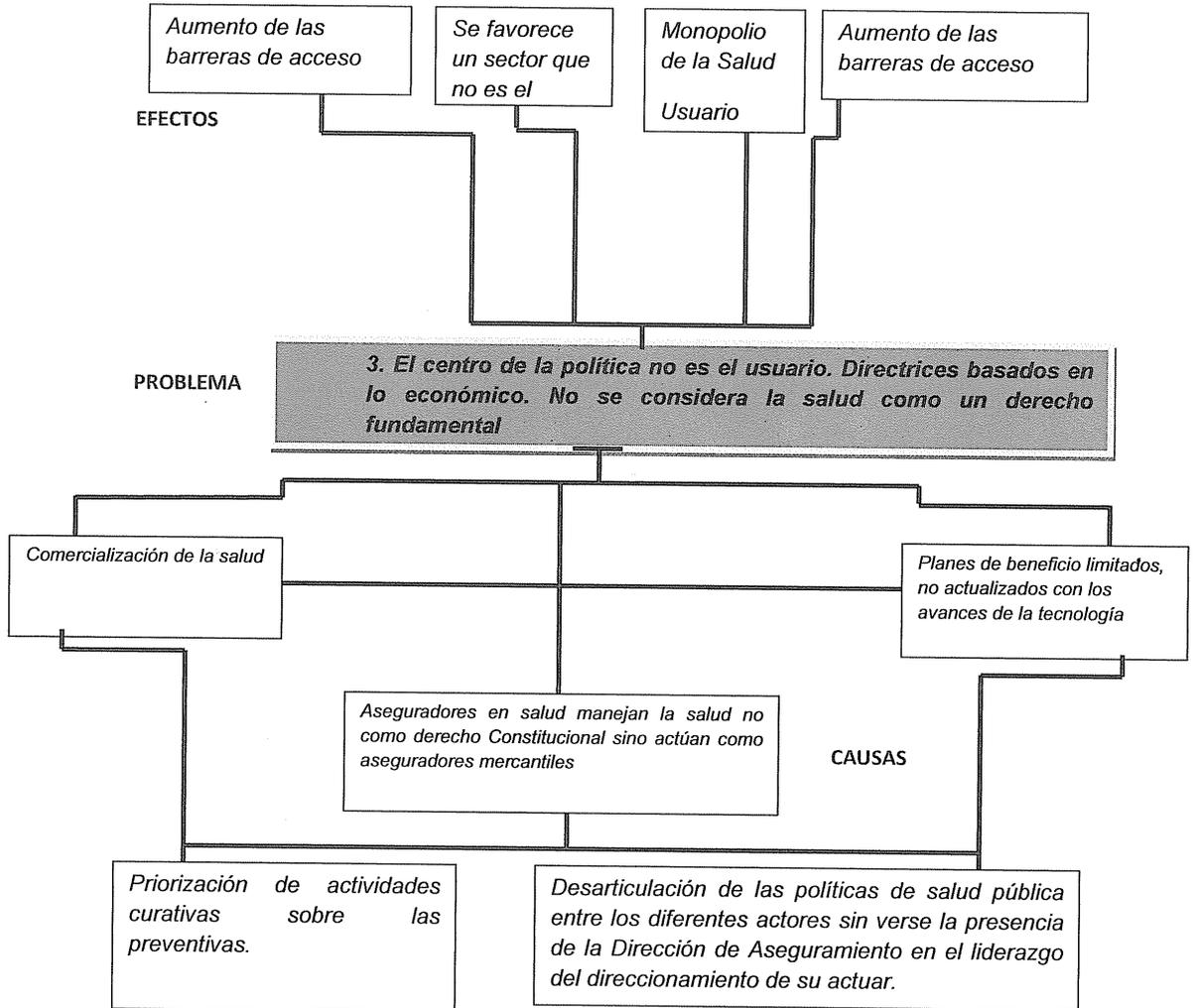


Fuente: Resultados de la árbol de problemas de la encuesta tradicional. Tesis de Grado avalada por el Comité Asesor de la Maestría en Salud Pública. Acta No. 15 del 11 de agosto 2009. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORES, estudiante de la Maestría de Salud Pública, Proyecto de tesis " CARACTERIZACIÓN DE FUNCIÓN RECTORA EJERCIDA POR LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DENTRO DEL SGSSS". 2011



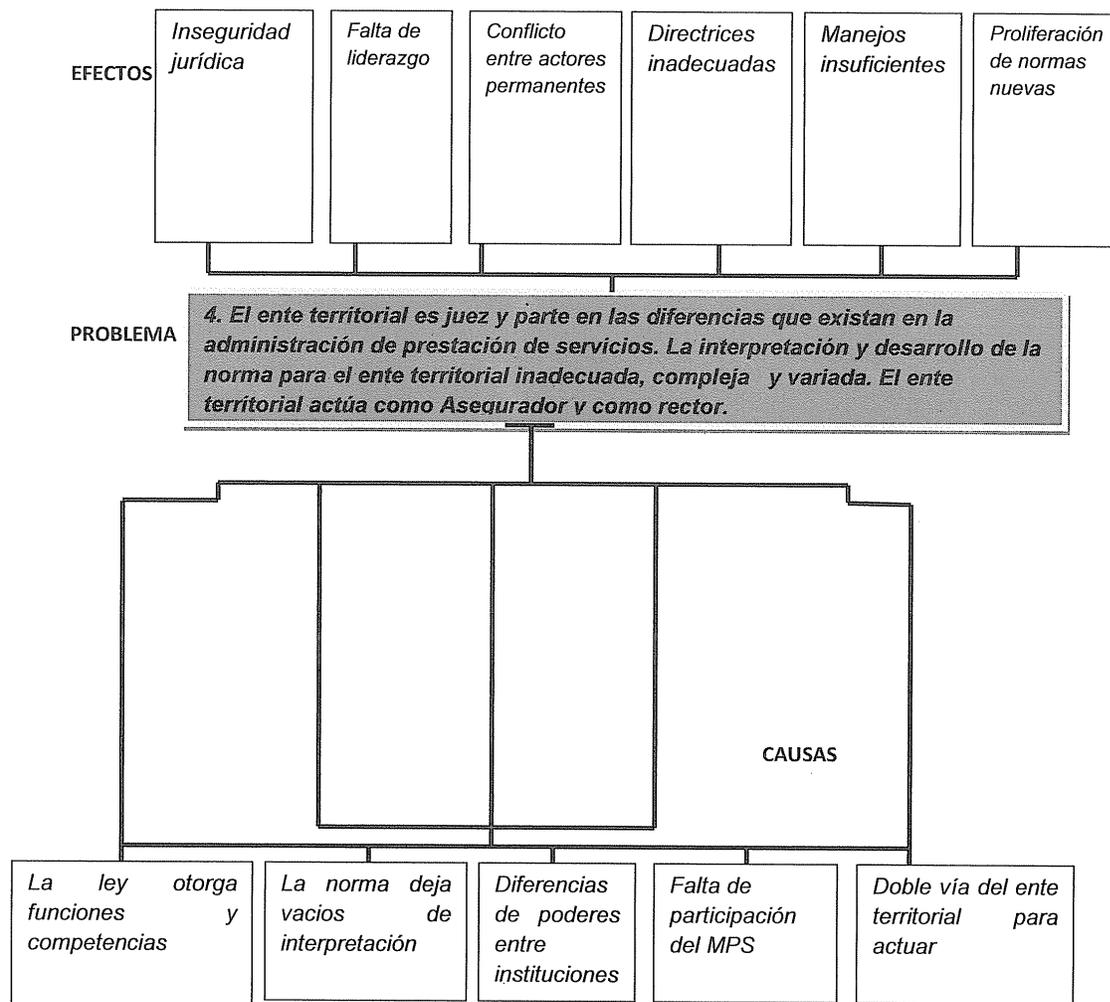
Fuente: Resultados de la árbol de problemas de la encuesta tradicional. Tesis de Grado avalada por el Comité Asesor de la Maestría en Salud Pública. Acta No. 15 del 11 de agosto 2009. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORES, estudiante de la Maestría de Salud Pública, Proyecto de tesis " CARACTERIZACIÓN DE FUNCIÓN RECTORA EJERCIDA POR LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DENTRO DEL SGSSS". 2011

ARBOL DE PROBLEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE ASEGURAMIENTO



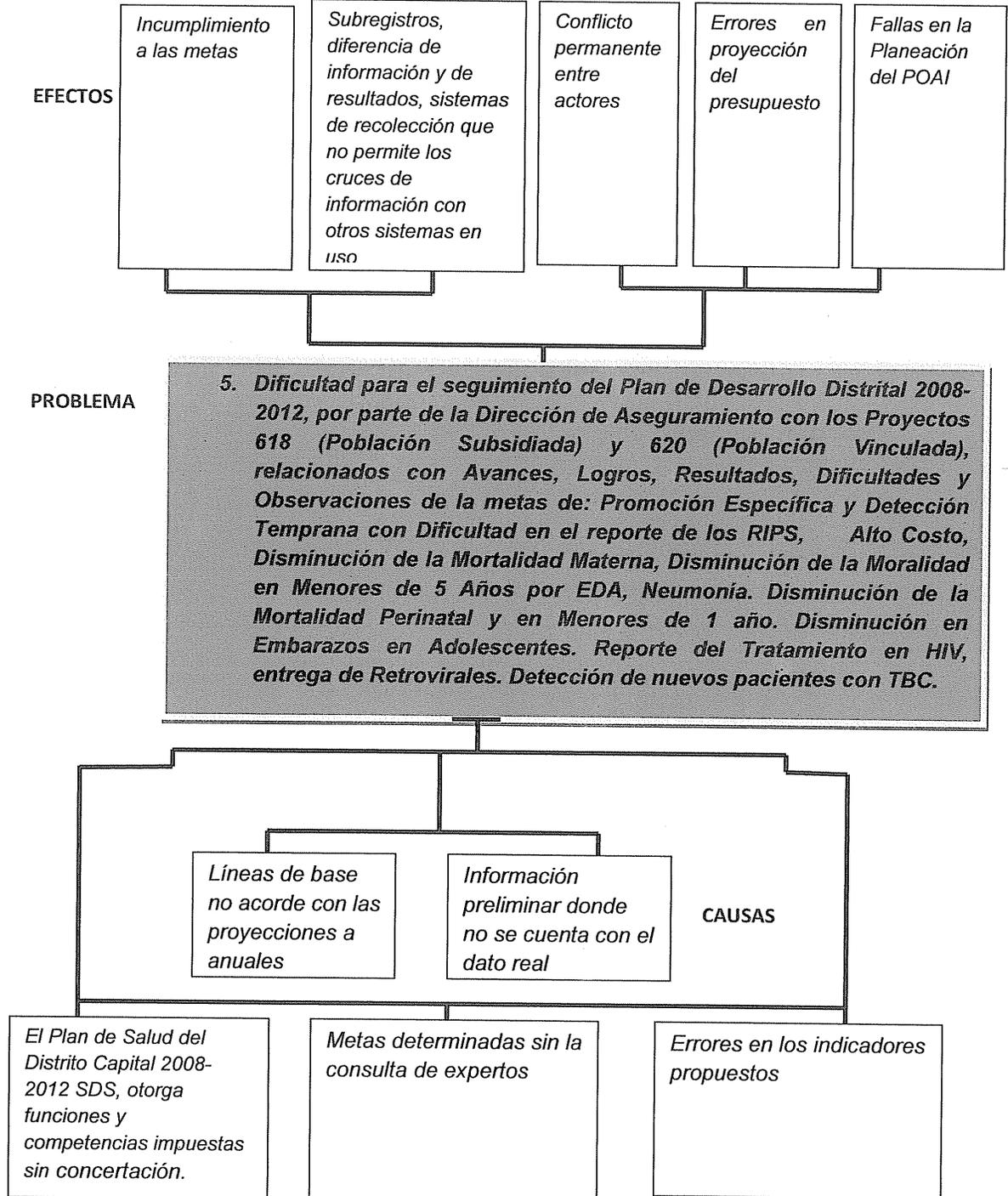
Fuente: Resultados de la árbol de problemas de la encuesta tradicional. Tesis de Grado avalada por el Comité Asesor de la Maestría en Salud Pública. Acta No. 15 del 11 de agosto 2009. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORES, estudiante de la Maestría de Salud Pública, Proyecto de tesis " CARACTERIZACIÓN DE FUNCIÓN RECTORA EJERCIDA POR LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DENTRO DEL SGSSS". 2011

ARBOL DE PROBLEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE ASEGURAMIENTO



Fuente: Resultados de la árbol de problemas de la encuesta tradicional. Tesis de Grado avalada por el Comité Asesor de la Maestría en Salud Pública. Acta No. 15 del 11 de agosto 2009. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORES, estudiante de la Maestría de Salud Pública, Proyecto de tesis " CARACTERIZACIÓN DE FUNCIÓN RECTORA EJERCIDA POR LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DENTRO DEL SGSSS". 2011

ARBOL DE PROBLEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE ASEGURAMIENTO



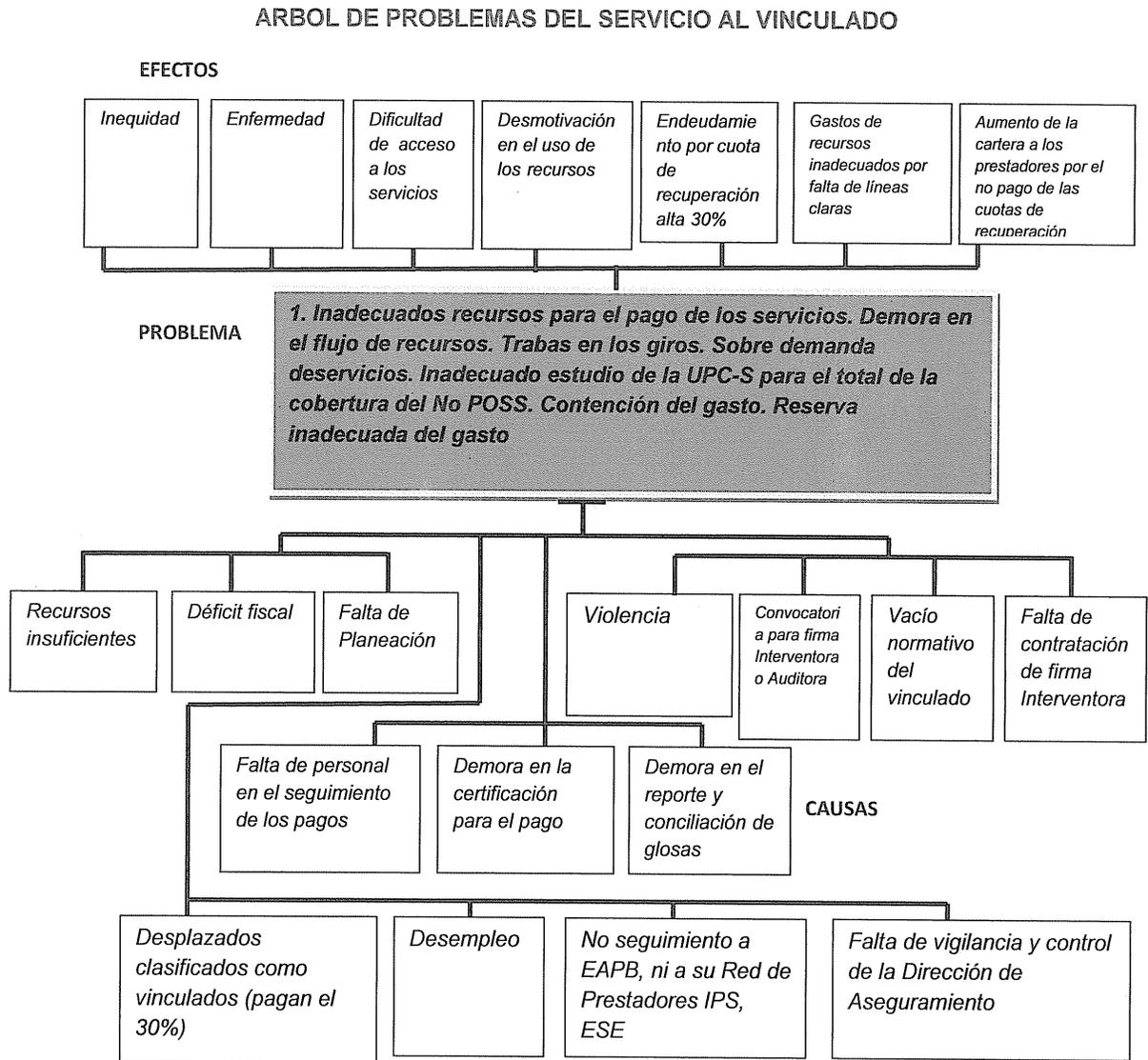
6.8.2 Principales problemas de servicios al vinculado

Problema
1. Inadecuados recursos para el pago de los servicios Demora en el flujo de recursos Trabas en los giros Sobre demanda deservicios Inadecuado estudio de la UPC-S para el total de la cobertura del No POSS Contención del gasto Reserva inadecuada del gasto
Causas
<i>Desplazados clasificados como vinculados (pagan el 30%)</i>
<i>Desempleo</i>
<i>Falta de vigilancia y control de la Dirección de Aseguramiento</i>
<i>Falta de personal en el seguimiento de los pagos</i>
<i>Demora en la certificación para el pago</i>
<i>Demora en el reporte y conciliación de glosas</i>
<i>Recursos insuficientes</i>
<i>Falta de contratación de firma Interventora y de firma Auditora</i>
<i>Falta de Planeación</i>
<i>No seguimiento a EAPB, ni a su Red de Prestadores IPS, ESE</i>
<i>Convocatoria para firma Interventora o Auditora desiertas</i>
<i>Déficit fiscal</i>
<i>Vacío normativo del vinculado</i>
<i>Violencia</i>
Efectos
<i>Inequidad</i>
<i>Enfermedad</i>
<i>Dificultad de acceso a los servicios</i>
<i>Desmotivación en el uso de los recursos</i>
<i>Endeudamiento por cuota de recuperación alta 30%</i>
<i>Gastos de recursos inadecuados por falta de líneas claras</i>
<i>Aumento de la cartera a los prestadores por el no pago de las cuotas de recuperación</i>
Problema
2. Inadecuada identificación de los vinculados No todos los vinculados quieren ser clasificados dentro del SISBEN Hay personas que se resisten a ingresar al SGSSS
Causas
<i>Falta de entes públicos que identifiquen a los posibles vinculados en hospitales o entidades públicas</i>
<i>Los Aseguradores responsables de la Afiliación, carnetización, y actualización de bases de datos no cumplen su labor</i>
<i>Carencia de recursos</i>
<i>Laxitud en los valores éticos</i>
<i>Falta de vigilancia, seguimiento y control de la Dirección de Aseguramiento</i>

<i>Falta de personal</i>
<i>Falta de firma Auditora o Interventora</i>
<i>Vacío normativo del vinculado</i>
<i>Falta de agilidad en las novedades en el sistema de información</i>
<i>Población flotante difícil de caracterizar</i>
<i>Pobreza, desempleo</i>
<i>Desplazamiento</i>
<i>Migraciones</i>
Efectos
<i>Inequidad</i>
<i>Mala calidad de vida de los usuarios</i>
<i>Inoportunidad en la Sisbenización</i>
<i>No acceso a los servicios</i>
<i>Castigo de la economía familiar</i>
<i>Mala interpretación del SISBEN</i>
<i>Enriquecimiento de actores del SGSSS</i>
<i>Ineficiencia en la aplicación de los recursos</i>
<i>Enfermedad</i>
Problema
3.Barreras de acceso a los vinculados
<i>Barreras para la atención especialmente grupos vulnerables</i>
<i>Demora en atención a vinculados de tipo Administrativo</i>
<i>Barrera en la oportunidad al vinculado</i>
<i>Demoras por inadecuada calidad en la atención al vinculado</i>
Causas
<i>Carencia de recursos</i>
<i>Privatización del sector salud sin regulación</i>
<i>Falta de agilidad en el reporte de novedades en el sistema de información</i>
<i>Vinculados acceden por una patología a la red pública y a EPSS por otra</i>
<i>Falta de vigilancia y control del SGSSS</i>
<i>Falta de información de cómo acceder a los servicios</i>
<i>Vacío normativo del vinculado</i>
<i>Los grupos por fuera del SGSSS se encuentran en las localidades más pobres y con menos oferta de servicios</i>
<i>Falta de calidad en la prestación de servicios</i>
<i>Falta de tecnificación y sistematización de las instituciones con las bases de datos</i>
<i>Archivo de Historias Clínicas con horario limitado</i>
Efectos
<i>Inequidad</i>
<i>Aumento de los costos en salud</i>
<i>Mala calidad de vida de los usuarios</i>
<i>No acceso a los servicios</i>
<i>Enfermedad</i>
<i>Insatisfacción</i>
<i>Aumento de la morbimortalidad</i>
<i>Uso inadecuado de los recursos</i>
<i>Desconocimiento de derechos y deberes</i>

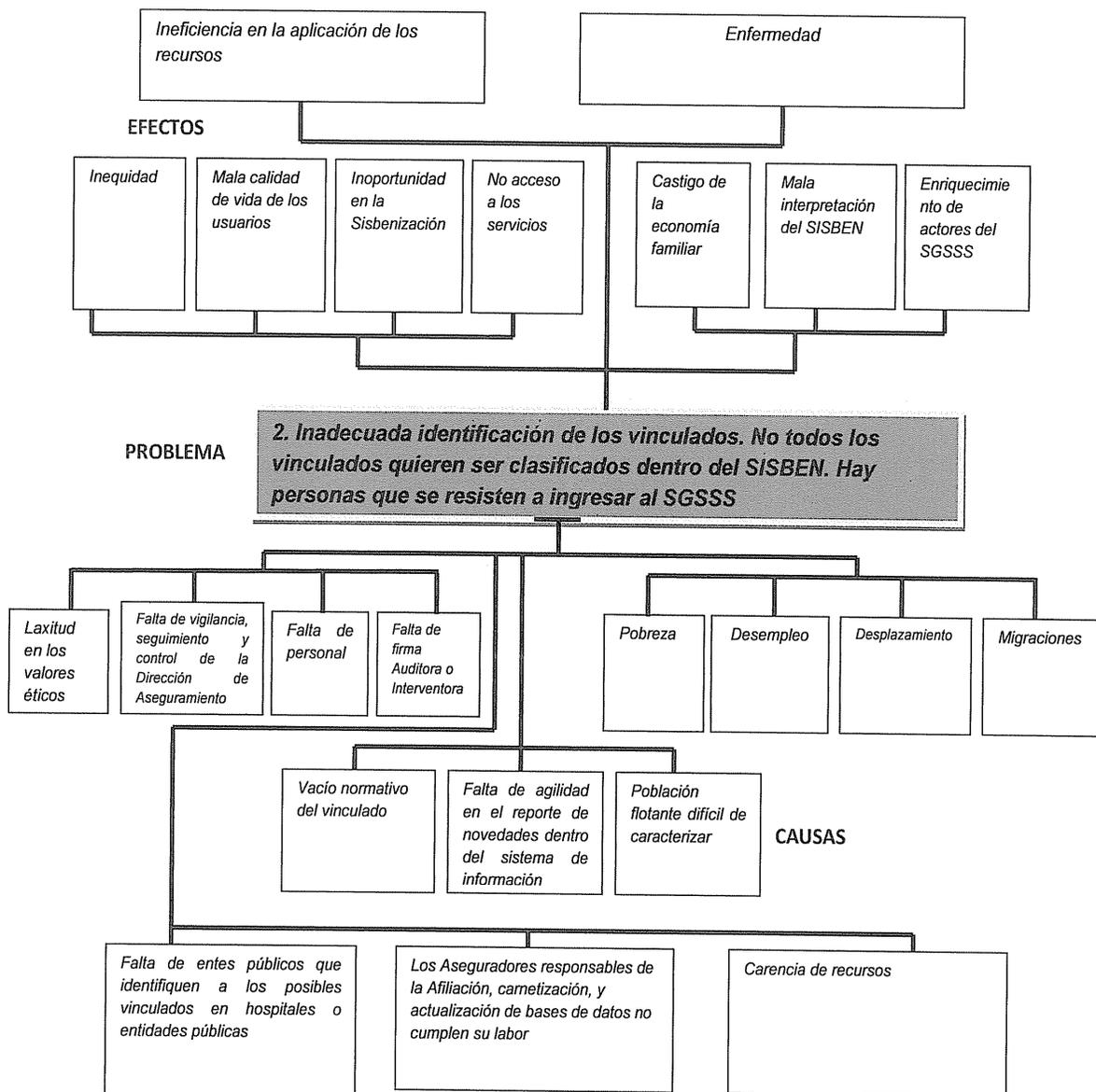
Problema
4. Inadecuada calidad de servicios al vinculado Inadecuada oportunidad al vinculado Accesibilidad y continuidad inadecuada en los tratamientos para el vinculado
Causas
<i>Falta de servicios como rehabilitación y medicina alternativa</i>
<i>Carencia de recursos</i>
<i>Falta de vigilancia y control del SGSS</i>
<i>Falta personal médico y enfermeras en los hospitales</i>
<i>Vacío normativo del vinculado</i>
<i>Falta de promoción y cultura en salud</i>
<i>No cobertura integral en Psiquiatría</i>
<i>Inadecuado abordaje de la enfermedad</i>
<i>Falta de seguimiento del grupo PAMEC</i>
<i>Falta de firma auditora</i>
<i>Auditoría centrado en lo económico y no en la calidad</i>
Efectos
<i>No hay cubrimiento de todos los exámenes</i>
<i>La oportunidad en la atención es deficiente</i>
<i>Falta de cortesía</i>
<i>Los hospitales dan citas para 2 o 3 meses</i>
<i>Enfermedad</i>
<i>Inequidad</i>
<i>Aumento de la morbimortalidad</i>
<i>Falta de corresponsabilidad</i>
<i>Insatisfacción</i>
<i>No dan medicamentos</i>
<i>Falta de confianza en las instituciones</i>
<i>Aumento de la morbimortalidad</i>
<i>Uso inadecuado de los recursos</i>

Figura 2



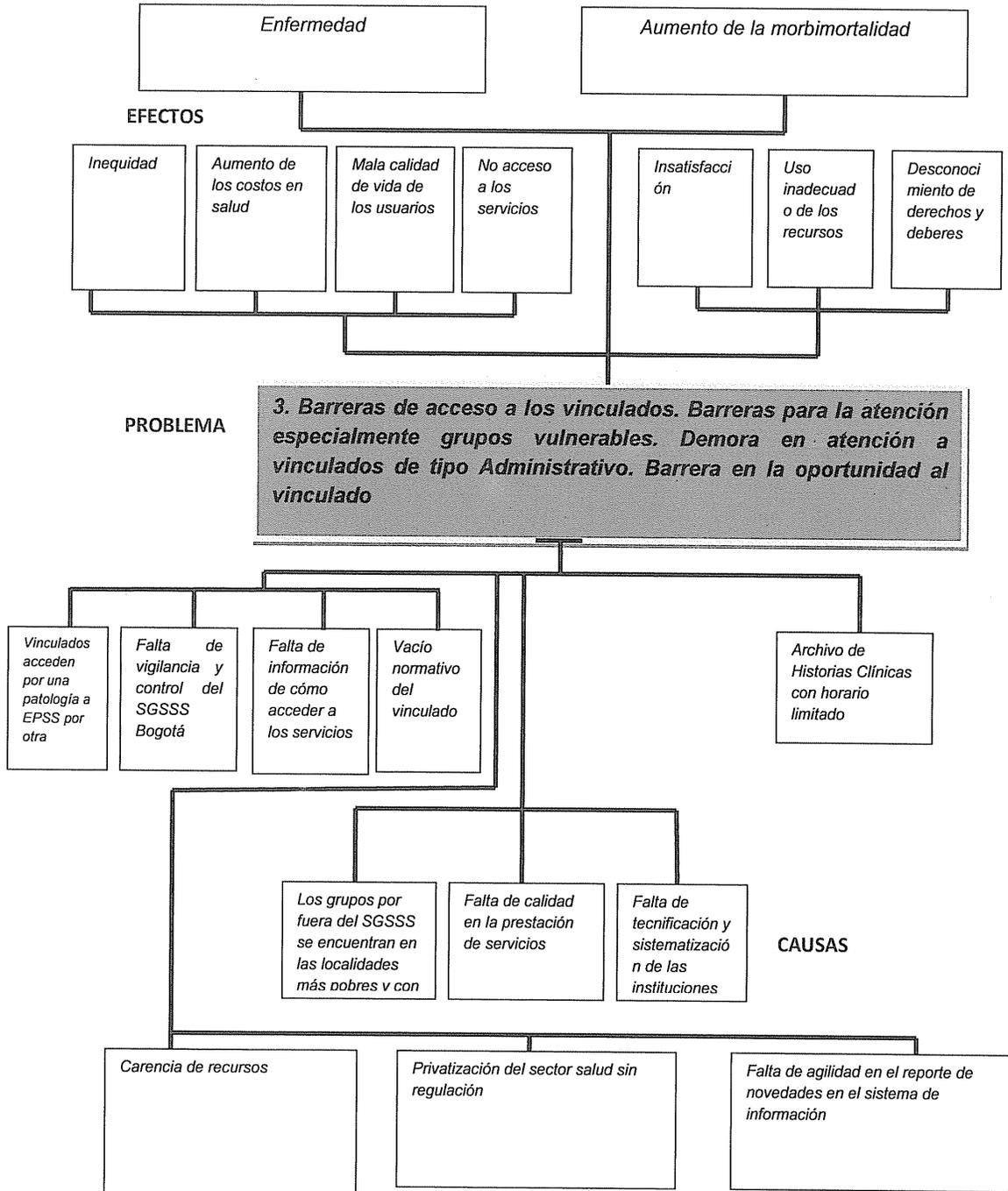
Fuente: Resultados de la árbol de problemas de la encuesta tradicional. Tesis de Grado avalada por el Comité Asesor de la Maestría en Salud Pública. Acta No. 15 del 11 de agosto 2009. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORES, estudiante de la Maestría de Salud Pública, Proyecto de tesis " CARACTERIZACIÓN DE FUNCIÓN RECTORA EJERCIDA POR LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DENTRO DEL SGSSS". 2011

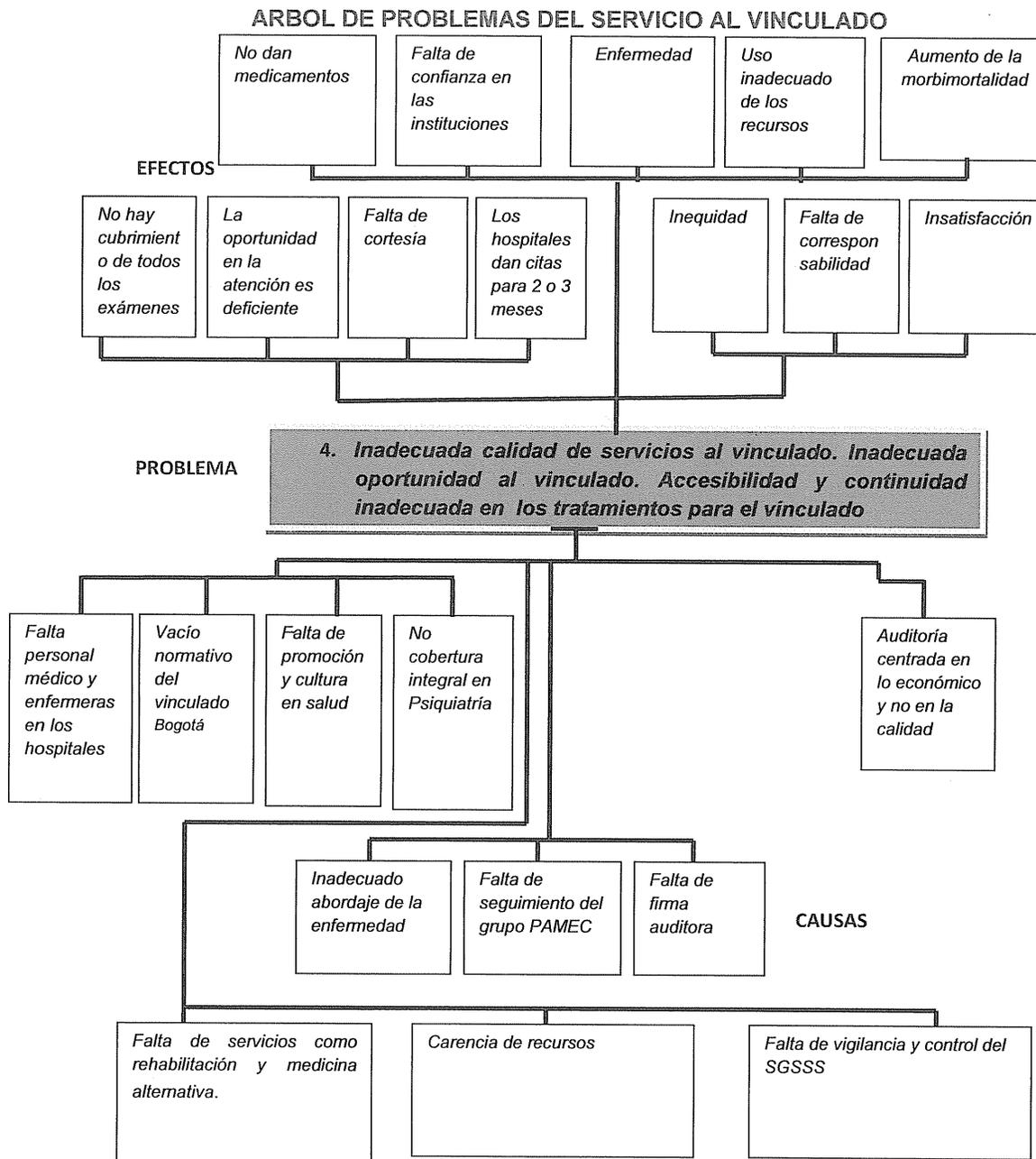
ARBOL DE PROBLEMAS DEL SERVICIO AL VINCULADO



Fuente: Resultados de la árbol de problemas de la encuesta tradicional. Tesis de Grado avalada por el Comité Asesor de la Maestría en Salud Pública. Acta No. 15 del 11 de agosto 2009. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORES, estudiante de la Maestría de Salud Pública, Proyecto de tesis " CARACTERIZACIÓN DE FUNCIÓN RECTORA EJERCIDA POR LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DENTRO DEL SGSSS". 2011

ARBOL DE PROBLEMAS DEL SERVICIO AL VINCULADO



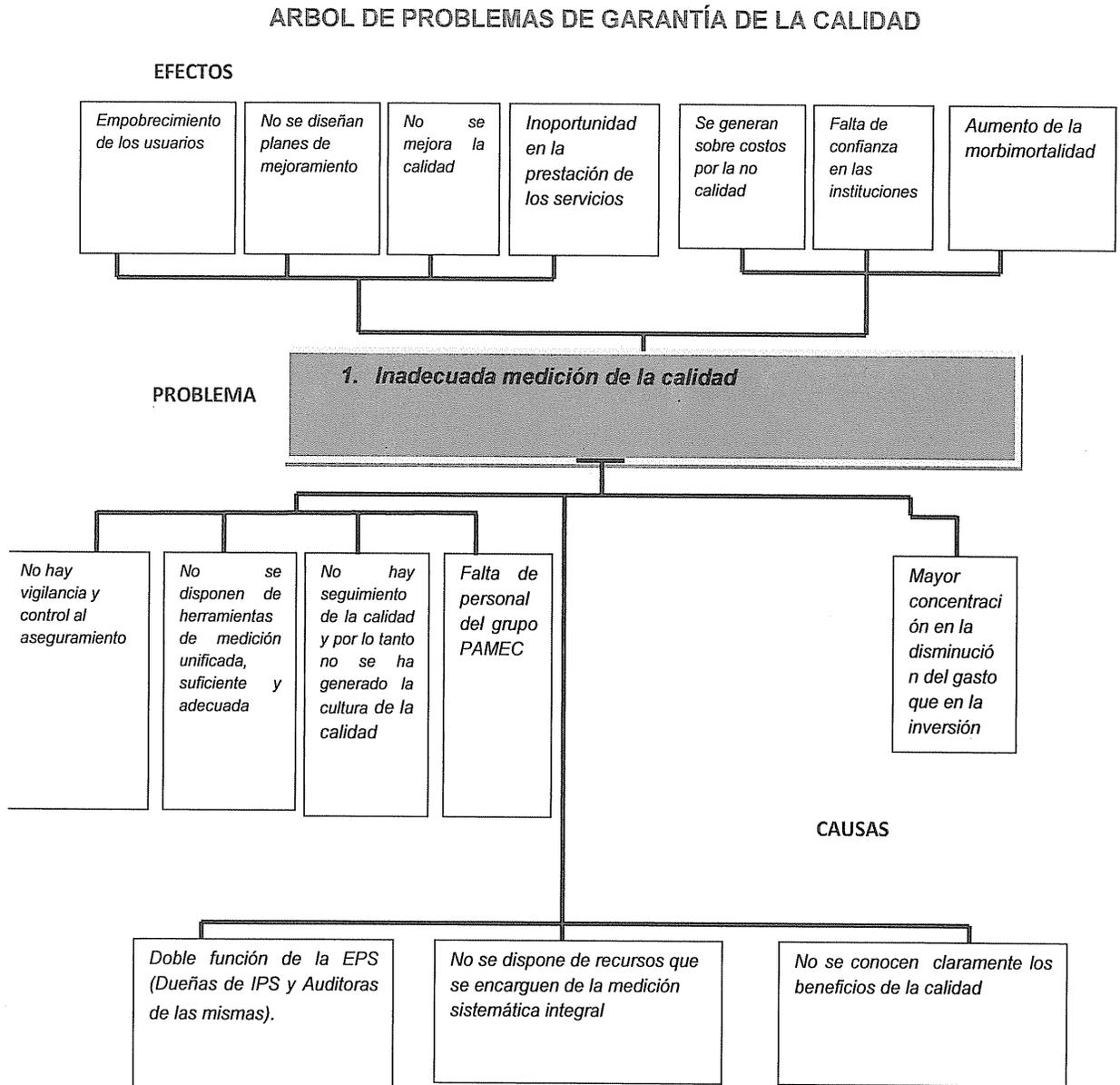


6.8.3 Principales problemas de garantía de la calidad

Problema
1. Inadecuada medición de la calidad
Causas
<i>Doble función de la EPS (Dueñas de IPS y Auditoras de las mismas)</i>
<i>No se dispone de recursos que se encarguen de la medición sistemática integral</i>
<i>No se conocen claramente los beneficios de la calidad</i>
<i>No hay vigilancia y control al aseguramiento</i>
<i>No se disponen de herramientas de medición unificadas, suficientes y adecuadas</i>
<i>No hay seguimiento de la calidad y por lo tanto no se ha generado la cultura de la calidad</i>
<i>Falta de personal del grupo PAMEC</i>
<i>Mayor concentración en la disminución del gasto que en la inversión en calidad</i>
Efectos
<i>Empobrecimiento de los usuarios</i>
<i>No se diseñan planes de mejoramiento</i>
<i>No se mejora la calidad</i>
<i>Inoportunidad en la prestación de los servicios</i>
<i>Se generan sobre costos por la no calidad</i>
<i>Falta de confianza en las instituciones</i>
<i>Aumento de la morbimortalidad</i>
Problema
2. Funcionamiento inadecuado de la red de servicios, que no responde a la prestación del Plan de beneficios en forma integral a los usuarios
Causas
<i>Desarticulación en servicios POSS y no POSS</i>
<i>Hay dificultad en las autorizaciones por diferentes causas</i>
<i>No disposición de base de datos oportunamente</i>
<i>Barreras de acceso de los aseguradores</i>
<i>Falta de conocimiento y empoderamiento de los funcionarios de las EPSS e IPS</i>
<i>Deficiente sistema de referencia y Contrarreferencia</i>
<i>Cambio de la red de servicios posterior a la afiliación y a la carnetización</i>
<i>Falta de información a los usuarios</i>
<i>Dificultades de interpretación de los planes de beneficios y fraccionamiento de la atención</i>
<i>Falta de atención integral en redes</i>
<i>Redes mejor conformadas en localidades con mayor población asegurada.</i>
Efectos
<i>Aumento de costos en salud innecesariamente</i>
<i>Llevar al usuario a desistir del acceso a los servicios</i>
<i>Insatisfacción del usuario</i>
<i>Problema en el ingreso de usuarios a las instituciones de salud por tipo de contratos</i>
<i>Base de datos inconsistentes y deficiente información en RIPS</i>
Problema
3. Inadecuada información en la Dirección de Aseguramiento por reportes
Causas
<i>Desconocimiento y falta de aplicación de la norma</i>
<i>Falta de conocimiento de la importancia de los RIPS</i>
<i>Falta de Inversión de recursos en proceso de actualización</i>

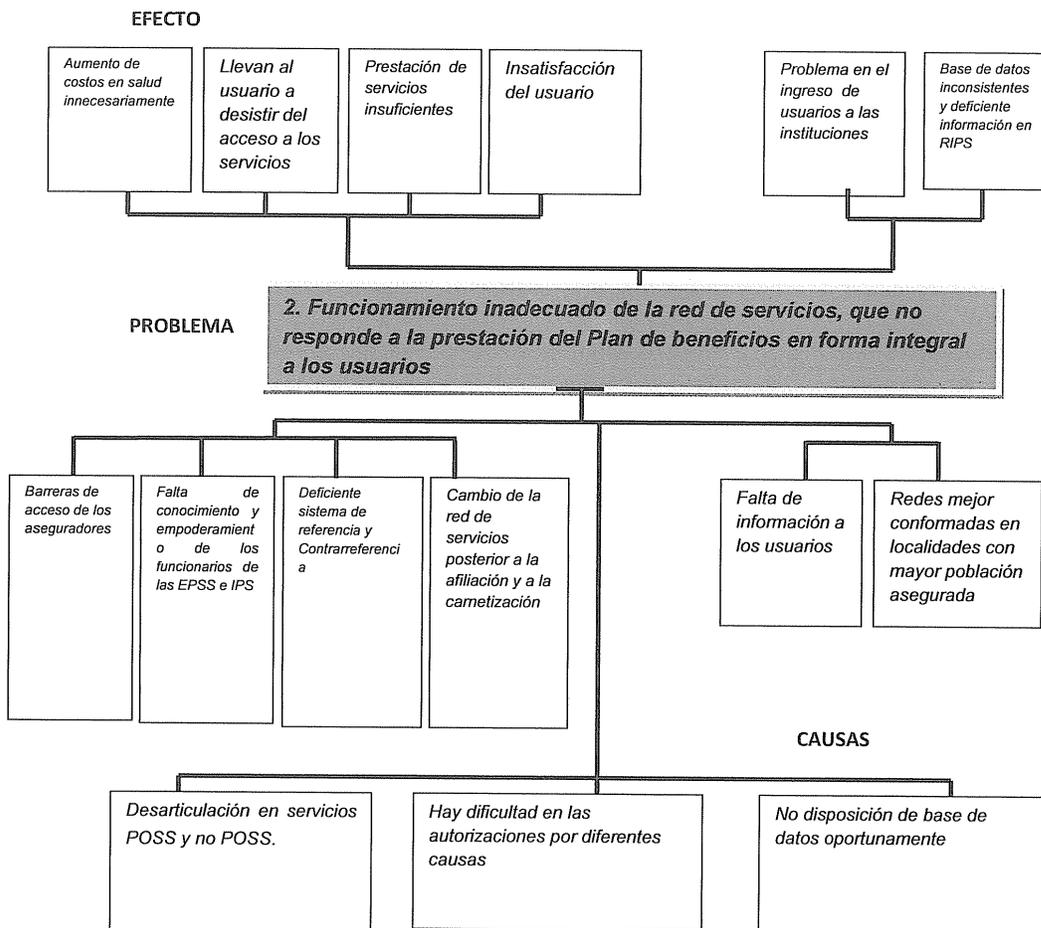
<i>Inoportunidad en la entrega de base de datos</i>
<i>No envío del perfil epidemiológico por los aseguradores</i>
<i>Falta de uniformidad en las fuentes</i>
<i>Deficiencias en el software, procesos y procedimientos</i>
Efectos
<i>Inoportunidad en la atención de los usuarios</i>
<i>Limitación de acceso a los usuarios</i>
<i>Deformación de información y desviación de frecuencias de uso y diagnostico errados</i>
Problema
4. Inadecuada contratación entre EPSS – ESE (60%)
Inadecuada contratación del 30% a IPS privadas
Causas
<i>Escasos márgenes de negociación, no atención oportuna ni adecuada fuera del territorio de cobertura</i>
<i>Falta de definición de criterios de auditoría</i>
<i>Incumplimiento a la norma</i>
<i>No especificidad de actividades según nivel de complejidad</i>
<i>Falta de seguimiento en IVC</i>
<i>No existencia de firma interventora</i>
<i>Desaparición de los contratos entre el Ente territorial y las EPSS</i>
<i>Contratación de firma auditora desierta</i>
Efectos
<i>Desconfianza ente aseguradores e IPS</i>
<i>No se atiende al usuario</i>
<i>Retardo en los pagos</i>
<i>Inoportunidad en la atención del usuario</i>
<i>Manejo inadecuado de los recursos</i>
<i>Desequilibrio económico de las ESE</i>
<i>Quiebra de las ESE</i>

Figura 3



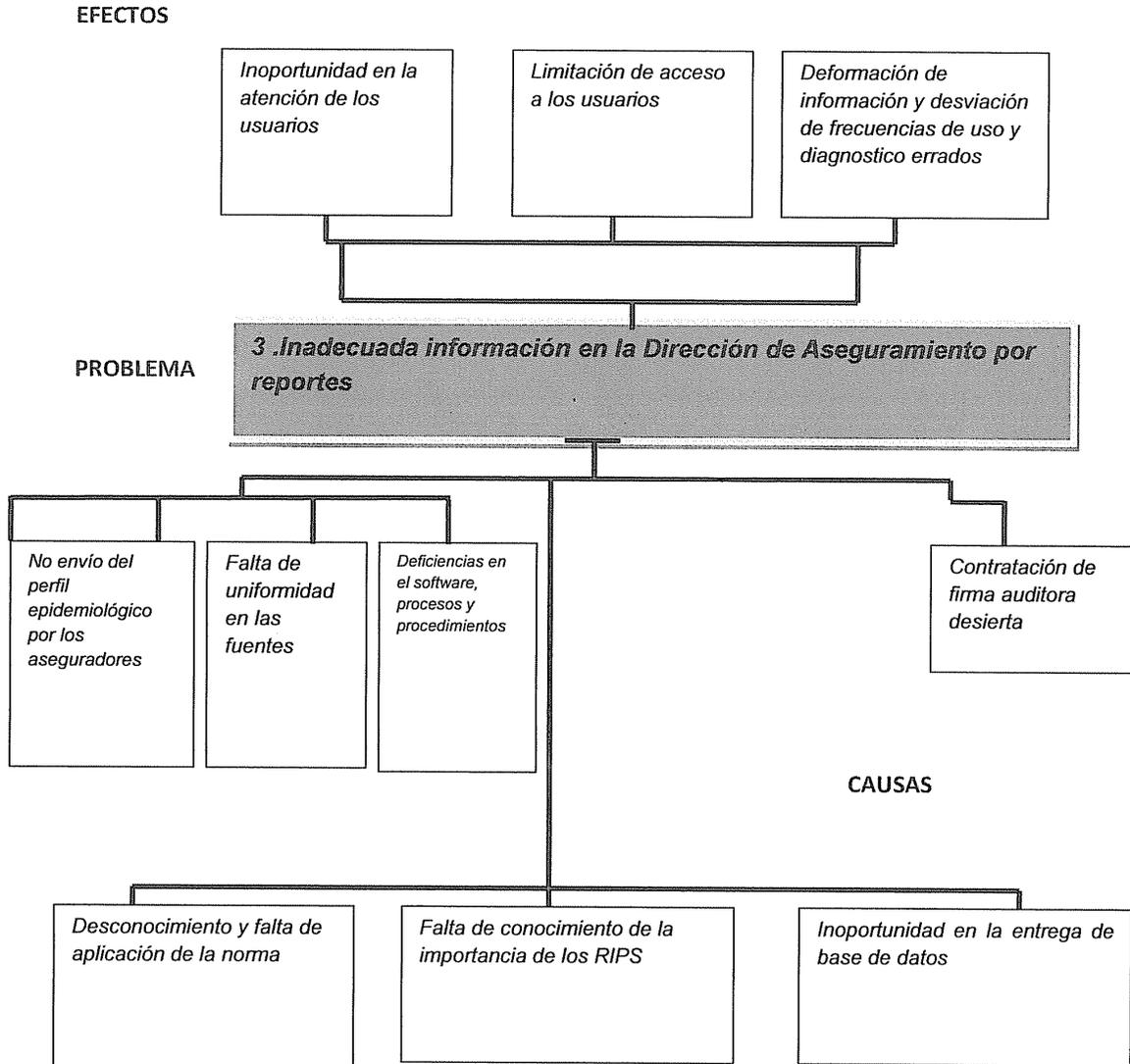
Fuente: Resultados de la árbol de problemas de la encuesta tradicional. Tesis de Grado avalada por el Comité Asesor de la Maestría en Salud Pública. Acta No. 15 del 11 de agosto 2009. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORES, estudiante de la Maestría de Salud Pública, Proyecto de tesis " CARACTERIZACIÓN DE FUNCIÓN RECTORA EJERCIDA POR LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DENTRO DEL SGSSS". 2011

ARBOL DE PROBLEMAS DE GARANTÍA DE LA CALIDAD



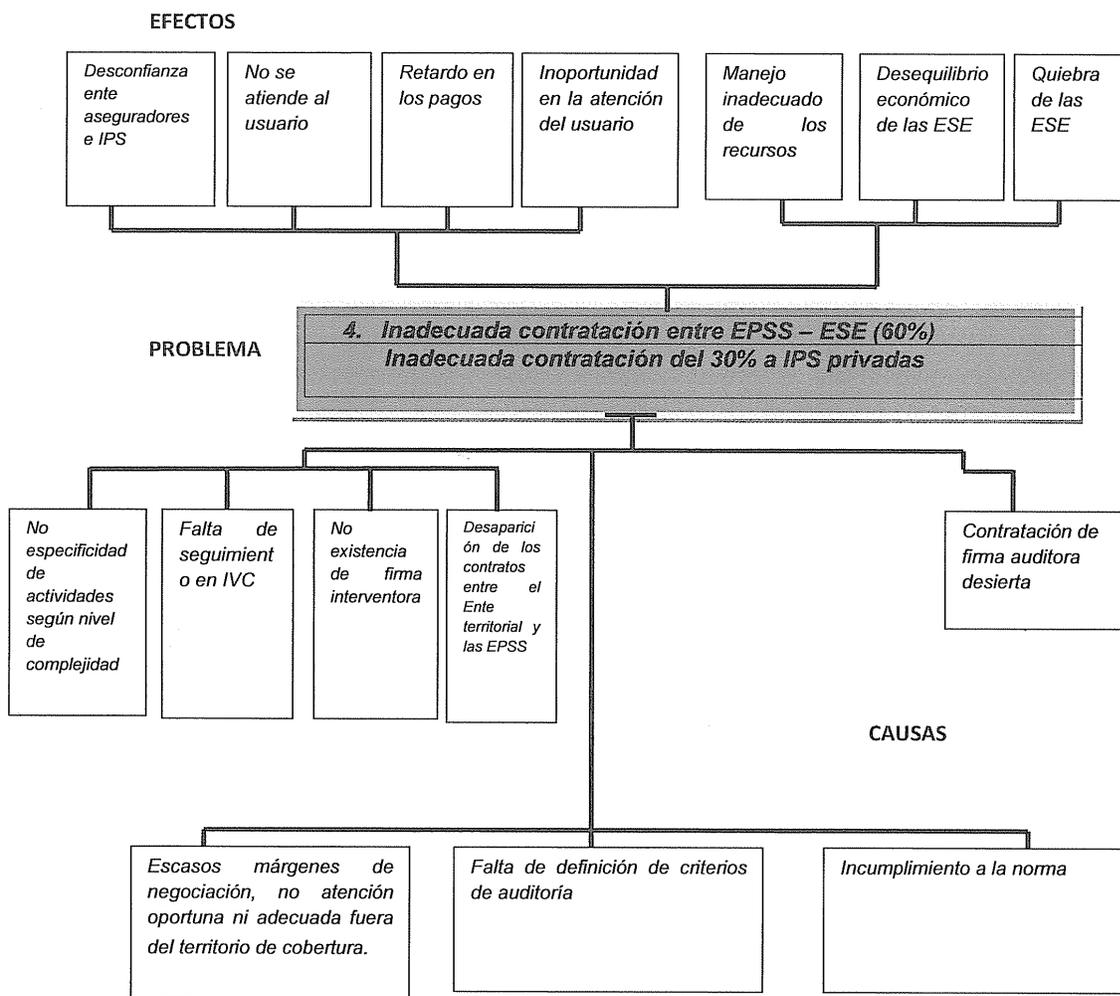
Fuente: Resultados de la árbol de problemas de la encuesta tradicional. Tesis de Grado avalada por el Comité Asesor de la Maestría en Salud Pública. Acta No. 15 del 11 de agosto 2009. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORES, estudiante de la Maestría de Salud Pública, Proyecto de tesis " CARACTERIZACIÓN DE FUNCIÓN RECTORA EJERCIDA POR LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DENTRO DEL SGSSS". 2011

ARBOL DE PROBLEMAS DE GARANTÍA DE LA CALIDAD



Fuente: Resultados de la árbol de problemas de la encuesta tradicional. Tesis de Grado avalada por el Comité Asesor de la Maestría en Salud Pública. Acta No. 15 del 11 de agosto 2009. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORES, estudiante de la Maestría de Salud Pública, Proyecto de tesis " CARACTERIZACIÓN DE FUNCIÓN RECTORA EJERCIDA POR LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DENTRO DEL SGSSS". 2011

ARBOL DE PROBLEMAS DE GARANTÍA DE LA CALIDAD



Fuente: Resultados de la árbol de problemas de la encuesta tradicional. Tesis de Grado avalada por el Comité Asesor de la Maestría en Salud Pública. Acta No. 15 del 11 de agosto 2009. Autor: CARLOS EDUARDO RINCON TORES, estudiante de la Maestría de Salud Pública, Proyecto de tesis " CARACTERIZACIÓN DE FUNCIÓN RECTORA EJERCIDA POR LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DENTRO DEL SGSSS". 2011

7. Discusión

La caracterización de la Dirección de Aseguramiento de la SDS permite observar dentro de las funciones de Rectoría de ésta dependencia de la SDS, la importancia de tener en cuenta en próximos Planes de Desarrollo Distrital, la Sociedad y el Estado que constituyen condiciones para el desarrollo integral del aseguramiento y, como tales, orientan y modulan la organización y el comportamiento de otros sectores y actores que componen la Sociedad Capitalina.

Las funciones de Rectoría de la Dirección de Aseguramiento son fundamentales dentro del SGSSS, la primera, usando la definición del 2000 de la OMS, es Monitoreo y análisis de la situación de aseguramiento de la población. En términos simples implica que es básico conocer el estado de aseguramiento de los habitantes del Distrito antes de proponer tratarlos o considerar que hacer con ellos.

Se requiere la investigación y control de riesgos y daños en la salud, donde la Dirección de Aseguramiento dentro de funciones rectoras debe velar por la salud de todos dentro del SGSSS mediante análisis de las situaciones para evitar resultados en salud no deseados y conseguir el mejor resultado de cada situación.

La caracterización del talento humano de la Dirección de Aseguramiento contribuye a la promoción de capacitaciones y la educación en las funciones de rectoría facilitando el desarrollo personal e institucional. El talento humano de la Dirección de Aseguramiento cuenta con conocimiento en rectoría adecuado, lo que le permite ser proactivos y que sean capaces de tomar decisiones en rectoría sobre las variables del aseguramiento que afectan la salud en la Capital.

Referente a la gestión de salud en relación con la oferta en el marco del aseguramiento

universal en Bogotá según eje financiador – prestador, sobre el rol rector de la Dirección de Aseguramiento, en marcada en la Ley 715 de 2001, se presentan límites en su accionar al aseguramiento universal, teniendo un papel directo y claro sobre el Régimen Subsidiado, Decreto 122 de 2007, donde ésta norma le define el papel de la Dirección de Aseguramiento en Salud, enmarcando sus funciones en el cumplimiento a las siguientes:

- Garantizar el aseguramiento de la población más pobre y vulnerable, residente en el Distrito Capital, por medio de las Administradoras del Régimen Subsidiado.
- Garantizar a la población vinculada al sistema, el acceso a los servicios de salud, y a la población del régimen subsidiado los servicios no incluidos en el POS.
- Garantizar la contratación de los servicios de salud con la oferta adscrita y no adscrita.
- Establecer coordinación intra e intersectorial, que garantice la prestación de los servicios de salud a la población vinculada y a los servicios no incluidos en el POS-S, del Régimen Subsidiado.
- Evaluar y controlar el proceso y desarrollo de los contratos de la Secretaría, con las administradoras del Régimen Subsidiado y con las Instituciones Prestadoras del Servicios de Salud.
- Estudiar, proponer y aplicar mecanismos necesarios para garantizar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad por parte de las entidades administradoras a sus afiliados.

Esto debilita el rol rector de la Dirección de Aseguramiento en el Distrito Capital al no tener acciones sobre el Régimen Contributivo y van a ser las empresas que compitan con él y el libre mercado los que pongan las reglas de juego.

Sobre las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (públicas, privadas o mixtas, creadas o por crearse) vemos como los subsistemas de seguridad social, dejarán de ser autónomas, transformándose en entidades financiadoras, como los seguros privados, EPS. La EPS Distrital, al dividir estos subsistemas en entes prestadores y entes financiadores, es posible la transferencia del dinero de los asegurados al sector privado que financieramente, actualmente intermedian la atención médica.

La Nueva EPS Distrital competirá con el sector público y privado para poder financiar, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud, que es lo que pagarán las financiadoras, dejando de lado las enfermedades no cubiertas, que antes el ente territorial cubría.

Teniendo en cuenta lo ya planteado producto de la caracterización de la Dirección de Aseguramiento de la SDS y la identificación de los problemas en rectoría por el talento humano de ésta dependencia, por medio del árbol de problemas causa/efecto, servirá como punto de partida a la Dirección de Aseguramiento en el planteamiento de importantes soluciones en rectoría que contribuirán en beneficio de la población capitalina.

8. Conclusiones y recomendaciones

8.1 Conclusiones

Éste trabajo permitió realizar una caracterización de las competencias de rectoría en salud de la Dirección de Aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, donde a través de la encuesta seguida por el árbol de problemas permitió identificar la percepción que tienen los funcionarios de la Dirección de Aseguramiento de la SDS, sobre las dificultades en el ejercicio de la función de rectoría de la Dirección de Aseguramiento.

La Estructura y Organización de la Secretaría Distrital de Salud y con ella la de la Dirección de Aseguramiento, sus procesos y luego de poder identificar su talento humano, se detectó, como se demuestra en los resultados de la encuesta, el cumplimiento de la Dirección de Aseguramiento en la rectoría en salud, la integridad, capacidad de reflexión y pensamiento crítico de los integrantes de cada una de sus áreas, así como el compromiso del talento humano.

Adicionalmente las encuestas permiten identificar por parte del talento humano la existencia de problemas dentro de las categorías de la Administración de aseguramiento, Servicio al Vinculado y desde Garantía de Calidad. Se evidencia dentro de los problemas más reconocidos por el talento humano, la barrera de acceso la negación de autorización para una actividad o Servicio en Salud por parte de una EPSS, sigue en su orden la inoportunidad o negación en la prestación de servicios de salud por parte de una IPS. Otros de los problemas reconocidos corresponden a dificultades en la identificación en el estado de Afiliación al SGSSS, genera una barrera en la atención de servicios de salud, seguido por dificultades interadministrativas entre EPSS e IPS que interfieren con la continuidad de los servicios de salud; otro problema reconocido corresponde a fallas en la atención a

los pacientes participantes vinculados en las IPS del Distrito, que concuerda con los datos ofrecidos por el sistema de información SIDBA (Sistema de Información de Barreras de Acceso) para el último semestre de la SDS, que clasifica las barreras de acceso a los servicios de salud en el Distrito Capital.

La falta de una orientación coherente y articulada del SGSSS, deteriora su transparencia, con lo que los principales afectados por supuesto son los usuarios, quienes en última instancia deben padecer las imperfecciones del sistema. Un Sistema de aseguramiento centrado en lo económico minimiza la calidad y la seguridad en la prestación de los servicios de salud.

La legislación en salud es difícil de poner en práctica, dado que se encuentra normas contradictorias que hacen difícil la definición de conflictos por parte de profesionales de la salud, del derecho y de los mismos organismos judiciales”.

A pesar del cambio constate de la normatividad dirigida a la Política de Aseguramiento en Salud del Distrito Capital, se visibiliza en concordancia con el desarrollo la Política de Aseguramiento y más concretamente en los datos a diciembre de 2010, un aseguramiento y un ejercicio de rectoría en salud que aún no alcanza la universalidad en forma efectiva, que contribuya en la disminución de barreras de acceso geográficas, económicas y administrativas identificadas en los problemas, sus causa y efectos descritos por el talento humano encuestado de la Dirección de Aseguramiento.

La Función Rectora de la Dirección de Aseguramiento de la SDS por la condición de Autoridad Sanitaria en la Jurisdicción del Distrito Capital, dada por la normatividad vigente, ha sido fortalecida en el contexto de sus dimensiones, funciones, responsabilidades y competencias que les son propias e indelegables a las Entidades Territoriales, Secretaría Distrital de Salud y en particular a la Dirección de Aseguramiento en Salud. Donde la identificación de sus problemas, su causa y efecto sirven de punto de partida para la realización de estrategias que coadyuvan a continuar en el buen desempeño de la rectoría en salud de la Dirección de Aseguramiento de la SDS.

De otra parte se ven esfuerzos por el cumplimiento sin alcanzar aún la transversalidad entre los Sistemas, de tal modo que ésta dificultad no permite que se desarrolle en su totalidad el esfuerzo de la gestión interinstitucional, reflejado en resultados y productos individuales, variados, con algo de disparidad ante los requerimientos de los entes de control. Para ello la integralidad y la articulación entre cada uno de los Sistemas dará, más adelante, un enriquecimiento institucional importante.

Cada uno de los Sistemas que funcionan dentro de la SDS y aplicados al interior de la Dirección de Aseguramiento, tiene un buen grado de desarrollo, sin embargo se encuentran en proceso de implementación con avances variados.

8.2 Recomendaciones

El Modelo de Rectoría en Aseguramiento en salud en el Distrito Capital debe permitir evaluar el avance de la implementación de la rectoría del Aseguramiento en salud en el Distrito Capital dentro de los componentes de regulación, modulación, provisión de servicios, vigilancia y control. Para esto reconoce, el talento humano de la Dirección de Aseguramiento, que se debe seguir en el debate promovido al interior de la Dirección, en el desarrollo y la transversalidad de los procesos sociales, políticos y culturales que afectan la salud y por medio de mesas de trabajo con las instituciones en salud del SGSSS y otros sectores para fortalecer el desarrollo y la implementación del Modelo de Rectoría en salud. Esta articulación con entidades del sector y otras fuera de éste, contribuyen al buen desempeño y al logro de resultados efectivos en rectoría para la Dirección de Aseguramiento y la comunidad en el Distrito Capital que se replican y proyectan a nivel Nacional (como marco de referencia para el resto del país).

Se requiere dentro de la Dirección de Aseguramiento de la SDS, una mayor aplicabilidad y desarrollo del conocimiento que abarque la totalidad del talento humano, como el desarrollo de estrategias motivadoras que incluya y llegue a cada funcionario.

Algunos de los procesos no se encuentran normados e incluidos dentro de los procesos de calidad de la Dirección de Aseguramiento en salud de la SDS, para lo cual se requiere:

- MODERNIZAR LOS PROCESOS DE CAPTURA DE DATOS.

Documentos y formularios electrónicos con crítica y validación automática. Inclusión de nuevas variables acordes a la necesidad de la entidad.

- USAR INFORMACION ESTANDARIZADA.

Revisión y homologación de variables acorde con las actividades, Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) y proyectos dentro de las distintas áreas funcionales de la Dirección de Aseguramiento y de la entidad, acorde con la misión visión y objetivos de la institucionales.

- MEJORAR LA CALIDAD EN LA INFORMACION.

- Seguimiento y validaciones, se realizan en línea con la participación de los implicados del proceso.

- EVITAR LA DUPLICIDAD DEL PROCESO DE CAPTURA.

- TENER OPORTUNIDAD EN LA INFORMACION.

Datos de metas, indicadores distritales, bases de datos, afiliaciones, desafiliaciones, novedades en línea.

- PROMOVER LA OBTENCIÓN INFORMACION UNIFICADA PARA TODOS LOS ACTORES.

Fortalece a la Dirección de aseguramiento que la SDS cuenta con procesos, mapa de riesgos y la presencia de Sistema de Gestión de la calidad, Sistema de Control Interno, Sistema de Control Documental, Sistema de Gestión Ambiental, Sistema de Gestión en Responsabilidad Social, Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, Sistema Único de Acreditación en Salud, Sistema de Gestión en Seguridad Social y Salud Ocupacional (Cuenta con Comité Paritario de Salud Ocupacional (COPASO)), Norma ISO/IEC en los Laboratorios, sin embargo cada uno de éstos procesos y sistemas se encuentran en proceso de socialización e implementación.

En la revisión de la normatividad relacionada con la rectoría en salud y su cambio constante, permite visualizar que la rectoría sanitaria se hace compleja, requiriendo tener

en cuenta las modificaciones y ajustar la Política de Aseguramiento en Salud del Distrito Capital para los años 2013- 2017, para lo cual la Dirección de Aseguramiento de la SDS, se encuentra en la elaboración y el desarrollando de un Modelo de Rectoría del Aseguramiento en salud para el Distrito Capital.

Bibliografía

1. Molina CM. El Impacto De La Justicia Constitucional En Colombia. In: Molina CM, editor(s). Colombia, Corte Constitucional y reforma a la justicia. Medellín: Universidad De Medellín; 2010. p. 63 - 92.
2. Favoreu L. Legalidad y constitucionalidad, la constitucionalidad del derecho [Internet]. 2000 ;[cited 2011 Sep 11] Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Legalidad+y+constitucionalidad,+la+constitucionalidad+del+derecho#1>
3. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. 1993 ;35-188.
4. El Congreso de la República de Colombia. Ley 789 de 2002 [Internet]. 2002 ;2002(diciembre 27):1-26.Available from: http://www.fondoemprender.com/BancoMedios/Documentos PDF/Ley_789-2002.pdf
5. Eslava JC. Buscando el Reconocimiento Profesional: La Salud Pública en Colombia, en la Primera mitad del Siglo XX. Bogotá: Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2004.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000- Mejorar el desempeño de los sistemas de salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. Available from: <http://www.who.int/whr/2002/es/>
8. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de Salud: Principios para una atención integrada [Internet]. In: Organización Mundial de la Salud, editor(s). Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2003. p. 115-146.Available from: <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf>
9. Agudelo C. Seguridad social en salud, La universalidad esquivada. In: Seminario

- internacional desafíos para la salud Pública en el siglo XXI. Bogotá:
10. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo Estructurado : Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina [Internet]. 1997 ;1-32.[cited 2011 Sep 11] Available from: http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/pluralismo_estructurado.pdf
 11. Molina C. La Seguridad social en salud: Estudios Financiados por el Programa para el Mejoramiento de la Gestión Hospitalaria [Internet]. 1993 ;17.Available from: http://www.fundacioncorona.org.co/espanol/publicaciones/salud_1.htm
 12. World Bank. The World Bank, Financing Health Services in Developing Countries. 1993 ;
 13. Mesa-Lago C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social [Internet]. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Naciones Unidas. 2005 ;[cited 2011 Sep 11] Available from: http://www.cepal.org.ar/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Indice.pdf
 14. Céspedes-londoño JE. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia The impact of social security reform on health services equity in Colombia. Cadernos de Saúde Pública. 2002 ;18(4):1003-1024.
 15. Ministerio de la Protección Social. Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la Republica y Cámara de Representantes. 2008 ;
 16. Ministerio de la Protección Social. Metodología para el diseño y cálculo de un ordenamiento (Ranking) de EPS. 2007 ;
 17. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 11 de 2010 [Internet]. 2010 ;1-2.Available from: [http://www.pos.gov.co/Documents/Acuerdo_011_del_29_de_Enero-2010_\(2\).pdf](http://www.pos.gov.co/Documents/Acuerdo_011_del_29_de_Enero-2010_(2).pdf)
 18. Secretaría Distrital de Salud. Modelo De Rectoría y Política de Aseguramiento en Salud en el Marco del Plan Distrital de Salud Pública 2008 – 2012. 2010 ;
 19. Congreso de Colombia, Ley 100 de 1993, consultado el 03 de noviembre de 2010
 20. "Overall Health system attainment in all Member States 1997. World Health

- Organization. Consultado el 2011-08-29.
21. Ley 10 de 1993.(diciembre 23). Congreso de la República. “Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral”, artículo 153.
 22. Congreso de Colombia (2007). «Ley 1122». Consultado el 03 de noviembre de 2010.
 23. Ley 1438 de 2011. (enero 19). Ministerio de Protección Social Procedimiento, “Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Art. 114 Obligaciones de Reportar-Art 116 Sanciones por la no provisión de Información.
 24. Julio Mario Orozco Africano. «Biblioteca Virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales - Antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud» págs. Capítulo 2. Consultado el 03 de noviembre de 2010.
 25. Congreso de la República de Colombia (enero de 1990). «Ley No 10 de 1990». Consultado el 03 de noviembre de 2010.
 26. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud - Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C., noviembre 2005 ISBN 958-97166-4-4.
 27. Ley 100 de 1993. (diciembre 23). Congreso de la República. “Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral”. artículos, 42, 43, 44 y 46.
 28. Comisión de Regulación en Salud. «Acuerdo 008 de 2009». Consultado el 03 de noviembre de 2010.
 29. Congreso de Colombia (2007). «Ley 1122 - Art 7». Consultado el 03 de noviembre de 2010.
 30. Baron Leguizamón, Gilberto . Colombia: Cuenta de Seguridad Social. La Seguridad social en América Latina y el Caribe. Una propuesta metodológica para su medición y aplicación a los casos de argentina, Chile y Colombia. CEPAL- Naciones Unidas. Centrágolo, Oscar (editor)- Mayo de 2009
 31. [http://www.articulo20.com.co/sitio/descargar.archivo.php?file=DANE-Informe-2011-N0004790_20110810.xls&path=../adminnf/temas/archivos/REFERENCIA/&iddi=151493&dsnomen=DANE-Informe-2011-N0004790%202011/08/10%20%20&descargas=999999&intdescargas=&most=DANE-Informe-2011-N0004790_2011/08/10]. Gran Encuesta Integrada de Hogares. Total ocupados, por afiliación a seguridad social en salud (según régimen) y en pensiones]

32. Según el DANE, la población colombiana en el año 2008 es de 44.450.260. Con fines comparativos, es importante aclarar que para el Informe al Congreso 2005-2006 se tomó una población total de 46.039.144 habitantes, población superior a la utilizada en este informe por cuanto fue proyectada con anterioridad al Censo General realizado entre mayo de 2005 y 2006.
33. Ronderos, Maria Teresa. Lo mejor y lo más débil del sistema de salud colombiano. Entrevista a expertos internacionales. Revista Semana.
34. Perez, Volmar Antonio. La tutela y el derecho a la salud. Informe periodo 2006- 2008. Defensoria del Pueblo. Bogotá 2009. ISBN 978-958-9353-98-1
35. Corte Constitucional de Colombia. Comunicado de prensa
36. Glassman, Aamanda L. et al, editores. From few to many: ten years of health insurance expansión in Colombia.. Banco Interamericano de Desarrollo - BID y Brookings Institution. NY 2009. ISBN: 978-1-59782-073-8
37. Recobros en salud, un desfalco anunciado. Revista Semana. Martes 3 Mayo 2011. Consultado el 30 de agosto de 2011
38. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. [Internet]. Bulletin of the World Health Organization. 2000 Jan ;78(6):732-9. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2560782&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
39. Organización Panamericana de la Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria en Bogotá, Colombia. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2008.
40. González García G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión [Internet]. Revista Panamericana de Salud Pública. 2001 ;9(6):406–412.[cited 2011 Sep 11] Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000600013&script=sci_abstract&tlng=pt
41. Organización Panamericana de la Salud. Función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Desempeño y fortalecimiento [Internet]. (17):1-85. Available from:<http://www.lachsr.org/documents/433-funcionrectoradelaautoridadsanitarianacionaldesempenoyfortalecimiento-ES.pdf>
42. Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Aseguramiento. Lineamientos de Política de Aseguramiento en Salud para el Distrito Capital. 2003 ;

43. Ministerio de la Protección Social. Asistencia técnica. Garantía de una mejor gestión del régimen subsidiado [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007. Available from: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos y Publicaciones/ASISTENCIA TECNICA REGIMEN SUBSIDIADO.pdf>
44. Ministerio de la Protección Social. Resolución 838 de 2004. 2010;
45. El Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007 [Internet]. 2007 ;2007(Enero 9):1-18.Available from: <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley 1122 de 2007.pdf>
46. Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Aseguramiento. Lineamientos Técnico Administrativos 2011, Proyecto 618-620. 2011 ;1-94.
47. Consejo de Bogotá. Acuerdo 308 de 2008 [Internet]. Por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá, d. C. 2008; 20121-2.[cited 2011 Sep 11] Available from: <http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/01.270911.html>
48. Secretaría Distrital de Salud. Plan de Salud del Distrito Capital 2008 - 2012 [Internet]. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2008. Available from: <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/304/1/PLAN DE SALUD DEL DISTRITO CAPITAL 2008-2012.pdf>
49. Alcaldía Mayor de Bogotá. Sector Salud [Internet]. Página Web Alcaldía Mayor de Bogotá. 2011;[cited 2011 Sep 11] Available from: <http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/01.27090805.html>
50. Secretaría Distrital de Salud. Dirección de Aseguramiento. Política Pública de Aseguramiento Del Distrito Capital. Versión Pr. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2010.
51. Secretaría Distrital de Salud. Dirección Aseguramiento en salud [Internet]. Página Web Secretaría de Salud. 2011 ;[cited 2011 Sep 11] Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/AseguramientoenSalud.aspx>
52. Yepes S. Código de ética médica y ley de seguridad social [Internet]. Revista Médico-Legal. 1996 ;II(2):64-66.Available from: <http://www.medicolegal.com.co/pdf/esp/1996/Vol2/Codigo de etica medica y ley de seguridad social.pdf>
53. Aceituno M. Teoría de Muestreo. [Internet]. Available from: <http://www.sitios.ingenieria-usa.edu.gt/estadistica/estadistica3/teoria.htm>. 23-04-2011

54. Alberto J. Esparragoza J. Gestión de Talento. [Internet]. Available from: www.gestiopolis.com/recursos/documentos/.../rrhh/admontalhum.htm. Gestiopolis .com 18-04-2011